

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАРИАНТА МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мартынов Д.В., Ващенко В.Г., Акименко Т. И.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону

Развитие современной хирургии невозможно без дальнейшего улучшения качества периоперационного обезболивания. В повседневной хирургической практике качество аналгезии зачастую является неудовлетворительным, т.к. используются стандартные дозы препаратов, не учитывающие индивидуальные особенности больного, травматичность оперативного вмешательства и т.д. Общеизвестно, что неадекватное послеоперационное обезболивание способствует развитию патологического синдрома, включающего в себя такие грозные патологические проявления как гипертензия, гипоксемия, парез желудочно-кишечного тракта и другие. Адекватная аналгезия в периоперационном периоде важна с этической и экономической точек зрения. Отсутствие болевых ощущений позволяет улучшить переносимость хирургического вмешательства и увеличить удовлетворенность пациента качеством лечения.

В настоящее время наиболее рациональным подходом к лечению острой боли является мультимодальная аналгезия, т.е. одновременное воздействие как минимум на два уровня формирования болевого синдрома. Лапароскопические операции традиционно считаются малотравматичными, однако в раннем послеоперационном периоде пациенты часто испытывают боль, требующую неоднократного назначения анальгетиков. Применение методик нейроаксиальной анестезии при этих операциях многими исследователями считается необоснованным. В зарубежной литературе встречаются упоминания об использовании различных методик регионарных блокад в качестве дополнения к традиционной общей анестезии. Авторы предложили дополнить общую анестезию при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) инфильтрацией местным анестетиком длительного действия мест установки троакаров для воздействия на периферическое звено формирования ноцицептивного сигнала.

Цель исследования. Оптимизировать интра- и послеоперационное обезболивание при лапароскопической холецистэктомии путем дополнительной инфильтрации местным анестетиком мест установки троакаров.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 41 пациент хирургического отделения клиники Ростовского ГМУ в возрасте от 39 до 67 лет, обоих полов, оперированных по поводу хронического калькулезного холецистита лапароскопическим способом. Риск по ASA у всех пациентов соответствовал 1-2 степени. Критериями исключения были наличие аллергии на местные анестетики в анамнезе и предшествующая открытая хирургия на органах брюшной полости. Всем пациентам проводилась премедикация диазепамом 10 мг внутримышечно, операции выполнялись в условиях тотальной внутривенной анестезии пропофолом и миоплегией рокурония бромидом. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом, всем

пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с предварительной инфильтрацией мест установки троакаров. Оперировавший хирург, проводивший инфильтрацию, и исследователи, занимающиеся сбором информации не информировались о содержимом стерильной операционной посуды, в которой подавался раствор для инфильтрации. В 1 группе (n = 22) был использован физиологический раствор натрия хлорида, во 2 группе (n = 19) - интраоперационно проводилась инфильтрация области введения троакаров 0,375 % раствором ропивакаина гидрохлорид по 5 – 7 мл в каждую зону установки троакара. В послеоперационном периоде всем пациентам для обезболивания использовался 5% р-р кетопрофена 2 мл внутримышечно по требованию пациента. Для оценки результатов принимались во внимание: расход фентанила во время операции, время первого требования анальгетика в после операции и выраженность болевого синдрома на различных этапах послеоперационного периода. Для оценки выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде использовалась 10-ти балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) через 2, 6 и 18 часов после операции. Результаты обрабатывались статистически с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 7.0.

Результаты. В результате проведенного исследования получены следующие результаты. Расход фентанила во время операции во II группе оказался достоверно ($p = 0,004$) ниже ($4,6 \pm 0,3$ мкг/кг веса) против показателей I группы ($6,4 \pm 0,4$ мкг/кг веса). Время первого требования анальгетика в I группе составило в среднем 89,6 мин, тогда как во II группе – 144,3 мин.

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в первые два часа после операции составила в I группе 4,9 против 3,8 во II группе ($p = 0.04$); после 6 часов 3,1 и 2,3 соответственно ($p = 0.12$); 0,8 и 0,6 – после 18 часов от окончания операции ($p = 0.29$).

Заключение. Дополнительная инфильтрация мест установки троакаров при выполнении ЛХЭ 0,375% раствором ропивакаина позволяет достоверно уменьшить расход наркотических анальгетиков во время операции и удлиняет время первого требования анальгетика в послеоперационном периоде.

Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде была достоверно меньше только в первые два часа. Недостоверные отличия в последующие часы можно объяснить прекращением действия инфильтрированного местного анестетика и началом использования ненаркотических анальгетиков для обезболивания.

Уменьшение расхода наркотических анальгетиков является несомненно важным преимуществом, позволяющим минимизировать также отрицательные эффекты опиоидов в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациентов. Эти факторы могут оказать положительное влияние на исходы оперативного лечения в целом.