

УДК 616-089.168.1:66-089.5-031.84-001.4

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ
ОРОШЕНИЯ РАНЫ МЕСТНЫМ
АНЕСТЕТИКОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ОБЕЗБОЛИВАНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

Дынько Ирина Федоровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Данилюк Павел Иванович – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Трембач Никита Владимирович – к.м.н.
*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

В проведённом исследовании оценивали эффективность орошения раны местным анестетиком в послеоперационном обезболивании гинекологических больных. Предлагаемый метод позволяет достичь отличного обезбоживания, максимального комфорта и снизить частоту послеоперационной тошноты и рвоты.

Ключевые слова: ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ
ОПЕРАЦИИ, ОРОШЕНИЕ РАНЫ МЕСТНЫМИ
АНЕСТЕТИКАМИ

UDC 616-089.168.1:66-089.5-031.84-001.4

**THE EFFICIENCY OF WOUND IRRIGATION
WITH LOCAL ANESTHETICS
FOR POSTOPERATIVE ANALGESIA
IN GYNECOLOGICAL PATIENTS**

Dyn'ko Irina Fedorovna
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Danilyuk Pavel Ivanovich – MD
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Trembach Nikita Vladimirovich – MD
*SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

The study assessed the efficacy of wound irrigation with local anesthetic for postoperative analgesia in gynecological patients. The method allows achieving an excellent pain relief, comfort and reduce the incidence of postoperative nausea and vomiting.

Key words: POSTOPERATIVE ANALGESIA,
GYNECOLOGICAL SURGERY, WOUND
IRRIGATION WITH LOCAL ANESTHETICS

В мире ежедневно от боли различной этиологии страдают более 3 млн человек. Из них более 80 % пациентов нуждаются в обезболивании. Это касается и острой физической боли, которая характерна для каждого послеоперационного периода. По данным литературы, от 30 до 50 % всех оперированных больных страдают от сильной боли [5].

Аналогичные данные получены и в одном из хирургических отделений Великобритании, где боль средней интенсивности была отмечена у 29,7 % пациентов, боль высокой интенсивности – у 10,9 % [4]. Причем наиболее болезненными зонами считаются верхние и нижние отделы брюшной полости, где самая высокая частота сильной или умеренной боли отмечается более чем у 40 % пациентов. На втором месте по интенсивности и частоте боли находятся операции или повреждения костей (20–25 %), на третьем – ранение мягких тканей, затем – операции на грудной клетке и повреждения головы.

Послеоперационная аналгезия является одним из важнейших компонентов в системе общей интенсивной терапии хирургического больного, обеспечивающих ему комфортные условия. Более того, недостаточное послеоперационное обезбоживание может стать причиной развития серьезнейших осложнений: респираторных, тромбоэмболических, пареза кишечника, инфаркта миокарда, хронического болевого синдрома и др.

Однако в настоящее время можно предотвратить развитие многих патологических процессов, которые запускает травматичная хирургическая операция. Для этого, прежде всего, необходимо осознать происходящее, а затем использовать все доступные рычаги воздействия. Одним из таких рычагов является современный мультимодальный подход к обеспечению защиты пациента от боли. Данный метод занимает все более прочные позиции в практической анестезиологии.

Применение концепции мультимодальной аналгезии, предусматривающей одновременное назначение двух и более анальгетиков и/или методик, позволяет решить проблему адекватности послеоперационного обезболивания. Ее базисом является назначение неопиоидных анальгетиков (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол), которое для пациентов с болями средней и высокой интенсивности сочетается с использованием опиоидных анальгетиков и методов регионарной аналгезии.

Основные проблемы послеоперационного обезболивания заключаются в следующем:

1. Существует индивидуальная вариабельность потребности в анальгетиках вследствие фармакокинетических и фармакодинамических различий. В связи с этим назначение стандартных доз препаратов может привести к непредсказуемому уровню их концентрации в плазме, или неадекватной аналгезии, или к седации [9, 10].

2. Трудности оценки качества аналгезии, субъективный характер восприятия болевых ощущений, на которые влияют психологические и социальные факторы: пол, возраст, социальное положение, уровень образования, возбудимость нервной системы, наличие предоперационных болей.

3. Опасение побочного действия анальгетиков (тошноты, рвоты, угнетения дыхания) и развития лекарственной зависимости приводит к введению недостаточных доз препаратов [6, 7].

4. Ограничительное законодательство по контролю над использованием наркотических анальгетиков заставляет назначать их в фиксированных дозах и через одинаковые промежутки времени, что снижает эффективность обезболивания.

Решение данной проблемы осуществляется по трем направлениям:

1) поиск новых анальгетиков;

- 2) поиск новых путей введения;
- 3) разработка новых технологий обезболивания.

Цель работы: оценить эффективность применения методики орошения послеоперационной раны местными анестетиками у больных гинекологического профиля.

Материал и методы. Проведена сравнительная оценка методов обезболивания у 68 больных, проходивших хирургическое лечение на базе отделения гинекологии ГБУЗ «ККБ № 2» (г. Краснодар). Больным были выполнены: консервативная миомэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия в условиях комбинированной анестезии на основе севофлюрана в сочетании с фентанилом.

Физический статус пациентов соответствовал 1–2 классу по ASA (табл. 1). Все больные получали стандартную премедикацию, заключающуюся в приеме 1 мг феназепама перед сном.

В зависимости от вида послеоперационного обезболивания больные были разделены на две группы:

Первая группа – обезболивание комбинацией наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Вторая группа – обезболивание наркотическими и ненаркотическими анальгетиками в сочетании с орошением послеоперационной раны 0,2 % раствором ропивакаина с помощью одноразовой инфузионной эластомерной системы с заданной скоростью введения 5 мл/час (рис. 1).

Качество анальгезии оценивалось на основании клинической картины, показателей центральной гемодинамики и по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (рис. 2).

Согласно рисунку 2, ВАШ в традиционном понимании представляет собой линию длиной 10 см. Пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей.



Рисунок 1. Эластомерное инфузионное устройство Easypump®:
 1 – крышка на клапане для заполнения помпы, 2 – клапан для заполнения помпы, 3 – внешнее защитное покрытие помпы, 4 – эластомерная мембрана (собственно помпа), 5 – клипс, 6 – удлинительная линия, 7 – фильтр, 8 – ограничитель скорости потока жидкости, 9 – трубка-регулятор скорости потока жидкости, 10 – колпачок на конце удлинительной линии

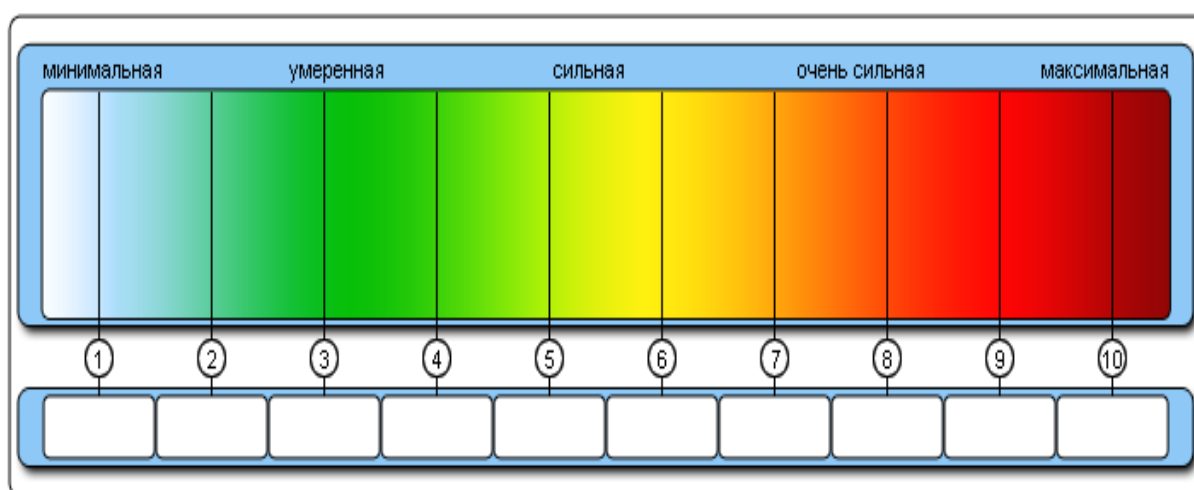


Рисунок 2. Визуально-аналоговая шкала

Результаты

Средний возраст больных в анализируемой группе составил 42 ± 2 года. Характеристика сопутствующих патологий у пациентов этой группы представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характер и количество сопутствующих патологий ($N = 68$)

Название патологии	Абсолютное количество	%
Ишемическая болезнь сердца	28	41,1
Гипертоническая болезнь	42	61,7
Хроническая сердечная недостаточность	25	36,7
Ожирение	10	14,7
Сахарный диабет	2	2,9

В первой группе пациентов, которым применяли обезболивание комбинацией наркотических и ненаркотических анальгетиков, не удалось достичь адекватной блокады ноцицептивной импульсации и полного комфорта. Боль, по ВАШ, до введения опиатов составила 10 баллов (*Pain as bad as it could possibly be*) и оценивалась как нестерпимая. После введения опиатов боль в покое, по ВАШ, составила 4–5 баллов, а при кашле – 5–7 баллов. У 16 (23 %) больных в первой группе отмечались тошнота и рвота. В первые сутки после операции в среднем потребность одного пациента по следующим препаратам представлена в данных таблицы 2.

Во второй группе орошение послеоперационной раны 0,2 %-м раствором ропивакаина в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) у пациентов после консервативной миомэктомии и длине операционной раны, не превышающей 10–13 см, позволило достичь адекватного обезболивания. Введения наркотических анальгетиков не потребовалось. В первые сутки после операции дважды возникала необходимость во введении Кетанола

внутривенно. При этом оценка боли в покое, по ВАШ, составила 1–2 балла, а при кашле – 2–3 балла. У 3-х больных отмечалась тошнота, рвоты не было.

Таблица 2 – Суточная потребность пациентов в анальгетиках

Название препарата	Группа 1	Группа 2
Оmnopон, мг	55* (45–60)	10 (5–20)
Кетанол, мг	175* (150–205)	50 (40–65)
Перфалган, г	2,0* (1,0–2,0)	0,5 (0,5–1,0)
Но-Шпа, мг	60 (45–70)	-
Аналгин, г	2 (1–2)	-

Примечание:* – $p < 0,05$ по критерию Дана, по сравнению со второй группой.

У больных после тотальной и субтотальной гистерэктомии при длине послеоперационной раны – 18–24 см и благодаря применению ее орошения 0,2 %-м раствором ропивакаина с введением НПВС и наркотических анальгетиков удалось достичь адекватной блокады ноцицептивной импульсации и полного комфорта. Тошнота и рвота отмечались у 4,7 % больных.

Выводы

1. Мультиmodalная аналгезия с применением методики орошения раны местным анестетиком является эффективным методом обезболивания в раннем послеоперационном периоде.

2. Данный метод позволяет достичь ранней активизации и полного комфорта больных в раннем послеоперационном периоде.

Сокращение применения опиоидных и неопиоидных препаратов приводит к снижению частоты послеоперационной тошноты и рвоты.

Список литературы

1. *Горобец Е.С., Гаряев Р.В.* Одноразовые инфузионные помпы – перспектива широкого внедрения продленной регионарной анальгезии (обзор проблемы) // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2007. – Т. 1, № 4. – С. 46–53.
2. *Овечкин А.М.* Профилактика послеоперационного болевого синдрома. Патогенетические основы и клиническое применение: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 42 с.
3. *Овечкин А.М., Морозов Д.В., Жарков И.П.* Обезболивание и седация в послеоперационном периоде: реалии и возможности // Вестник интенсивной терапии. – 2001. – № 4. – С. 47–60.
4. *Овечкин А.М., Карпов И.А., Люосев С.В.* Послеоперационное обезболивание в абдоминальной хирургии: новый взгляд на старую тему // Анестезиология и реаниматология. – 2003. – № 5. – С. 71–76.
5. *Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В., Береснев В.А. и др.* Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиология и реаниматология. – 2006. – № 4. – С. 12–16.
6. *Лебедева Р.Н., Никода В.В.* Фармакотерапия острой боли. – М.: Аир-Арт, 1998.
7. *Hopf H., Weitz J.* Postoperative pain management // Arch. Surg. – 1994. – Vol. 129. – P. 128–132.
8. *Liu S.S., Richman J.M. et al.* Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: a quantitative and qualitative systematic review of randomized controlled trials // J. Am. Coll. Surg. – 2006. – Vol. 203, № 6. – 914–32.
9. *Rawal N.* Restoperative pain and its management // N.Y. – 1992. – 367 p.
10. *Rawal N., Axelsson K., Hylander J. et al.* Postoperative patient-controlled local anesthetic administration at home // Anesth. Analg. – 1998; 86: 86–9.