

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ С ПОЗИЦИЙ ХРОНОФИЗИОЛОГИИ

Слепушкин В.Д., Абазова И.С., Осканова М.Ю., Цориев Г.В., Ахильгова Л.И.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия. Владикавказ, Кабардино-Балкарский государственный университет. Нальчик, Ингушский государственный университет. Назрань

Цель исследования: изучение особенности интраоперационного обезболивания и седации у плановых и экстренных хирургических и травматологических больных.

Результаты:

- у экстренных больных во время проведения анестезиологического пособия для достижения уровня седации 55-55 баллов по БИС-мониторингу требуется на 20-25% больше гипнотиков (Тиопентал натрия, Пропофол, Дормикум). Данное обстоятельство объясняется наличием выраженной стрессорной реакции в результате внезапно полученной травмы или хирургической патологии, о чем свидетельствует гипергликемия и высокий уровень кортизола в крови;

- у экстренных больных, которым требуется оперативное вмешательство, поступивших в дневное время суток, требуется меньшее количество анальгетиков (фентанил), чем у больных, у которых вмешательство проводили в ночное время суток. Это связано с меньшим содержанием в крови в ночное время нейропептидов (бета-эндорфин, мет-энкефалин, лей-энкефалин) и глюкокортикоидов (кортизол). Включение в состав анестезиологического пособия даларгина (синтетический аналог лей-энкефалина) снижает расход фентанила. При проведении седативной и анальгетической терапии в ближайшем послеоперационном периоде следует учитывать следующие обстоятельства, исходя из полученных нами данных:

- седативный эффект дормикума возрастает со вторых суток при постоянной его инфузии в одних и тех же дозировках (уровень БИС-спектрального индекса снижается с 55-50 до 40-35), что может приводить к развитию тканевой гипоксии. Следовательно, начиная со вторых суток дозу инфузируемого дормикума следует уменьшать на 15-20% от исходной;

- на протяжении суток, в ночные и ранние утренние часы (с 00=00 до 08=00) дозы инфузируемых гипнотиков (тиопентал натрия, пропофол, дормикум) необходимо снижать на 15-20% по сравнению с дозой, которая инфузируется в 12=00. Это связано с увеличением секреции эндогенного мелатонина в ночные часы, который обладает седативных и гипногенным эффектом (В.Д.

Слепушкин, 1985, 1998, 2005). Для оптимизации седативной терапии, уменьшения расхода гипнотиков в вечерние часы больным можно назначать препарат мелатонин (мелаксен), что еще в большей степени снижает расход гипнотиков (под контролем БИС-мониторинга);

- в ночные часы (с 00=00 до 06=00) у больных, перенесших операции высокой травматичности, требуется назначением опиоидных анальгетиков. В дневные часы подавляющее число больных в послеоперационном периоде не

требуют назначения мощного обезболивания, которое может ограничиться назначением НПВС. Данное обстоятельство объясняется уменьшением в ночные часы активности антиноцицептивной системы, связанное со снижением секреции нейропептидов (бета-эндорфин, мет-энкефалин, лей-энкефалин) и глюкокортикоидов (кортизол).

Заключение. Нами обнаружена прямая коррелятивная связь между содержанием в крови уровня кортизола и активности болевой чувствительности (по шкале ВАШ) у больных в ближайшем (3 суток) послеоперационном периоде в ночные часы. Назначение в вечерние часы (примерно в 20=00) небольших доз далагина и кортикостерона снижает потребность у больных в ночные часы в назначении опиоидных анальгетиков.