

Т.С.Аззамходжаев, Ш.М.Тохиров, Х.К.Нурмухамедов, И.Б.Маматкулов, А.Б.Бекназаров

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Т.С.Аззамходжаев, Ш.М.Тохиров, Х.К.Нурмухамедов, И.Б.Маматкулов, А.Б.Бекназаров.
Психологик хусусиятлар негизда болаларда кардиохирургик операциялардан сўнгги
огрикларни прогнозилаш

Тадиқот мақсади: психологик хусусиятлар ва стандартлаштирилган огрик стимуллари
негизда болалардаги кардиохирургик операциялардан кейинги огрикларни баҳоратлашни
баҳолаш.

Материал ва услублар: “кўк” ва “оқ” нуксонлар сабабли кардиохирургик операцияларни
бошидан ўтказган 2-6 ёшдаги 42 нафар болалар текширилди. Огрик сезгиси операциядан олдинги
даврда 2 марта бармоққа санчиш ва венепункция орқали; операциядан кейинги даврда 4 марта,
яъни бевосита ўйғонишдан сўнг ва ўйғонишдан 1 ҳамда 2 соат ўтиб аниқланди.

Натижалар ва муҳокама: операциядан кейинги огрик синдроми ифодаланганлигини
баҳоратлашни операциядан олдинги огрикни иккита вақт нуктасида баҳолаш ва операциядан
кейинги 1 кунда баҳолаш асосида аниқлаш мумкин.

Калит сўзлар: кардиохирургик операциялар, болалар, огрик, операциядан кейинги давр,
юракнинг тўғма нуксонлари, седация.

T.S.Agzamhodjaev, Sh.M.Tohirov, H.K.Nurmuhamedov, I.B.Mamatkulov, A.B.Beknazarov.
Prognostication of a postoperative pain in children after cardiac surgery operations on the basis of
psychological characteristics

Research purpose: the estimating the prognostication of postoperative pain of cardiac surgery
operations in children on the basis of psychological characteristics and standardized pain stimuli.

Material and methods: 42 children at the age of 3-6 years old are examined in the postoperative period
of cardiac surgery operations concerning “blue” and “pale” vitiums. Pain sensitivity was estimated twice
on the preoperational stage after a prick in a finger and venepunctures; 4 times on the postoperative
stage: through 1 and 2 hours after awakening.

Results and discussion: prognostication of the expressiveness of postoperative pain syndrome can
be predicted on the basis of the preoperational estimation of pain in two temporal points: right after
awakening and through twenty-four hours after an operation.

Keywords: cardiac surgery operations, children, pain, postoperative period, congenital heart diseases,
sedation.

Значительные успехи нейрофизиологии и фармакологии боли не предоставили в распоряжение клиницистов инструмента для объективной оценки болевых ощущений. Это может быть объяснено тем, что боль как таковая, является субъективным ощущением, без которого боль вообще не существует [3,7]. Соответственно и оценка боли в мировой практике базируется на модифицированной субъективной характеристике интенсивности болевых ощущений [2,8]. В настоящее время общепринятым Международным стандартом оценки уровня болевых ощущений является использование визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Известно, что неэффективная послеоперационная аналгезия, отмеченная в 40-70% наблюдений в большинстве медицинских учреждений мира, не является столь уж неожиданной [5,6].

Многие исследователи, изучающие вопросы альгологии, пытались прогнозировать болевой синдром для обеспечения адекватного обезболивания в послеоперационном периоде [1,4].

Таким образом, несмотря на значимое количество факторов, коррелирующих с послеоперационной болью, единого подхода к решению прогнозирования послеоперационной боли нет. Устанавливаются проведение более энергичных исследований с применением убедительных методов и надежной статистической обработки полученных результатов.

Цель исследования – оценка прогнозирования послеоперационной боли кардиохирургических операций у детей на основании психологических характеристик и стандартизированных болевых стимулов.

Материал и методы

Исследование проведено у 42 детей (3-6 лет) в послеоперационном периоде кардиохирургических операций по поводу «синих» и «бледных» пороков. Соответственно пациенты были разделены на две группы: 1 группа – 17 детей с «синими» пороками; 2 группа – 25 детей с «бледными» пороками. В обеих группах проводилась однотипная премедикация: вечером до операции димедрол (0,01 мг/кг) перорально, за 30 мин. до операции – 2,5 мг сибазона внутримышечно. Анестезиологическое пособие осуществлялось комбинированной эндотрахеальной анестезией севофлюраном, фентанилом и сибазоном. Миоплегия – ардуаном. Длительность операции в 1 группе составила $103,1 \pm 23,5$ мин., у пациентов 2 группы – $101,3 \pm 21,2$. Кардиоплегия была представлена раствором Стендфордского Университета. Время подключения к аппарату искусственного кровообращения (ИК) составила, в среднем, $12,3 \pm 1,1$ мин.

В обеих группах пациентов исследовалась болевая чувствительность дважды на дооперационном этапе: после укола в палец и венепункции (взятие крови на анализ); 4 раза в послеоперационном периоде: после пробуждения, через 1 и 3 ч. после пробуждения и через 1 сут. после операции. Болевая чувствительность оценивалась по ВАШ.

Статистическую обработку проводили с использованием методов параметрического и непараметрического анализа, критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В 1 группе средние значения болевой чувствительности (максимальное количество баллов по ВАШ – 100) при уколе в палец было $36,83 \pm 4,28$ балла, при уколе в вену – $25,66 \pm 4,33$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с болью после укола в палец). Выраженность боли сразу после пробуждения после операции составила $24,21 \pm 5,35$ балла, через 1 ч. после пробуждения – $47,69 \pm 5,22$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с болью после пробуждения), через 3 ч. – $61,69 \pm 2,84$ ($p < 0,001$ по сравнению с болью сразу после пробуждения и через 1 ч. после операции). Данная информация определяет максимальную болевую чувствительность через 3 ч. после хирургического вмешательства.

Рассматривая средние показатели чувствительности во 2 группе, необходимо отметить, что при уколе в палец значения составили $36,68 \pm 5,36$ балла, при уколе в вену – $25,90 \pm 4,12$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с болью после укола в палец). Боль сразу после пробуждения составила $20,61 \pm 4,81$ балла, через 1 ч. после пробуждения – $32,23 \pm 4,95$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с болью сразу после пробуждения), через 3 ч. – $36,52 \pm 4,05$ балла

($p < 0,001$ по сравнению с болью сразу после пробуждения и через 1 ч. после операции) и через сутки после операции – $22,74 \pm 3,55$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с болью через 1 ч. и 3 ч. после операции; $p < 0,05$ по сравнению с болью сразу после пробуждения). Нельзя не обратить внимание на достоверную разницу между сравниваемыми группами через 3 ч. после операции ($p < 0,001$), через 1 ч. и через 1 сут. после хирургического вмешательства ($p < 0,05$).

Согласно результативности полученных данных можно предположить, что на основании оценки боли при взятии крови из вены можно прогнозировать болевую чувствительность в послеоперационном периоде.

Не выявлено достоверных корреляций между болевой чувствительностью при уколе в палец и тяжестью послеоперационного болевого синдрома. Наиболее вероятными причинами выделенному, могут быть как различия в иннервации данных областей, так и психологические факторы. При сравнении различий иннервации, предположения подтверждаются более выраженным болевым синдромом при уколе в палец по сравнению с болью при уколе в вену: $36,83 \pm 4,28$ и $36,68 \pm 5,36$ балла против $25,66 \pm 4,33$ и $25,9 \pm 4,12$ балла ($p < 0,05$ и $p < 0,002$) в 1 и 2 группах соответственно.

Различия результатов корреляционного анализа подтверждают влияние психологических составляющих, согласно которым большее число взаимосвязей между психологическими характеристиками и болевой чувствительностью было найдено при венепункции (1 достоверная корреляция в 1 группе и 7 – во 2 группе), тогда как при заборе крови из пальца было выявлено только 3 достоверных корреляции в 1 группе и 3 – во 2 группе. Предположительно, при венепункции большинство пациентов испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение, а укол в палец не является психотравмирующим обстоятельством для многих пациентов и не вызывает существенных изменений актуального психоэмоционального состояния.

Необходимо отметить также, что количество корреляционных связей между интенсивностью болевого ощущения и психологическими характеристиками при уколе в палец равномерно распределялись в 1 и 2 группах (по 3 связи в каждой группе), в то время как при венепункции количество таких связей резко преобладает во 2 группе, сопровождающаяся усилением болевых ощущений.

Как было отмечено, по абсолютной величине показателя ВАШ болевая чувствительность при уколе в палец выше, чем при уколе в вену в обеих группах, что связано с тем, что с болевой чувствительностью коррелируют психоастенические

и сенситивные черты, т.е. именно те особенности личности, которые обуславливают постоянно присутствующий в психическом статусе детей высокий уровень тревоги.

Исследования, с одной стороны, подчеркивают важность влияния индивидуальных психофизиологических особенностей на характер и выраженность болевого синдрома у детей, а с другой стороны доказывают сложность механизмов такого влияния, а также трудность их выявления и формализации.

Выводы

1. Прогнозирование выраженности послеоперационного болевого синдрома можно прогно-

зировать на основании дооперационной оценки боли в двух временных точках: сразу после пробуждения и через сутки после операции.

2. Выраженность боли во время венопункции связана с актуальным эмоциональным состоянием, болевой восприятие при уколе в палец – с более устойчивыми чертами личности и типом отношения к болезни, в основе которых лежит высокий уровень тревожности и неуверенности (психосоматические и сенситивные черты).

3. Прогнозирование болевого синдрома в ранний послеоперационный период требует учитывать психологические факторы, влияющие на восприятие боли.

Литература

1. Ветшев П.С., Ветшева М.С. Принципы анальгезии в раннем послеоперационном периоде. Хирургия. 2012; 12: 49-50.
2. Овечкин А.М., Ефременко И.В. Фармакотерапия острой послеоперационной боли, основанная на применении препаратов, воздействующих на NMDA-рецепторный комплекс. Анестезиология и реаниматология. 2013; 3: 63-69.
3. Степанова Я.В., Щелкова О.Ю., Лебединский К.М., Мазурок В.А. Прогнозирование послеоперационной боли на основании психологических характеристик больных и стандартизированных болевых стимулов. Анестезиология и реаниматология. 2013; 3: 58-63.
4. Aasvang E.K., Hansen J.B., Kehler H. Can preoperative electrical nociceptive stimulation predict acute pain after growing hemiotomy. J Pain. 2008; 9 (10): 940-944.
5. Bisgaard T., Klaskov D., Rosenberg J., Kehler H. Characteristics and prediction of early pain after cardiologic operation. Pain. 2010; 90 (3): 261-269.
6. Brown J.G., Weiskopf R.B., Eger E.I. et al. Epinephrine-induced premature ventricular contractions and changes in arterial blood pressure and heart rate during 1-653, isoflurane, and galothane anesthesia in swine. Anesthesiology. 2008; 70 (2): 293-298.
7. Donovan M., Dillon P., McGuire I. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgical inpatients. Pain. 2007; 30 (1): 30-65.
8. Weis O.F., Sriwatanakul K., Alloza J.I. Attitudes of patients, house-staff, and nurses toward postoperative analgetic care. Anesth Analg. 2008; 62 (1): 70-74.

С.К.Юлдашев

МИНИМАЛЬНОЕ УШИВАНИЕ ЛОЖИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

АО Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии

С.К.Юлдашев. Бачадон миомасига эга хомилдорларда кесарча кесиш амалиётида консерватив миомэктомиани амалга ошириш учун миоматоз тугун ўриндиғини минимал тикиш

Тадқиқот мақсади: тўқиманинг интраоперацион хирургик шикастини камайтириш борасида репродуктив ёшдаги аёлларда аъзосакловчи миомэктомиа услуби оператив техникасининг коннинг цитокин профили ҳолатига таъсирини ўрганиш.

Материал ва услублар: бачадон миомаси мавжуд 46 нафар аёлларда бизлар томонидан ишлаб чиқилган услуб бўйича лапаротомик очиб кириш орқали консерватив миомэктомиа амалга оширилди. Услубнинг самардорлиги операциядан олдин ва операциядан кейинги даврининг 3-ва 5-кунларида периферик конда интерлейкин-1, ўсма некрози омили-5 даражаларини ўрганиш орқали баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама: бизлар қўллаган консерватив миомэктомиа услуби кам шикастли, хирургик стресс чақирмайдиган усул ҳисобланади, бу иммун тизими иши ва химоя реакциялари ривожланиши – яллиғланиш олди цитокиналири – интерлейкин-1, интерлейкин-6 ва ўсма некрози омили маркерлари микдорининг ўзгармаганлиги билан тасдиқланади.

Калит сўзлар: бачадон миомаси, миомэктомиа, цитокиналир, хирургик стресс.