

АДЕКВАТНОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ПОЗИЦИЙ ХРОНОФИЗИОЛОГИИ

Цориев Г.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия. Владикавказ.
Боль и адекватное обезболивание являются краеугольными камнями улучшения качества жизни у больных в послеоперационном периоде.

Стандартное назначение анальгетиков в послеоперационном периоде вряд ли являются решением полноценного обезболивания, которое может зависеть от ряда эндогенных факторов, возникающих у больных в течение суток.

Цель исследования: изучить структуру интенсивности болевой реакции в течение суток у больных в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования: всего обследовано 72 больных обоего пола в возрасте от 20 до 70 лет. У больных выполнялись операции: лапароскопически холецистэктомии (ЛХЭ) у 22 больных, торакальные операции (резекция легкого, пульмонэктомия, торакопластика) - 50 больных. Все операции выполнялись в условиях тотальной внутривенной анестезии (ТВА) с интубацией трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Интенсивность боли оценивалась по 5 бальной шкале – ВАШ (вербально-аналоговой шкале). При интенсивной боли больше 3 баллов назначалось инъекция опиоидного анальгетика–раствора промедола внутримышечно. Сутки были разбиты на четыре часовых промежутка времени. Вычислялись максимальные и минимальные амплитуды назначения опиоидного анальгетика в процентах по методу индивидуального косайнор-анализа, а также использовался метод оценки результатов по четырехпольной таблице сопряженных признаков.

Результаты и их обсуждение. В первые сутки послеоперационного периода все больные нуждались в обезболивании согласно возникновению интенсивности боли по шкале ВАШ. На вторые, третьи и четвертые сутки инъекции промедола назначались только больным после выполнения торакальных операций. На вторые сутки в обезболивании по шкале ВАШ нуждались 35 больных, на третьи сутки 24 больных, на четвертые сутки 11 больных.

Максимальная амплитуда инъекций промедола (95,8%) впервые сутки после операционного периода приходилось на промежуток времени с 20:00 до 24:00ч. Минимальная амплитуда (38,9%) приходилось на промежуток времени с 12:00 до 16:00ч.

На вторые, третьи, четвертые сутки максимальная амплитуда обезболивания также приходилось на период времени с 20:00 до 24:00ч.

Минимальная амплитуда на вторые, третьи, четвертые сутки приходилось на период с 04:00 до 8:00. Разница между максимальными и минимальными амплитудами в течение всех четырех суток наблюдения были статистически достоверными (таблица 1)

Таблица № 1

Сопряженные величины амплитуды суточного назначения опиоидов в

послеоперационном периоде

Величины 1-сутки 2-сутки 3-сутки 4-сутки

Максимальная

амплитуда

(20=00)

95,8±14,3%

100,0±18,3% 100,0±19,8% 90,9±19,9%

Минимальная 38,9±6,8% 22,9±6,4% 4,2±0,7% 9,1±2,3%

129

амплитуда

(04=08)

Относительный

риск

1,33 4,37 23,8 9,99

Атрибьютивный

риск

23,6% 77,1% 95,8% 81,8%

Доверительный

интервал

1,76-2,21 2,04-3,64 3,68-4,86 3,14-4,21

P <0,05 <0,01 <0,001 <0,001

Приведенные данные показывают, что максимальная амплитуда висцеральной боли приходится на период времени с 20:00 до 24:00, что связано с уменьшением антиноцицептивного компонента и повышением ноцицептивного стимула боли.

Изменение компонентов антиноцицептивной и ноцицептивной систем в ночные часы может быть следствием снижения активности глюкокортикоидной функции надпочечников и уменьшением секреции энкефалинов и эндорфинов в вечерние и ночные часы.

Заключение: таким образом, знание хронофизиологии висцеральной боли помогает оптимизировать назначение опиоидных анальгетиков больным в послеоперационном периоде, а также уменьшить число неоправданных назначений опиоидов.