



## ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л., Гойибов С.С., Каспарова Г.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

**Введение.** Умеренная и интенсивная боль, независимо от локализации, может оказывать влияние практически на все органы, увеличивая риск развития осложнений и летальность в послеоперационном периоде. Последнее положение доказывает, что адекватная интраоперационная анестезия и лечение боли в послеоперационном периоде является не просто гуманным требованиям, но ключевым аспектом полноценной терапии.

Адекватная анальгезия после обширных абдоминальных хирургических вмешательств является одним из компонентов мультимодальной программы послеоперационной реабилитации. Одним из высокоэффективных методов обезболивания является длительная эпидуральная анальгезия. Показано, что эпидуральное введение местных анестетиков с малыми дозами морфина на грудном уровне в абдоминальной хирургии оказывает значительное влияние на эндокринные и метаболические стрессовые реакции.

**Цель.** Изучить целесообразность применения и разработать оптимальный режим эпидуральной анальгезии морфином (ЭАМ) в послеоперационном периоде у больных после симультанных операций на органах брюшной полости.

**Материал и методы.** Обследовано 166 (мужчин 79 (47,6%), женщин – 87 (52,4%)) пациента, перенесших различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости в возрасте от 38 до 70 лет (сред. 54,5±6,4).

Пациенты со симультанной операции распределены следующим образом: гемигастрэктомия и холецистэктомия-36; эхинококкэктомия печени и холецистэктомия-39; герниолапаротомия и холецистэктомия -40; герниолапаротомия и ампутация или экстирпация матки-44 и др.-7.

ЭАМ использовали у 108 (65,06%) больных, остальным обезболивание обеспечивали внутривенным капельным введением инфульгана(100 мл-1000 мг) 2 раза в сутки. Морфин вводили через катетер, установленный в нижнегрудном отделе эпидурального пространства, после окончания операции и появления болевого синдрома. Доза морфина на одно введение составляла 4-6 мг (в среднем 4,8 мг).

У всех пациентов определяли эффективность анальгезии на основании субъективной оценки уровня боли, по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), отмечали длительность обезболивания. Регистрировали осложнения, считающиеся характерными для ЭАМ, а также связанные с адекватностью анальгезии. У части больных в динамике исследовали показатели функцию внешнего дыхания (Спирометрия) и гемодинамики (Систолическое, диастолическое и среднее АД, ЧСС, ЭКГ, ЭХО-КГ, пульсоксиметрия).

**Результаты.** Данный метод обеспечивает более выраженную по силе длительности анальгезию, которая позволяет пациентам осуществлять режим ранней двигательной активности, способствует достаточно быстрой коррекции послеоперационных нарушений вентиляции и газообмена, предупреждает легочные осложнения.

Исходной разовой дозой для ЭАМ после симультанных операциях на органах брюшной полости, по нашему мнению, следует считать 4-5 мг морфина. Количество побочных эффектов (тошнота, рвота, зуд) при такой дозировке минимальна, а эффективность ее



более чем у половины больных, вполне достаточна. При увеличении дозы параллельно увеличивается вероятность развития тошноты и рвоты, несколько возрастает риск возникновения ранней и отсроченной дыхательной депрессии.

**Заключение.** Таким образом, эпидуральная анальгезия морфином имеет определённые преимущества перед системным введением наркотических и ненаркотических анальгетиков, особенно эпидуральная анальгезия малыми дозами морфина является вариантом выбора для послеоперационного обезболивания после симультанных операциях на органах брюшной полости.