

АБДОМИНАЛ ХИРУРГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА РЕГИОНАЛ АНЕСТЕЗИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ



Махмонов Лутфулло Сайдуллаевич^{1,2}, Алимов Одил Эшнорович², Абдиев Каттабек Махматович¹
1 - Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
2 - Самарқанд вилоят кўп тармокли тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Махмонов Лутфулло Сайдуллаевич^{1,2}, Алимов Одил Эшнорович², Абдиев Каттабек Махматович¹
1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 – Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Самарканд

EFFICIENCY OF REGIONAL ANESTHESIA AFTER ABDOMINAL SURGERY

Makhmonov Lutfullo Saydullaevich^{1,2}, Alimov Odil Eshnorovich², Abdiev Kattabek Makhmatovich¹
1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: jek_88x87@mail.ru

Резюме. ТАР блокадаси абдоминал хирургик операциялардан кейинги мультимодал оғриқсизлантириш сифатида киритилган бўлиб, 2013-2015 йилларгача анатомик билимларга асосланган ҳолда ўтказилган бўлса, кейинги йилларда УТТ аппарати ёрдамида визуал кўриб бажариш техникаси киритилди. Бу усул эса ТАР блокада техникасини осонлаштирди, асоратлар бўлиши хавфини камайтирди.

Калит сўзлар: абдоминал жаррохлик, ТАР-блокада, анестезия, бупивакаин.

Abstract. TAP blockade was introduced as a multimodal anesthesia after abdominal surgery and was carried out on the basis of anatomical knowledge until 2013-2015, and in recent years, a visual examination technique using an ultrasound machine has been introduced. This method facilitated the TAP block technique and reduced the risk of complications.

Key words: abdominal surgery, TAP blockade, anesthesia, bupivacaine.

Кириш. Замонавий тиббиётда жаррохлик амалиётнинг кенгайиши билан бирга, унинг технологик сифатига ва муоложадан кейинги давр сифатига ҳам талаб ошмоқда. Беморлар жаррохлик амалиётидан кейинги даврда эрта фаоллаштирилса стационарда бўлиш кунлари кискаради [2].

Жаррохлик амалиётидан кейин Fast track [беморларни эрта фаоллаштириш] концепциясини, муолажадан кейин кузатиладиган оғриқ синдромни бартараф қилмасдан амалга ошириб бўлмайди [2]. Амалиётдан кейинги даврда оғриқсизлантириш учун қўлланилаётган классик усуллар баъзи чекланишларга эга. Чунончи, режали операцияларда беморларга тромбоземболик асоратларни профилактикаси мақсадида антикоагулянт терапия ўтказилади [9].

Эпидурал анестезияда антикоагулянт терапия ўтказилаётган беморларда гематома ривожланиш хавфи мавжуд [7, 10]. Беморларда жаррохлик амалиётдан кейинги даврда оғриқсизлантириш учун қўлланилган опиат гуруҳидаги анальгетиклар таъсирида диспептик синдром [кўнгил айниши, метеоризм, қусиш], гемодинамикани салбий ўзгаришлари белгилари кузатилади. Бундан ташқари беморларни тўшакда узоқ вақт ётиши, опиат анальгетикларга тез ўрганиб қолиш каби салбий таъсирлари қайд этилади [7]. Бу абдоминал жаррохлик амалиётларидан кейин оғриқсизлантиришнинг муқобил усулларини излашга туртки бўлди. Бу соҳада регионар анестезияни, хусусан корин олдинги девори мушаклари фасциялар аро блокадани (TAP- Transversus Abdominis Plane)

ультратовуш аппарати ёрдамида маҳаллий анестетиклар билан кенг қўлланилишига сабаб бўлди [1, 2, 7].

Ишнинг мақсади. Самарқанд вилоят кўптармоқли тиббиёт марказида ўтказилаётган абдоминал жарроҳлик, урологик ва гинекологик амалиётларидан кейинги даврда оғриқсизлантириш мақсадида ўтказилган қорин олдинги девори фасциялар аро ТАР блокаданинг самарадорлигини баҳолашдан иборат.

ТАР блокадаси усули. ТАР блокада биринчи марта 2001 йилда исроиллик олим Rafi томонидан абдоминал хирургик операциялардан кейинги мультимодал оғриқсизлантириш сифатида киритилган бўлиб, 2013-2015 йилларгача анатомик билимларга асосланган ҳолда ўтказилган бўлса, кейинги йилларда УТТ аппарати ёрдамида визуал кўриб бажариш техникаси киритилди. Бу усул эса ТАР блокада техникасини осонлаштирди, асоратлар бўлиши хавфини камайтирди [1, 3, 7].

Қорин олдинги девори иннервациясига кўра қориннинг олдинги ва ташқи соҳаси, париетал қорин парда Th₇ - L₁ умуртқалар соҳасидаги орка миянинг олдинги шохларидан чиққан нервлар – nn. Intercostalesis, n.iliohipogastrica, n.ilioinguinalis билан таъминланган. Бу нервлар қориннинг ички қийшиқ мушаги билан кўндаланг мушаклари ўртасидаги апоневроздан ўтиб париетал қорин пардани, қорин олдинги деворлари мушакларини, қорин олдинги девори эпигастрал соҳадан қорин пастки соҳасигача бўлган соҳа терисини иннервациялайди [2].

ТАР-блокадасини ўтказиштехникаси: бемор орқа билан ётган ҳолатда, қориннинг латерал соҳасида ультратовуш текшириш аппаратининг чизиқли узатгичи 12- қовурғанинг пастки қирраси билан ёнбош суякнинг юқори қирраси ўртасига ўрнатилади [2, 7]. Бу соҳада қориннинг ташқи қийшиқ, ички қийшиқвақорин кўндаланг мушаклари яхши кўринади. Маҳаллий

анестетиклар – Бупивакаиннинг 0,5% [Ропивакаин, Левобупивакаин] 5,0 мл эритмаси G 20 ўлчамли ангиокат билан ультратовуш текшириш аппарати назоратида қорин ички қийшиқ мушаги билан қориннинг кўндаланг мушаклари ўртасидаги апоневрозгача борилади. Назорат учун 1,0 мл эритмадан юборилади, ангиокат учи апоневрозда турганлигига УТТ оркали ишончҳосил бўлгандан кейин эритманинг қолган қисми юборилади. Адьювант сифатида дексаметазон 4 мг қўшилиши мумкин, бу блокаданинг давомийлигини узайтиради [1, 2, 3, 4, 7].

Блокаданинг таъсир давомийлиги ўртача 10-14 соатгача давом этади. ТАР-блокада бажарилиши қулай ва хавфсиз бўлиши билан бир қаторда асоратлардан ҳам ҳоли эмас. Инъекция қилинган жойда гематома, қорин парда ва ичаклар тешилиши каби асоратлар бўлиши мумкин [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8].

Ишнинг материаллари ва усуллари. 2021йил август-октябр ойларида Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида хирургик амалиётлардан кейинги беморларда ўтказилган ТАР блокада самарадорлигибаҳоланди. Беморлар операциядан кейинги даврда марказнинг реанимация ва анестезиология бўлимида даволашни давом эттиришди. Текширувга марказ бўлимларида даволанган 60 та беморлар киритилди: 18 таси назорат гуруҳ, яъни ТАР блокада ўтказилмаган беморлар. Асосий гуруҳга 42 та бемор, яъни операциядан кейинги даврда ТАР блок қилинган беморларкиритилди. Беморлар ёши 24 ёшдан 80 ёшгача танланди. Беморларни ўртача ёши 54 ёшни ташкил килди. 1 жадвалда беморлар характеристикаси кўрсатилган.

Оғриқсизлантириш бупивакаиннинг 0,5% 5,0 мл эритмаси билан, ультратовуш текшируви EDAN U50 маркали УТТ аппаратида, чизиқли узатгичда ўтказилди. Адьювантлар қўшилмади.

Жадвал 1. Асосий гуруҳдаги беморлар характеристикаси

1-хирургия	ЛХЭ 12та (28,5%)		ХЭК 4та (9,5%)		Герниопластика 10та (23%)		Жами 26та (61,9%)
	ёши	55 ±15	60 ± 18	57±14			
жинси	А 25%	Э 25%	А 75%	Э 25%	А 70%	Э 30%	
Урология	Аденомэктомия						Жами 7та (16,6%)
	3та (42%)	2та (28 %)		2та (28%)			
ёши	56-68		69-74		75-81		
Гинекология	Бачадон ампутацияси 3та (37,5%)		Бачадон экстерпацияси 2та (25%)		Кистэктомияси 3та (37,5%)		Жами 8та (19%)
	ёши	40± 6		43 ± 10		30 ± 6	
Колопроктология	Тотал колэктомия						Жами 1та (2,3%)

Жадвал 2. Назорат гуруҳидаги беморлар характеристикаси

1-хирургия	ЛХЭ 4 (22,2%)	ХЭК 3 (16%)	Герниопластика 3 (16%)	Жами 10 (55,5%)
Гинекология	Бачадон ампутиацияси 2 (11%)	Бачадон экстерпацияси 2 (11%)	Тухумдондан кистэктомия 1 (5,5%)	Жами 5 (27,7%)
Урология	Аденомэктомия			Жами 3 (16,6%)

Жадвал 3. Назорат ва асосий гуруҳ беморларини кузатиш натижалари

Натижалар	Кузатиш гуруҳлари	
	назорат	асосий
оғриқ синдроми	+++	+
Анальгетика эҳтиёж		
диклофенак+спазмалгон	++	+
баральген	+++	+
омнопон (промедол)	++	-
қусиш, кўнгил айниш	++	+

Куйидаги операциялардан кейин ТАР блокада ўтказилди: 1-хирургия бўлимида: лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) 12 (28,5%) та беморда, лапаротомик антеград холецистэктомия (ХЭК) 4та (9,5%), қорин олдинги девори чурраларида герниопластика операцияларидан кейин 10та(23%)– жами 26 та (61,9%) беморда.

Урологияда: аденомэктомия операциясидан кейин 7 та (16,6%) беморга.

Гинекологияда: бачадон ампутиацияси 3 та (37,5%) беморга, бачадон экстерпацияси 2та (25%), тухумдонлардан кистэктомия 3 та (37,5%) операцияларидан кейин, жами 8та (19%) беморга, колопроктология бўлимида 1 та (2,3%) беморга тотал колэктомия операциясидан кейин ўтказилди.

Бу беморларга операция вақтида стандарт анестезия – кўп компонентли эндотрахеал усулда, урологик операцияларда спинал оғриқсизлантириш усуллари қўлланилган. Шу беморларга операциядан 1-2- соат ўтгач реанимация бўлимида ТАР блокада қилинди ва 10-14 соат давомида кузатилди.

Назорат гуруҳидаги беморларга стандарт анестезия – кўп компонентли эндотрахеал усулда, урологик операцияларда спинал оғриқсизлантириш усуллари қўлланилган.

2 - жадвалда назорат гуруҳидаги беморлар характеристикаси кўрсатилган.

ТАР блокада самарадорлигини баҳолаш куйидаги параметрлар бўйича ўтказилди:

1.Оғриқ синдроми бартараф бўлиши; 2. Операциядан кейинги даврда анальгетикларга бўлган эҳтиёж; 3. Диспептик синдром (қусиш, метеоризм. кўнгил айниши) кузатилиши; 4. Гемодинамика кўрсаткичлари (А/Б, Пульс, сатурация)

Оғриқ синдроми ВАШ (визуал-аналогли шкала) бўйича (0-5 балл) баҳоланди: 0 балл - оғриқ сезмайди, 1 балл - оғриқ кам, 5 балл - оғриқ кучли, яъни оғриқлар кўпайиши билан балл ошиб боради.

Беморларнинг хушёрлигини Ramsey шкаласи (1-6 балл) бўйича баҳоланди: 1 балл - бемор хушёр, нотинч, кўзгалувчан; 6 балл - бемор тинч, ухлайди, безовталиқ йўқ.

Натижалар:

1. Беморлар ВАШ бўйича кузатилганда назорат гуруҳидаги беморларда безовталиқ, оғриқни сезиш 10-16 соатгача кузатилиб турди. Асосий гуруҳидаги беморлар 12-16 соатгача кузатувда тинч ётди, оғриқ сезмади, беморларни эрта оёққа туриши ва эрта активлашуви кузатилди.

2. Бундан ташқари асосий гуруҳидаги беморларда ТАР блокадан кейин оғриқ камайганлиги учун, беморларда эрта активлашиш бўлганлиги учун ошқозон-ичак моторикаси тез тикланишига сабаб бўлди.

3. Назорат гуруҳидаги беморларда (90-95%) анальгетикларга эҳтиёж кузатилди, диклофенак, баральгин, промедол (омнопон) қилинди. Асосий гуруҳидагиларга эса кўшимча анальгетикларга эҳтиёж 10%-15% кузатилди (баъзи беморларга режали тавсия бўйича ностероид яллиғланишга қарши диклофенак ва оғриқсизлантириш мақсадида спазмалгон қилинди)

4. Назорат гуруҳидаги беморларда оғриқ анальгетик олгандан кейин кўнгил айниши, қусиш (ПОТР), гемодинамикаси ностабиллиги

60%-70% беморларда кузатилди. Асосий гуруҳидаги 25-20% беморларда кўнгил айниши, қусиш кузатилди, гемодинамикаси стабил бўлиб турди. 3 жадвалда назорат ва асосий гуруҳ беморларини кузатиш натижалари кўрсатилган.

Жадвал 4. Назорат ва асосий гуруҳ беморларини кузатиш натижалари (операциядан 3 соат ўтгач)

Бемор ҳолатини баҳолаш шкаласи	Кузатиш гуруҳлари	
	назорат	асосий
ВАШ шкала	4,0-4,5 балл	1,0 ± 0,5
Ramsey шкала	2,0 ± 0,3балл	2,7 ± 0,3

Жадвал 5. Назорат ва асосий гуруҳ беморларини кузатиш натижалари (операциядан 6 соат ўтгач)

Бемор ҳолатини баҳолаш шкаласи	Кузатиш гуруҳлари	
	назорат	асосий
ВАШ шкала	4,5-4,8 балл	1,0 ± 0,5
Ramsey шкала	2,0 ± 0,3балл	3,5 ± 0,3
Гемодинамика:		
ўртача А/Б пульс	145 ± 5,0 мм сим уст 85-96 та/мин	125 ± 5,0 мм сим уст 84-70та/мин

Ramsey шкаласи буйича экстубациядан кейин назорат гуруҳдаги беморларда 2,0+/- 0,5, асосий гуруҳдаги беморлар 2,5 - 3,5 +/- 0,3 балл баҳоланди. ВАШ буйича 4-6 соатдан кейин назорат гуруҳда 4,5-5 балл, асосий гуруҳда 1,0-1,5 балл баҳоланди.

Хулоса. Абдоминал операцияларидан кейинги даврда Бупивакаиннинг 0,5% эритмаси билан ўтказилган ТАР блокада натижасида операцион жароҳатда оғриқ йуқолди, наркотик анальгетикларга эҳтиёж кескин камайди ва улар таъсирида кузатиладиган диспептик синдром кузатилмади, гемодинамика кўрсаткичлари стабил сақланди. Бўлимда назорат гуруҳидагиларга нисбатан асосий гуруҳ беморларнинг эрта фаоллашиши қайд этилди.

Адабиётлар:

1. Эффективность анальгезии поперечного абдоминального плоскостного блока после абдоминальной хирургии. John G. McDonnell. FCARCSI, Gerard Curley, MB. Anne Heffernan. National University of Ireland.
2. Варианты поперечно-плоскостной блокады. О.А. Махарин, В.М. Женило, М.Л. Скобло.
3. Эффективность межфасциальных блокад поперечного пространства живота в комплексной анестезии в плановой лапароскопической хирургии // Арыкан Н.Г., Шестопапов А.Е., Митичкин А.Е.
4. Сравнение эффективности блокады поперечного пространства живота для обезболивания после операции кесарева сечения. // Бессмертный А.Е., Антипин Э.Э., Уваров Д.Н., Седых С.В.

5. Forero M. et al. Lumbar transversus abdominis plane block: the role of local anesthetic volume and concentration.

6. Stanley G. et al. Dose requirements. Efficacy and side effect of morphine and pethidine delivered by patient- controlled analgesia after gynaecological surgery// British journal of anaesthesia.

7. Rafi A.N. Abdominal field block: a new approach via the lumbar triangle / Anaesthesia.

8. Jankovic Z.B., Pollard S.G., Nachiappan M.M. Continuous transversus abdominis plane block for renal transplant recipients.

9. Абдиев К.М., Дадажанов У.Д., Фазлиев М.Ш. Гемостазиологические нарушения гестационного процесса и их коррекция у больных коагулопатиями и тромбоцитопенической пурпурой (Обзор литературы) // Журнал Вестник врача общей практики. Том 36, №4 стр. 107-111

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Махмонов Л.С., Алимов О.Э., Абдиев К.М.

Резюме. ТАР-блокада была введена как мультимодальная анестезия после абдоминальной хирургии и проводилась на основе анатомических знаний до 2013-2015 годов, а в последние годы была внедрена методика визуального осмотра с использованием аппарата УЗИ. Этот метод облегчил технику блокады ТАР и снизил риск осложнений.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, ТАР-блокада, анестезия, бупивакаин.