

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ НА ЭТАПАХ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Сатвалдиева Э.А., Куралов Э.Т., Ходжиев Б.Ф.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт Национальный
детский медицинский центр*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Некупированный послеоперационный болевой синдром (ПБС) может являться причиной развития кардиореспираторных и тромбоэмболических осложнений, сопровождаться нарушением моторики желудочно-кишечного тракта и развитием хронизации боли.

Поэтому обеспечение адекватного послеоперационного обезболивания (ПО) является актуальной проблемой современной анестезиологии.

ЦЕЛЬ

Повышение качества периоперационной анальгезии путем комбинированного мультимодального использования парацетамола и кеторолака трометамин у детей после абдоминальных хирургических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 62 пациента детского возраста (6–17 лет – школьники) с диагнозом Кисты холедоха, поджелудочной железы, селезенки, эхинококкоз печени, энтерокистома, дивертикул Меккеля, проходивших лечение в отделении плановой хирургии Национального детского медицинского центра г. Ташкента. В исследование были включены пациенты (нормотрофики) без преморбидной патологии. Риск анестезии по ASA I–II. Операции носили плановый характер, проводилась стандартная предоперационная подготовка и обследование.

1 группа (основная, n=32) Схема периоперационной анальгезии: превентивное (за 15 мин до операции) в/в введение парацетамола 25–30 мг/кг. За 15 мин. до конца операции в/в кеторолак 0,5 мг/кг. Через 6–7 часов повторно кеторолак 0,5 мг/кг. На 2 и 3 сутки кеторолак 0,5 мг/кг – 2 и 1 раз.

2-я группа (сравнения) n=30, получавших в послеоперационном периоде 0,2 мг/кг морфин. В 1 сутки вводили 3 раза, во 2 и 3 сутки – 2–1 раз в сутки.

Пациенты обеих групп получали стандартную общую анестезию.



РЕЗУЛЬТАТЫ

Исходная гемодинамика у пациентов в исследуемых группах была сравнима и находилась в пределах нормы. Интраоперационный период в обеих группах протекал на фоне относительно стабильной системной гемодинамики, что можно объяснить применением одного вида анестезии в группах. В группе сравнения отмечено увеличение АДср и ЧСС на 2 этапе исследования по отношению к исходу на 7 % и 10,9 % ($p < 0,05$). На 3 этапе регистрировалось дальнейшее повышение АДср и учащение ЧСС на 9,6% и 13,1 % ($p < 0,05$) по отношению к исходу.

При межгрупповом сравнении показателей гемодинамики на этапах исследования не выявлено статистически значимых различий.

ВЫВОДЫ

Методика превентивного применения парацетамола у детей в дозе 15-20 мг/кг с последующим введением кеторолака трометамин (за 15 мин до конца операции) повышает степень ноцицептивной защиты и обеспечивает высокую эффективность послеоперационного обезболивания, что позволяет рекомендовать ее в практику периоперационной аналгезии при вышеуказанных абдоминальных операциях у детей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Агзамходжаев, Т. С., et al. "Послеоперационное обезболивание промедолом после абдоминальных операций у детей." Вестник экстренной медицины 3 (2013): 250-251.
2. Sabirdjanovich, Yusupov Anvar, et al. "Changes of indices for central hemodynamics during combined epidural anesthesia in children." European science review 1-2 (2017): 164-165.
3. Агзамходжаев, Т. С., Файзиев, О. Я., Юсупов, А. С., & Тураева, Н. Н. (2020). КОМБИНИРОВАННАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ. Детская хирургия, 24(3), 188-193.