

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»**

На правах рукописи

УДК 616-089.5

ДОСТИЕВ ЛАТИФ РАХМОНОВИЧ

**ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ
И КОНТРОЛЬ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.20 – Анестезиология и реаниматология**

Душанбе - 2021

Работа выполнена в Государственном учреждении «Республиканский научно клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Научный руководитель:

Шамсиев Джамолдин Амриевич,
доктор медицинских наук,
замдиректор по науке ГУ РНКЦ
Урологии»

Официальные оппоненты:

Рахматова Рухшона Акрамовна,
доктор медицинских наук,
ассистент кафедры анестезиологии
и реаниматологии ТГМУ имени
Абуали ибни Сино

Косимов Зайниддин Каримович,
кандидат медицинских наук,
директор ГУ ГНЦРиД

Оппонирующая организация:

Учреждение «Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-056 при ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Республика Таджикистан, г. Душанбе, 734026, пр. И.Сомони 59).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и на сайте (www.ipovszrt.tj).

Автореферат разослан «___» _____ 2021г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских
наук, доцент**

Л. Сайдуллоев

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Одной из наиболее важных и злободневных проблем современной анестезиологии является своевременная коррекция, профилактика и лечение боли. И если многие вопросы интраоперационного обезболивания в значительной мере решены, то проблемы профилактики и лечения болевого синдрома в послеоперационном периоде еще остаются дискуссионными и требуют дальнейшего совершенствования. В связи с этим вопросы боли и её коррекции при хирургической патологии занимают лидирующее место в современной медицине и являются предметом всестороннего исследования [А.А. Антипов, 2014; Ю.В. Думанский, 2013; М.Г. Егоров, 2016; О.И. Загорюлько, 2016; С.В. Виридов, 2016; С. Meuders [et al.], 2010; J.B. Dahl, 2009].

До настоящего времени отсутствуют единая тактика и методика продленной перидуральной анальгезии после хирургического вмешательства на органах ЖКТ, а также не решенные вопросы контроля и проведения мониторинга болевого синдрома, оценки эффективности результатов проведения анальгезии первые часы после операции.

Результативная терапия болевого синдрома после хирургического вмешательства требует овладения различными методиками динамической оценки боли на основе как субъективных - вербальной, оценочно-рейтинговой и визуально-аналоговой шкал, так и объективных критериев – оценки степени напряжения вегетативной нервной системы. При коррекции болевого синдрома после хирургического вмешательства нужно придерживаться единства взглядов анестезиолога.

Степень изученности научной задачи. Внедрение новых технологий и расширение хирургических вмешательств, вопросы послеоперационного ведения остаются в центре внимания [А.А. Антипов, 2014; Р.В. Гаряев, 2016; Л.М. Гомон, 2014; Y.Meng [et al.], 2017; В.Ф. Levy [et al.], 2010]. Многочисленные исследования и клинические наблюдения по поводу хирургического вмешательства и последующий реабилитации, особенно у больных с выраженным риском развития осложнений, нуждаются в дополнении, коррекции мониторинга болевого синдрома в послеоперационном периоде, что даст возможность улучшить качество жизни пациентов и уменьшить срок их пребывания в стационаре. Одним из основных этапов считается адекватное обезболивание [В.А. Гольбрайх, 2019; М.Л. Гомон, 2014; S.A. Schug [et al.], 2016; R.M.Garcia [et al.], 2013]. Коррекция и управление болевым синдромом после хирургического вмешательства считаются основными направлениями специалистов в отделении реанимации

и интенсивной терапии. Существующие множественные факторы использования наркотических анальгетиков до, во время и после хирургического вмешательства не могут быть признаны более адекватными и правильными. Применение анестетиков по требованиям приводит к изменению гемодинамических показателей за счет эмоционального дискомфорта и чувства страха. Болевой синдром приводит к дисбалансу различных систем и усугубляется на фоне имеющейся сопутствующей патологии и факторов риска (заболевания органов кровообращения, дыхания, сахарный диабет, ожирение) [В.И. Чиссов, 2013; Т.Ш. Закиров, 2019; Д.И. Ильясова, 2017; A. Fassoulaki [et al.], 2012].

Развитие болевого синдрома в послеоперационном периоде и неадекватная коррекция приводят к изменению жизненно важных функций организма и развитию их тяжелых нарушений, вплоть до полиорганной недостаточности [Д.В. Заболотский, 2017; С.С. Киреев, 2014; А.М. Овечкин, 2016; A. Buvanendran, 2009; I. Nurten [et al.], 2007; A. Gottschalk, 2010]. Надо отметить, что нарастание болевого синдрома после хирургического вмешательства, в первую очередь, связано с движением больных, что больше всего выражено при хирургическом вмешательстве на брюшной полости. При операциях на грудной полости на фоне нарастания болевого синдрома возникает гиповентиляция легких (снижение легочной вентиляции) и связанная с ней гипоксемия, присоединение дыхательной недостаточности с последующей послеоперационной пневмонией и вытекающими осложнениями [А.М. Алишихов, 2010; А.А. Ежевская [и др.], 2010; А.С. Ермолова, 2010; M.S. Vlug [et al.], 2011]. Проведение правильной анальгезии впервые часы после хирургического вмешательства является одним из лидирующих вопросов лечения и реабилитации данной группы больных [А.Ж. Баялиева, 2018; Е.С. Горобец, 2010; Н.А. Осипова, 2013; Y. Feng [et al.], 2008; G.C. McCarthy, 2010]. Необходимо отметить, что данная проблема регулярно обсуждается среди специалистов по вопросам внедрения в практику новых анестетиков, методов их введения, что вызывает большой интерес как в республике, так и за рубежом [Д.Ю. Белоусов, 2014; Р.В. Горяев, 2013; Р.В. Горяев, 2018; Н.А. Долинко, 2013; S. Niyogi [et al.], 2011]. В то же время клинический анализ в этом направлении указывает на нерешенные аспекты послеоперационной боли. Многочисленные осложнения в этом отношении требуют дальнейшей разработки протоколов ведения.

На протяжении последних десятилетий качество послеоперационного обезболивания и количество отрицательных результатов у больных не имеют тенденции к снижению и остаются достаточно высокими, по данным

многочисленных исследований [Т.Ш. Икромов, 2015; О.П. Липыч, 2018; З.Н. Набиев, 2015; Н.А. Осипова, 2013; E. Gramigni, 2013]. После хирургического вмешательства и различных методов проведения анестезии, как медикаментозной, так и немедикаментозной, более 60% больных жалуются на различную степень интенсивности болевого синдрома. Литературные данные указывают, что терапию болевого синдрома после хирургического вмешательства в большинстве случаев проводят наркотическими препаратами [А.В. Андреев, 2020; Л.А. Левченко, 2017; Н.А. Осипова, 2013; E. Marret [et al.], 2008]. При длительном и тяжелом оперативном вмешательстве для сбалансирования анальгезии требуется введение большого количества наркотиков, превышающих норму, рекомендуемую в протоколах [Л.А. Медведева, 2016; S. Karvonen, 2008; А.А. Vamigboye [et al.], 2009]. Увеличение доз наркотических анальгетиков способствует нарастанию множества осложнений (нарушение ритма сердечных сокращений, угнетение и остановка дыхания, дисфункция желудочно-кишечного тракта и др.). Тактика ограничения введения суточных доз и профилактика осложнений приводят к нарастанию боли и дисфункции органов и систем [R. Polomano, 2008].

Терапия болевого синдрома, особенно в первые часы после хирургического вмешательства, является актуальной проблемой клинической медицины. Развитие современных технологий, особенно в отрасли медицины, способствует поиску и внедрению в клиническую практику новых методов анальгезии, которые способствуют стабилизации гемодинамики в первые часы после хирургического вмешательства и этим снижают послеоперационные осложнения.

Теоретические и методологические основы исследования

Теоретической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных ученых по проблеме послеоперационного обезболивания у больных с патологии органов брюшной полости. Наиболее актуальна дифференцированная тактика послеоперационного обезболивания больных с учетом возраста, тяжести состояния больных, сопутствующей патологии, вида и характера предполагаемого оперативного вмешательства и выбора метода обезболивания. Репрезентативный материал ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» позволяет обосновать выбор послеоперационного обезболивания больных с абдоминальной патологии является эффективным методом.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики, контроля и качества послеоперационной анальгезии при абдоминальных хирургических вмешательствах.

Объект исследования. Объектам исследования служили 96 больных после различных по степени тяжести оперативных вмешательств на органах брюшной полости в период с 2014 по 2016гг., после хирургических процедур в условиях отделения анестезиологии и реанимации ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш».

Предмет исследования. Объект исследования уровень выраженности послеоперационного болевого синдрома на фоне разных способов комбинированные введения местных и наркотических анальгетиков в перидуральное пространство.

Предметом научного изучения явились оценка состояния больного в предоперационный и ранний послеоперационный периоды, влияние на их течение различных методов послеоперационного обезболивания.

Задачи исследования

1. Оценить эффективность перидуральной анальгезии в раннем послеоперационном периоде у больных после хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

2. Определить диагностическую значимость кардиоритмографии как косвенного метода альгезиметрии.

3. Определить функциональное состояние гомеостаза и гемодинамики у больных после хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

4. Оценить расход местных анестетиков и опиоидов при использовании различных видов перидуральной анальгезии в раннем послеоперационном периоде в зависимости от метода введения.

5. Выявить частоту и выраженность побочных эффектов от перидурального применения местных анестетиков и опиоидов в зависимости от метода введения.

Методы исследования

В работе использованы клиничко–лабораторные, биохимические и статистические методы исследования. Методология работы построена на системном и комплексном анализе литературных данных, клинических, лабораторных и инструментальных методах исследований. Методы, использованные в работе: аналитический обзор литературы по проблеме; рандомизация групп исследования; ретроспективный анализ историй болезней с выявлением частоты, причин развития основной патологии, её осложнений, проблемных аспектов в диагностике и лечении этой категории больных; разработка дизайна исследования и лечения в проспективной группе; статистическая обработка результатов и др. Объективное клиничко-лабораторное обследование больных. С помощью вышеупомянутых методов клинического обследования больных

появилась возможность оценки общего состояния пациента, выявление наличия сопутствующей патологии и признаков её декомпенсации.

Также применены дополнительные методы исследования (инструментальные, физикальное и лабораторная диагностика) с целью контроля динамики уровня болевого синдрома и определения степени эффективности перидуральной анальгезии при его коррекции.

Область исследования

Область исследования данной работы соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.20. - Анестезиология и реаниматология: 3.1. Определение степени анестезиологического и операционного риска у больных при оперативных вмешательствах. 4.1. Оценка интенсивности боли для контроля эффективности обезболивания по визуально-аналоговой шкале.

Этапы исследования

На начальном этапе написания диссертации был составлен план последовательности проведения исследований, основу которого составил анализ доступной нам научной литературы и наблюдений из практики. Сформировав тему, цель, задачи диссертации, начался набор пациентов с тщательным их обследованием. Нами были изучены анамнез, клиника, показатели гомеостаза, сопутствующей патологии, результаты проведенного лечения. Значимые статистически достоверные результаты работы были отражены в печатных работах. С учетом полученных результатов разработана комплексная патогенетически обоснованная тактика при обезболивании в послеоперационном периоде у больных с хирургической патологией органов брюшной полости.

Основная информационная и исследовательская база

В процессе работы над диссертацией были изучены результаты исследований по оптимизации анестезиологического обеспечения больных, отраженные в работах (диссертация, монографиях, научных статьях) отечественных и зарубежных авторов позволившие правильно интерпретировать полученные данные. Исследование проводилось на базе Государственного учреждения «Республиканский научно – клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ и СЗН РТ.

Достоверность результатов диссертации

Степень достоверности обусловлена проведением исследования параметров гемодинамики, системы гомеостаза, кислотно-основного состояния, перекисного окисления липидов у 96 больных после различных по степени тяжести оперативных вмешательств на органах брюшной полости в период с 2014 по 2016гг. после неотложных хирургических процедур в условиях отделения анестезиологии и

реанимации ГУ «Национальный медицинский центр РТ Шифобахш», с использованием качественных методов проведения лабораторных анализов и статистической обработкой полученных результатов.

Научная новизна

Доказаны эффективность и безопасность применения перидуральной анальгезии для снятия болевого синдрома после хирургического вмешательства на ранних этапах у пациентов после операций на органах брюшной полости. Разработана методика объективизации и мониторинга оценки боли после хирургического вмешательства в раннем периоде.

Доказано, что перидуральная анальгезия при хирургическом вмешательстве на органах брюшной полости сопровождается стабильностью в системах кровообращения, дыхания и показателях гомеостаза на ранних этапах. Перидуральная анальгезия отмечается не только повышением эффективности послеоперационного обезболивания, но и нормализацией гемо-реологических параметров.

Выявлен экономический эффект и уменьшение частоты возникновения осложнений при перидуральной анальгезии.

Теоретическая значимость исследования

На основе выявленных общих сдвигов разработана методика проведения перидуральной анальгезии в комбинации с наркотическим анальгетиком на ранних этапах после хирургического вмешательства.

Доказано, что у больных после хирургического вмешательства на органах брюшной полости применение перидуральной анальгезии сопровождается стабильностью гемодинамики.

Доказано, что мониторинг нарушений в системе гомеостаза, гемодинамики большого и малого кругов кровообращения позволяет определить характер выявленных расстройств, дает возможность на ранних этапах лечения оптимизировать профилактику осложнений. Внедрение новых современных эффективных методов устранения болевого синдрома и контроль стабильности анестезии после хирургического вмешательства у больных, особенно с высокой степенью риска оперативного вмешательства, являются основными задачами анестезиологов и реаниматологов в послеоперационном периоде.

Практическая значимость

Разработана тактика терапии болевого синдрома с применением методики перидуральной анальгезии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии НМЦ РТ «Шифобахш».

Разработана методика проведения перидуральной анальгезии в комбинации с наркотическим анальгетиком на ранних этапах после хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

Доказано, что у больных после хирургического вмешательства на органах брюшной полости применение перидуральной анальгезии сопровождается стабильностью гемодинамики.

Разработана тактика применения в послеоперационном периоде перидуральной анальгезии, позволяющая ограничить выраженность хирургического стресс-ответа и негативных сдвигов показателей реологии крови и регионарной гемодинамики.

Положения, выносимые на защиту

1. Перидуральной анальгезии в раннем послеоперационном периоде является наиболее эффективным методом купирования острого болевого синдрома у больных с патологией органов брюшной полости по сравнению с традиционными методами введения препаратов (внутривенное, внутримышечное).

2. Кардиоритмография может служить методом объективизации динамической оценки боли в раннем послеоперационном периоде после вмешательства на органах брюшной полости.

3. Определение функционального состояния гомеостаза и гемодинамики позволяют дать объективную оценку общего состояния больных в послеоперационном периоде.

4. Перидуральная анальгезия не оказывает отрицательного влияния на систему кровообращения, дыхания и другие показатели гомеостаза в раннем послеоперационном периоде, но метод анальгезии более эффективно ослабляет нейроэндокринный ответ на операцию.

5. Использование перидуральной анальгезии, как метода послеоперационного обезболивания, позволяет снизить расход местных анестетиков: в первой группе (перидуральная анальгезия, контролируемая пациентом) на 8,2%, во второй группе (болюсная перидуральная анальгезия) на 6,3%, в третьей группе (инфузионная перидуральная анальгезия) на 10,5 % и опиоидов: в первой группе (перидуральная анальгезия, контролируемая пациентом) на 19,1%, во второй(болюсная перидуральная анальгезия) на 15,2%, в третьей группе(инфузионная перидуральная анальгезия) на 21,4 % и, соответственно, частоту возникновения побочных эффектов в сравнении с болюсной и инфузионной перидуральной анальгезией.

Личный вклад диссертанта состоит в непосредственном проведении всех этапов исследования. Автором лично выполнено обследование 96 больных после операции на брюшной полости, которым проведена перидуральная анальгезия в послеоперационном периоде, лично проведен обзор научных исследований и публикации по изучаемой теме НИР, внедрена методика проведения послеоперационной

перидуральной анальгезии и интерпретация результатов на персональном компьютере, осуществлен сбор и анализ научной информации, исходя из целей и задач исследования по группам, а также статический анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов, на основании которых разработаны новые подходы к послеоперационной анальгезии этим больным.

Автором подготовлены и опубликованы статьи, выступления с докладами на научных конференциях, результаты НИР внедрены и апробированы в профильных отделениях.

Анализ полученных результатов и 100% статической обработки проводились автором самостоятельно. Доля участия автора в накоплении научной информации более 85%, а в обобщения и анализе полученных результатов-100%.

Апробация работы и информация о результатах применения

Основные положения диссертационной работы обсуждены на съездах и конференциях: годичной научно-практической конференции ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» (2017, 2018), V и VI - съездах педиатров и детских хирургов Таджикистана (2011, 2015, Душанбе); XI Евроазиатском конгрессе педиатров (2011, Душанбе), заседаниях ассоциации детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана (2018), на первом съезде урологов РТ (2011, Душанбе); научно-практической конференции ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием (2017, 2018); Диссертационная работа апробирована на межкафедральном экспертном совете по хирургическим дисциплинам ГОУ ИПОвСЗ РТ (2021).

Публикации результатов диссертации

Опубликованы 8 научных работ, в том числе 3 в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК при Президенте РТ и ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 114 страницах, состоит из введения, 4 глав, обсуждения полученных результатов, заключения и списка литературы, включающего 147 источников (из них 79 на русском и 68 зарубежных). Работа содержит 19 таблиц и 4 рисунка.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В данное диссертационные работы включение анализа и суточного мониторинга пациентов после хирургических вмешательство различной степени тяжести, которые поступали в отделение анестезиологии и реанимации Национального

медицинского центра «Шифобахш».

Критериями включения в диссертационные работы были плановые и срочные хирургические вмешательства на органах брюшной полости. Было изучено 96 карты болезненные пациентов в возрасте от 15 до 60 лет (средний возраст $37,5 \pm 2,5$ года), которые сразу после хирургического вмешательства в операционные после катетеризации передуральное пространство с целью коррекции болевого синдрома проводил анальгезию с комбинацией местного анестетика (0,5% раствора бипувакаина) и морфина, продление передуральной анальгезии. Среди исследуемые больных в 65 (67,7%) мужчин и 31 (32,3%) женщины. Учитывая общее состояние тяжести проводимые хирургические вмешательства нами при проведении коррекции болевого синдрома в первые сутки после операции больных были условно разделены на три группы:

Больные, входящие в первую группу, составили 28 (29,2%), человек которым с целью коррекции болевого синдрома на раннем этапе проводили перидуральную анальгезию с применением автоматического шприца.

В данной группе больных мужчин было 16, а женщин 12 с патологией брюшной полости, требующей хирургического вмешательства;

Во вторую группу вошли 32 (33,3%) пациента, для которых использовали методику анальгезии на раннем этапе после оперативного вмешательства дробное введение через определенное время. Из них 19 мужчин, и 13 женщин;

Также надо отметить, что из исследуемы больных в третью группу вошли 36 (37,5%) пациентов (21 мужчина, и 15 женщин), у которых послеоперационная анальгезия проводилась в виде постоянной перидуральной инфузии раствора с комбинации наркотических препаратов.

Общее состояние пациентов, наличие сопутствующей патологии и признаки её декомпенсации оценивались с помощью следующих методик. • Объективное клинико-лабораторное обследование больных; рентгенография грудной клетки; электрокардиография. Также применены дополнительные методы исследования (инструментальные, физикальные и лабораторная диагностика) с целью контроля динамики уровня болевого синдрома и степени влияния перидуральной анальгезии на него.

Биохимические исследования содержания в плазме крови натрия (cNa^+), калия (cK^+), а также показателей кислотно-основного состояния и газов крови выполнены с помощью анализатора ABL800 FLEX фирмы RADIOMETER (Россия). Для изучения процессов свертывания крови использован анализатор BC-5150 фирмы «Mindray» (Китай) по параметрам: фибриноген, этаноловый тест, активированное время

рекальцификации (ABP).

Для диагностики ожирения применяется индекс массы тела (ИМТ). Водно – электролитный обмен, дефицит воды определяли по формуле Маннористина и Миллера.

Исследовали показатели центральной гемодинамики (ударный объём, минутный объём сердца, общий периферическое сосудистое сопротивление, сердечный индекс). Изменения данных центральной гемодинамики (УО, МОС, ОПСС, СИ, ЧСС, САД) 10% оценивается.

1. Оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (VisualAnalogscale). На основании данных субъективного определения боли в состоянии покоя и передвижения больного с помощью ВАШ – по 10- см линейке, концы которой обозначаются как «отсутствие боли» и «сильнейшая боль», измеряется расстояние от 0 до 10. Значение баллов указывает на интенсивность боли, чем выше балл, тем интенсивнее боль.

Больной на линейке самостоятельно отмечает линию в соответствии с интенсивностью болевых ощущений, испытываемых им в момент отметки. Отметки, которые обозначены больным фиксировались в протоколе послеоперационной интенсивной терапии. В течение первых 3 часов после восстановления ясного сознания каждый час измерялась сила боли, потом через 6,12 и 24 часа от начала обезболивания.

2. Оценка моторного блока. Степень моторной блокады, вызываемой введением местных анестетиков в перидуральное пространство, определяли по шкале Бреймджа Ф.Р.(Bromage). Отсутствие моторной блокады констатировалось при сохранении движений во всех трех суставах ноги, блок оценивался в 0 баллов. При сохранении возможности сгибания в коленном суставе блок оценивался в 1 балл, при подошвенном сгибании- в 2 балла. При разгибании в коленном и выполнении подошвенного сгибания стопы – 3 балла.

3. Оценка Индекса Баевского. Вегетативный индекс. Индекс напряжения- параметр, показывающий вегетативную недостаточность преобладание симпатической или парасимпатической системы.

4. Оценка частоты возникновения и выраженности побочных опиоидобусловленных эффектов (развитие кожного зуда, задержка мочи, появление тошноты и рвоты).

Инструментальные методы исследования осуществлялись вариационной кардиоритмографией. Для оценки реакции вегетативного тонуса и вегетативной реактивности применялись методы кардиоинтервалографии (КИТ) и индекс Баевского. Для выраженности болевого синдрома был использован метод вариационного ритмоанализа, который проводился с помощью программного комплекса «Валента»

(Россия). Измерения 100 кардиоциклов проводились при пробуждении больного и через 3, 6, 12 и 24 часов после его экстубации.

Полученные данные были статистически обработаны на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ «Microsoft Excel 2019», Med Calc for Windows.

Достоверными считались различия с уровнем достоверной вероятности не менее 95%, с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений [26]. С помощью критерия Манна – Уитни проводилось сравнительный анализ независимых переменных (между группами исследования). Для исследования зависимостей между переменными использован ранговый корреляционный анализ Спирмена. Анализ математических расчетов выставлены в форме промежуточных и итоговых статистических таблиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение хирургического вмешательства предлагает объективную аттестацию операционного и анестезиологического риска у пациентов старческого возраста, которые сопровождаются совокупностью болезней со стороны органов пищеварительной системы. Составление тактики предполагаемого хирургического вмешательства необходимо выполнить солидарно с оперирующим хирургом, и должна учитывать сопутствующие болезни, причиной которых может быть превалирующая патология, характер, травматичность, продолжительность и последовательность совокупных хирургических вмешательств.

Всем больным осуществлялось дополнительное обследование и динамический мониторинг показателей гемодинамики, дыхательной системы (по данным мониторинга частоты дыхания, pO_2 , pCO_2 , частоты пульса, артериального давления, центрального венозного давления, ЛИИ, объема циркулирующей крови, суточного диуреза) и метаболического статуса (рН, ВЕ, гемоглобина, гематокрит, АлТ, АсТ, глюкозы крови, креатинина, билирубина, уровня массы среднихмолекул, продуктов перекисного окисления), контроль температуры тела.

На этапах подготовки к хирургическим вмешательства для пациентов из группы риска, имеющих дисфункции органов и систем, разработаны методы проведения инфузионно - трансфузионной терапии с целью коррекции гемодинамических и метаболических нарушений. В период предоперационной подготовки большое внимание обращали на повышение резистентности организма к предстоящей операции. С этой целью применялось переливание отмытых эритроцитарных масс, широко использовались нативная плазма, различные кровезаменители, 10% раствор глюкозы при оперативном вмешательстве, как умеренно-гипертоническая

гемодилуция, при оперативном вмешательстве. Профилактическую (медикаментозную) подготовку к операции проводили атропином, дроперидолом в сочетании с антигистаминными препаратами.

В зависимости от сопутствующей патологии в медикаментозной подготовке чаще всего применяли пипольфен, супрастин, димедрол, которые, снимая гистаминную интоксикацию, предупреждают возникновение ларинго- и бронхоспазма, оказывают седативное действие. Введение в наркоз осуществляли внутривенным введением 1% раствора тиопентала натрия из расчета 8 мг/кг массы тела больного. По достижении первой стадии наркоза производилась интубация трахеи на фоне мышечных миорелаксантов. Следовательно, проведение комплексных мероприятий с момента поступления в клинику с оценкой имеющихся нарушений гемодинамики, разработка схемы предоперационной подготовки с учетом продолжительности и травматичности хирургической процедуры, адекватные методы послеоперационной анальгезии позволяют снизить осложнения и неблагоприятные результаты на всех этапах лечения.

Одной из первостепенных задач в послеоперационном периоде после обширных абдоминальных операций является адекватная анальгезия, которая способствует ранней реабилитации и улучшению исходов лечения больных. Снижение интенсивности болевого синдрома на более 3 баллов из 10 говорит об эффективности проводимой послеоперационной анальгезии СЧД. В послеоперационном периоде после экстубации при кашле и в покое достоверных межгрудных отличий не было выявлено.

Уменьшение болевого синдрома в динамике в покое во всех 3-х группах было положительным и соответствовало основному критерию адекватности анальгезии уже через три часа. Анальгетический эффект от различных методов анальгезии по ВАШ в покое составил у больных, которым проводилась перидуральная анальгезия 48,2%, в группе с болюсным введением в перидуральное пространство бипувикаина и морфина-45,8% и в группе с перидуральной инфузией – 45,6%. В послеоперационном периоде в покое, при адекватном контроле болевого синдрома через 6, 12, 24 часов от момента обезболивания у 1 группы больных получивших перидуральную анальгезию, он был ниже от исходного на 25%, чем в группе 2 с болюсным перидуральным введением 19,7% и в 3 группе с постоянной перидуральной инфузией -20,4%. Показатели среднего значения ВАШ через 12 и 24 часа в первой группе были достоверно ниже $p < 0,01$, 28,7%, чем во второй группе 24,4%, через 12 часов также достоверно ниже, чем во второй группе исследуемых. Между второй и третьей группами через 12 и 24 часа также

выявлена достоверная разница по значениями ВАШ в покое. Достоверных межгрупповых отличий между значениями ВАШ через три и шесть часов от начала анальгезии не было выявлено, это возможно за счет формирования сенсорной блокады. При кашле снижение болевого синдрома по ВАШ во всех трех группах было положительным во время наблюдения и характеризовалось достоверными внутригрупповыми отличиями от исходных значений. Спустя 3 часа от начала обезболивания отмечалось ($p < 0,01$) достоверное снижения интенсивности боли во всех 3 х группах по сравнению с исходной, достигая максимума к 12 часам снижение в 4 раза в I группе больных, которым проводилась перидуральная анальгезия. Снижение значений ВАШ в два и три раза отмечалось к 24 часу во 2 группе с болюсным введением и в три раза с постоянной инфузией. Достоверно не различалось между группами при кашле снижение интенсивности болевого синдрома меньше 30 мм и составляло в группе $5,6 \pm 10,3$ часов в группе с перидуральной анальгезией и $5,9 \pm 02$ часов - в группе с постоянной инфузией. Степень выраженности болевого синдрома при кашле по ВАШ сохранялась на протяжении всего периода наблюдения выше 30 мм в группе с болюсным введением препаратов в перидуральное пространство, в отличие от других групп, поэтому требовалось дополнительное введение морфина у 16 пациентов из этой группы.

В I группе больных показатели ВАШ при кашле были достоверно ($p < 0,01$) меньше через 3, 12, 24 часа и составляли 39,5%, 24% и 26,2%, против 2ой группы с болюсным введением 63,4%, 59,8% и 52,4% соответственно. В послеоперационном периоде через 12 и 24 часа также обнаружена достоверная разница в качестве анальгезии между первой и третьей группами. Исследование показало, что перидуральное введение анальгетиков, контролируемое пациентом, гораздо эффективнее, чем инфузии в постоянном режиме. При исследовании были выявлены достоверные различия в степени выраженности болевого синдрома по ВАШ при кашле между второй и третьей группами больных на протяжении всего периода. Исследование показало преимущество постоянной перидуральной инфузии перед болюсным введением препаратов. В послеоперационном периоде в состоянии покоя и при кашле оценка болевого синдрома по ВАШ свидетельствует о том, что перидуральное использование 0,5% раствора бипувикаина с морфином на основе принципа анальгезии, контролируемой пациентом, достоверно улучшает качество обезболивания, по сравнению с традиционным режимом перидуральной анальгезии. Коррекцию болевого синдрома на раннем этапе послеоперационного периода в первой группе проводили перидуральной анальгезией с помощью автоматического шприца. Во второй группе применяли методику анальгезии на раннем этапе после оперативных вмешательств дробным введением через определенное время и по требованию

пациента. В третьей группе послеоперационная анальгезия проводилась в виде постоянной перидуральной инфузии раствора местного анестетика с комбинацией наркотических препаратов. В результате проведенного исследования установлено, что до оперативного вмешательства значения макро- и микрогемореологических параметров достоверно не отличались во всех 3 группах. Спустя 24 часа после оперативного вмешательства у больных группы с дробным введением отмечалось повышение вязкости крови как при высоких, так и при низких напряжениях сдвига. У больных группы ПА с применением автоматического шприца вязкость крови снижалась после операции и ее значения при высоких и при низких напряжениях сдвига были несколько меньше по сравнению со второй группой. В группе ПА при постоянной инфузии у пациентов отмечалось наиболее заметное снижение вязкости крови после операции, ее значения при высоких напряжениях сдвига были на 23% ниже, по сравнению с больными первой группы, при низких напряжениях сдвига на 21%.

Вязкость плазмы у пациентов первой группы повышалась спустя 24 часа после оперативного вмешательства. Во второй и третьей группах больных в послеоперационном периоде происходило снижение данного параметра. У пациентов второй группы значение данного показателя было, в среднем, на 15% ниже, чем в первой группе, а у пациентов третьей группы – на 21% ниже. Вязкость суспензии эритроцитов в послеоперационном периоде незначительно повышалась у пациентов первой группы. Во второй группе данный показатель был на 5% выше, по сравнению с первой группой, а в третьей группе на 33% ниже.

Индекс агрегации эритроцитов в 1 группе увеличился после операции на 10%. Во второй группе отмечалось снижение данного показателя и его значения были ниже, в среднем, на 5%, по сравнению с пациентами первой группы. В группе ПА индекс агрегации эритроцитов снижался спустя 24 часа после операции, его значения были меньше на 12%, по сравнению с пациентами первой группы. Показатель отношения гематокрита к вязкости крови отличался у пациентов в исследуемых группах спустя 24 часа после операции.

В 1 группе отмечалось снижение данного параметра в послеоперационном периоде, что свидетельствовало об уменьшении эффективности транспорта кислорода у данной категории больных. Во второй группе данный показатель был на 25% выше в раннем послеоперационном периоде, по сравнению с пациентами первой группы. В третьей группе отношение гематокрита к вязкости крови на 31% превосходило значения данного параметра у больных первой группы.

При поступлении в отделение анестезиологии и реанимации во всех трех

группах больных показатели индекса напряжения Баевского не имели между собой достоверных отличий и колебались на уровне: в 1 группе - $475,9 \pm 45,75$ усл.ед., во 2 группе - $495,8 \pm 35,7$ усл.ед. и в 3 группе - $491,8 \pm 52,4$ усл.ед. Это свидетельствует о повышении тонуса симпатической нервной системы, мобилизации и централизации системы кровообращения.

После начала обезболивания через 3, 6, 12, 24 часа, во всех трех группах отмечалось значительное снижение напряжения адаптационных механизмов, которое по индексу напряжения составило в первой группе 61,7%, 23,6%, и через 24 часа – 19,8% от исходных, во второй группе - 78,2%, 62,4%, 51% и 31,3%, в третьей группе - 65,4%, 48,6%, 39,9% и 24,3% соответственно.

В 1 и 2 группах от начала обезболивания через 3, 6, 12, 24 часа были зафиксированы достоверные отличия значения индекса напряжения ($p < 0,01$).

У пациентов с перидуральной АКП на этапе формирования анальгезии отмечалось более быстрое и эффективное снижение напряженности компенсаторных сил организма, по сравнению со 2 группой, где использовали дискретное введение препаратов. У больных 1 группы к 6 часу послеоперационного периода происходила нормализация показателей вегетативного баланса и в дальнейшем они сохранились в пределах физиологической нормы. У больных 2 группы, несмотря на достоверное снижение индекса напряжения, нормализация показателей произошла лишь к 24 часам от начала перидуральной анальгезии. У больных 3 группы, получавших постоянную перидуральную инфузию, индекс напряжения Баевского показал умеренную активность симпатической - адреналиновой системы в первые 6 часов от начала анальгезии, в дальнейшем наблюдалась ее нормализация.

Степень вегетативного напряжения, несмотря на небольшую, по сравнению со 2 группой больных, достоверность различия значений ИН на всех этапах между двумя группами получены лишь на этапе 24 часов послеоперационного периода, между пациентами, получавшими постоянную перидуральную инфузию и перидуральную анальгезию.

У пациентов первой группы, где для обезболивания использовалась методика перидуральной анальгезии, контролируемой пациентом, отмечено высокое достоверное снижение уровня индекса напряжения, что подтверждает в послеоперационном периоде существенную роль болевого синдрома в развитии пусковых механизмов и длительного поддержания вегетативного дисбаланса.

Во всех трех группах больных, на всех этапах исследования, получены достоверные доказательства положительной корреляции

степени вегетативного напряжения и оценки болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале.

В группе с анальгезией расход бипувикаина за сутки составил $152,9 \pm 3,2$ мг, в группе больных с болюсным введением - $163,2 \pm 3,6$ и с инфузионным методом - $166,0 \pm 3,6$ мг.

Во всех группах суточный расход бипувакаина не превышал максимально допустимой суточной дозы, составляющей 400 мг для перидурального введения. В группе больных с перидуральной анальгезией, контролируемой пациентом, максимальная суточная доза бипувикаина равнялась 167,5 мг, минимальная – 37,5 мг, в группе с болюсным введением препаратов – 190 мг и 130 мг и в группе методом инфузионной перидуральной анальгезии – 198,7 мг и 148,7 мг соответственно. У больных с инфузионным введением препаратов отмечался наибольший расход бипувикаина, однако он достоверно не отличался от группы больных с болюсным режимом введения. В группе больных, которым для послеоперационной анальгезии использовалась перидуральная анальгезия, отмечалась наименьшая потребность в морфине $11,4 \pm 0,3$ мг. Расход морфина в группах с болюсным введением $12,4 \pm 0,3$ мг. Эти данные имеют достоверные отличия в сравнении как с группой болюсного ($P < 0,017$), так и инфузионного введения анестетика ($p < 0,01$). Суточная потребность дозы морфина, необходимая для купирования болевого синдрома у больных с перидуральной анальгезией, контролируемой пациентом, максимально составила 12,6 мг, минимально – 92 мг. У больных с болюсным введением максимально 16,0 мг и минимально – 12 мг, в группе с инфузионной перидуральной анальгезией - 15,1 и 11,0 мг соответственно.

В раннем послеоперационном периоде в отделении анестезиологии и реанимации с интенсивной терапией во всех трех группах больных наблюдалась тахикардия, как ответный операционный стресс, связанный с активацией нервной системы. Достоверных статистических различий между группами в показателях ЧСС в этот период не отмечалось. Во всех трех группах со временем через 3, 6, 12, 24 часа динамика ЧСС стала улучшаться. Значительные статистически значимые изменения в динамике ЧСС отмечены у больных во второй группе в сравнении с первой и третьей.

В последующем через 24 часа у больных между первой и третьей группами тоже отмечается достоверная разница показателей ЧСС, что, возможно, обусловлено более эффективным обезболиванием.

В динамике на всех этапах во всех группах отмечалась тенденция к снижению показателей среднего АД, без статистически значимых величин. Нами также было проведено изучение показателей МОС, УО, СИ И ОППС, САД, ЧСС при различных вариантах введения

анальгетиков на этапах послеоперационного периода.

Результаты исследования показали, несмотря на наличие тенденции к снижению фракции выброса после экстубации, различия с исходным показателем не были статистически значимыми и анализируемый параметр не выходил за пределы нормальных значений. Следует также указать, что значимых различий не выявлялось по уровням УО и СИ. Небольшие различия были выявлены по величине МОС 18,2% ($p < 0,05$).

В послеоперационном периоде наблюдалось умеренное, однако статистически значимое, после экстубации уменьшение ОПСС, за счет чего, вероятно, и наблюдалось снижение среднего АД на этапах исследования.

Таким образом, результаты исследования показали, что наиболее эффективным методом анальгезии при оперативном вмешательстве на органах брюшной полости и на этапах послеоперационного периода является капельное введение местных анальгетиков в сочетании с наркотическими препаратами, что более приемлемо, это доказывают показатели УО, СИ и ОПСС.

Для оценки общего состояния больного при применении перидуральной анальгезии необходимо исследование показателей гомеостаза. Лабораторные методы исследования некоторых показателей гомеостаза проводились при поступлении больного в отделение, в послеоперационном периоде через 3, 6, 12 и 24 часа.

Это говорит о более высокой степени гемодинамической безопасности для перидуральной анальгезии с применением раствора бупивакаина малой концентрации в комбинации с морфином.

Интенсивная боль является одним из факторов стимуляции катаболического гормонального ответа, задержки воды и натрия в связи с увеличением секреции АДГ и альдостерона, а также гипергликемией за счет гиперсекреции кортизола и адреналина. Глюкоза является маркером эндокринного стресс – ответа на операционную травму и боль.

Проведенное исследование показало отсутствие нарушений парциального содержания кислорода и углекислого газа в артериальной крови, а также в анализе суточной динамики метаболических показателей КОС (рН крови, АВ истинный бикарбонат и ВЕ избыток оснований).

Статистически значимые различия у исследуемых групп больных были выявлены только по уровню гликемии. Именно уровень гликемии является и наиболее изученным в плане влияния на риск осложнений (а также наиболее легко определяемым на практике) проявлением метаболического ответа. Результаты исследования содержания глюкозы в

крови у больных с патологией органов брюшной полости до и после оперативного вмешательства показывают, что используемые нами методы введения раствора местного анестетика 0,5% бипувикаина в комбинации с наркотическими препаратами 1% морфин, наиболее приемлемой у данной категории пациентов является вид инфузионной перидуральной анальгезии. Следовательно, отмечается стабильное поддержание уровня сахара в крови у больных до и после операционном периодах.

Уровень концентрации глюкозы крови в динамике можно использовать как дополнительный маркер качества аналитической терапии.

Влияние перидуральной анальгезии на артериальное давление (АД) за счет симпатической блокады может спровоцировать его снижение. Повышение концентрации местного анестетика после перидуральной анальгезии может вызывать побочные реакции со стороны сердечно – сосудистой системы и общего характера.

При проведении нашего исследования после применения перидуральной анальгезии бипувикаин побочных эффектов со стороны гемодинамики не отмечалось. У всех исследуемых больных показатели АД были стабильными.

Введение первой дозы местного анестетика сопровождалось незначительным понижением (до 10%) в пределах допустимой меры. Степень моторной блокады в итоге была сопоставима во всех группах с частотой возникновения побочных эффектов при перидуральной анальгезии у исследуемых больных.

При болюсном введении препаратов в перидуральное пространство во второй группе больных наблюдалась избыточная седация у 4 (12,9%), однако у больных 1 и 3 групп её не отмечено. В одном случае во второй группе для ликвидации гиповентиляции при ЧД ниже 8 в минуту потребовалось в/в введение 400 мкг налоксона.

У 6 (19,4%) больных 2 группы и у 4 (10,8%) 3 группы наблюдались диспептические явления, тошнота и рвота. Необходимо отметить, что эти осложнения наблюдались в начале работы при подборе дозы препаратов.

У 6 (19,4%) больных 2 группы с болюсным введением анестетиков отмечался кожный зуд, что достоверно различалось с 1, и с 3 группами-5 (13,5%). Острая задержка мочи, потребовавшая катетеризации, отмечена во второй группе с болюсным введением у 6,5% и у 2,7% пациентов 3 группы. У больных 1 группы задержки мочи не отмечалось.

Исследование показало большую безопасность применения перидуральной анальгезии местными анестетиками и опиоидными

препаратами.

При постоянной инфузии и анальгезии редко наблюдались, тошнота, рвота и зуд по сравнению со второй группой с болюсным введением.

Сравнительное статистическое исследование динамики показателей клинического и лабораторного мониторинга оперированных больных на органах брюшной полости констатирует, что применение перидуральной анальгезии, контролируемой пациентом, в программе комплексной интенсивной терапии позволяет достоверно и в более короткие сроки сформировать адекватное обезболивание при меньших дозах местных анестетиков и адьювантов, устранить чрезмерное напряжение вегетативной нервной и нейроэндокринной систем, а также снизить частоту побочных эффектов, вызываемых добавлением к местным анестетикам опиоидных анальгетиков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Проведение послеоперационного обезболивания методом продлённой перидуральной анальгезии сочетанием местных и наркотических анальгетиков позволяет достичь хороших результатов с наименьшими осложнениями [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 7-А].

2. Перидуральная анальгезия не оказывает отрицательного влияния на основные показатели кровообращения, дыхания и гомеостаза [4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8А].

3. Метод инфузионной перидуральной анальгезии является более эффективным, снижая послеоперационный стресс на хирургические процедуры, пролонгируя действия анальгетиков, при этом снижая их расход, по сравнению с пробным введением препаратов на 21,4% [1-А, 2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А].

4. Одним из критериев динамического контроля интенсивности послеоперационной боли считаются показатели кардиоритмографии на основе оценки индекса напряжения, так как результаты его измерения с высокой степенью корреляции совпадают с уровнем субъективной оценки болевого синдрома пациентов, а также оценкой, проведенной с помощью визуальной аналоговой шкалы [3-А, 4-А, 5-А].

5. Инфузия комбинации наркотических и местных анестетиков в перидуральное пространство в послеоперационном периоде позволяет снизить расход местных анестетиков при (ПАКП) на 8,2%, при (БПА) на 6,3%, при (ИПА) на 10,5%, а наркотических препаратов при (ПАКП) на 19,1%, при (БПА) на 15,2 %, при (ИПА) на 21,4% [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 8-А].

6. По результатам анализа методики продлённой перидуральной анальгезии в послеоперационном периоде можно заключить, что данный метод заметно снижает риск развития побочных эффектов от наркотических препаратов (нарушение дыхания, избыточная седация, кожный зуд и парез кишечника) [2-А, 4-А, 6-А, 7-А, 8-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. В раннем послеоперационном периоде при применении перидуральной анальгезии комбинация местных и наркотических анальгетиков является методом выбора.

2. Рекомендуемый протокол обезболивания: после дробного введения дозы 3-7 мл анальгетической смеси устанавливается ее постоянная инфузия со скоростью 1,8 мл/час. Максимально программируемые суточные дозы морфина и бупивакаина не должны превышать 25 и 380 мг соответственно.

3. Дробное введение анальгетиков в перидуральное пространство после хирургического вмешательства у взрослых по схеме: 0,5% раствора бупивакаина (10-15мг через 3 часа) и морфина 0,07-0,08 мг/кг (5 мг через 12 часа). При необходимости или по требованию пациента перидурально вводится дополнительная доза морфина по 1 мг в 3 мл физиологического раствора.

4. Дробное введение анестетиков в перидуральное пространство чаще сопровождается развитием побочных опиоидиндуцированных эффектов в виде диспепсии, кожного зуда, избыточной седации с депрессией дыхания и нарушением непроизвольного мочеиспускания, поэтому у больных повышенного риска (пожилой и старческий возраст) целесообразно использовать инфузионные методы анальгезии.

5. Капельное введение обезболивающих препаратов комбинацией с местными наркотическими средствами в перидуральное пространство после хирургического вмешательства на органах брюшной полости может быть рекомендовано с начальной скоростью 6 мл/час. При недостаточном эффекте скорость введения анальгетической смеси увеличивается на 1 мл каждый час.

6. Для оценки эффективности качества послеоперационного обезболивания необходимо использовать субъективный метод оценки боли с помощью ВАШ в повседневной практике.

Список публикации соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] Достиев Л.Р. Изучение методов эффективности обезболивания в послеоперационном периоде / Л.Р.Достиев, Н.Т.Турсунов, Д.А.Шамсиев // Вестник таджикского национального университета.

- 2015. - №4. -С.209-213.

- [2-А] Достиев Л.Р. Перидуральная анальгезия в послеоперационном периоде при абдоминальных вмешательствах / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхулоев // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №3. -С.16-21.
- [3-А] Достиев Л.Р.Эффективность перидуральной анальгезии в послеоперационном периоде / Л.Р.Достиев, З.К.Фатхуллоев, Х.А.Шамсзода // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №3. - С. 5-9.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

- [4-А] Достиев Л.Р. Продленная эпидуральная анальгезия послеоперационного обезболивания в абдоминальной хирургии / Л.Р. Достиев, Х.Р. Кодиров, С.А. Зарипов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2011. - №2. - С.32-35.
- [5-А] Достиев Л.Р.Продленная эпидуральная анальгезия как способ профилактики и лечения кишечной непроходимости / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2011. - №2. - С.36-39.
- [6-А] Достиев Л.Р.Методы обезболивания в послеоперационном периоде и их сравнительная оценка / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2012. - №4(16). - С.21-24.
- [7-А] Достиев Л.Р.Послеоперационное обезболивание при операциях на брюшной полости / Л.Р.Достиев, О.Т.Аминов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №3. - С.47-51.
- [8-А] Достиев Л.Р.Перидуральная анальгезия в раннем послеоперационном периоде / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №3. - С.51-58.

Список сокращений и условных обозначений

АКП - анальгезия, контролируемая пациентом
АД - артериальное давление
АРДН – альвеолярно-респираторная дыхательная недостаточность
АР – анестезиологический риск
БПА – болюсная перидуральная анальгезия
ВАШ - визуально-аналоговая шкала
ВСР - вариабельность сердечного ритма
ЖКТ - желудочно-кишечный тракт
ИМТ – индекс массы тела
ИН - индекс напряжения

ИПА – инфузионная перидуральная анальгезия
ИТ - интенсивная терапия
КРГ - кардиоритмография
КОС - кислотно-основное состояние
ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации
МОС – минутный объем сердца
МСМ – молекулы средней массы
НМЦ – Национальный медицинский центр
НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты
ОР – операционный риск
ОПСС - общее периферическое сосудистое сопротивление
ОАРИТ - отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной

терапии

ППА - продленная перидуральная анальгезия
РТ - Республика Таджикистан
СИ – сердечный индекс
ССС - сердечно-сосудистая система
УО – ударный объем
ЦВД - центральное венозное давление
ЭИ – эндогенная интоксикация
ПА - перидуральная анальгезия
ПАКП - перидуральная анальгезия, контролируемая пациентом
Hb - гемоглобин
NMDA - N-метил-D-аспартат

**МД «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ
ПЕДИАТРИ ВА ҶАРРОҲИИ КӯДАКОНА»**

Ба ҳуқукидастнавис

УДК 616-089.5

ДОСТИЕВ ЛАТИФ РАҲМОНОВИЧ

**БЕДАРДКУНИИ ПЕРИДУРАЛИ ВА НАЗОРАТИ
САМАРАНОКИИ ОН БАӢД АЗ ҶАРРОҲИҲО ДАР
КОВОКИИ ШИКАМ**

АВТОРЕФЕРАТ
рисолабароидарёфтаи раҷаи илмий
номзади илмҳои тиб
боиҳтисоси 14.01.20 – Иншоршиносӣ ватахдиромӯзӣ

Душанбе – 2021

Кор дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-клиникии педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакона» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ: **Шамсиев Ҷамолдин Амриевич,**
Доктори илмҳои тиб, муовини директор оид ба корҳои илми МД «МҶИК Урология»

Муқарризи расмӣ: **Раҳматова Рухшона Акрамовна,**
Доктори илмҳои тиб, ассистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ бини Сино»
Қосимов Зайниддин Каримович,
Номзоди илмҳои тиб, доцент, директори МД «МШИР ва Д.»

Муассисаи тақриздиҳанда: Муассисаи «Академияи давлатии тиббии Қирғизистон ба номи И.К. Ахунбаев»

Ҳимояи рисола «___» _____ 2021 с. соати «___» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии БД.КOA-056 дар назди Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, 734026 к. И. Сомони 59) баргузор мегардад.

Бо рисола метавон дар китобхона (ш. Душанбе, 734026 х. И. Сомони 59) ва сомонии расмӣ Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (www.ipovszrt.tj) шинос шуд.

Автореферат фиристонида шуд «___» _____ 2021__ сол.

Котиби илмӣ
Шуроидиссертатсионӣ,
Номзоди илмҳои тиб, дотсент

Л. Сайдуллоев

МУҚАДДИМА

Мубрамият ва зарурияти гузаронидани таҳқиқот мувофиқи мавзӯи рисола. Яке аз масъалаҳои муҳим ва рӯзмарраи анестезиологияи муосир тасҳеҳи саривактӣ, пешгириӣ ва табобати дард мебошад. Ва агар аксарияти масъалаҳои бедардкунии давраи чарроҳӣ бо як қадри кофӣ ҳали худро ёфта бошанд, пас масъалаи пешгириӣ ва табобати алоими дард дар давраи баъдазчарроҳӣ ҳанӯз ҳам баҳсталаб боқӣ монда, такмили минбаъдаро талаб менамояд. Вобаста ба ин масъалаи дард ва тасҳеҳи он хангоми бемориҳои чарроҳӣ дар тибби муосир мавқеи пешсафро ишғол намуда, маводи таҳқиқоти ҳамачониба мебошад [А.А. Антипов, 2014; Ю.В. Думанский, 2013; М.Г. Егоров, 2016, О.И. Загорюлько, 2016; С.В. Виридов, 2016; С. Meuders [et al.], 2010; J.B. Dahl, 2009].

То имрӯз тарз ва услуи ягонаи бедардкунии дарозкардашудаи перидуралӣ баъд аз даҳолати чарроҳӣ дар узвҳои МР мавҷуд нест ва инчунин масъалаҳои назорат ва идоракунии алоими дард, баҳодихии самаранокии натиҷаҳои гузаронидани бедардкунӣ дар соатҳои аввали баъдазчарроҳӣ ҳали худро наёфтаанд.

Табобати натиҷавии алоими дард баъд аз даҳолати чарроҳӣ азхудкардани усулҳои гуногуни баҳодихии бонизоми дардро дар асоси ҳам чадвалҳои субъективӣ-шифойӣ, баҳодихӣ-дараҷавӣ ва биной-шабеҳиятӣ ва ҳам маҳакҳои ҳолисона–баҳодихии сатҳи шиддатнокии системаи аҳшоии асаб талаб менамояд. Хангоми тасҳеҳи алоими дард баъд аз даҳолати чарроҳӣ бояд ягонагии ақидаи анестезиологро нигоҳ дошт.

Сатҳи коркардгаштагии вазифаи илмӣ. Ворид кардани технологияҳои нав ва васеъ кардани даҳолатҳои чарроҳӣ, масъалаҳои бурдани баъдазчарроҳӣ дар маркази таваҷҷуҳ қарор доранд [А.А. Антипов, 2014; Р.В. Гаряев, 2016; Л.М. Гомон, 2014; Y.Meng [et al.], 2017; B.F. Levy [et al.], 2010]. Таҳқиқоти сершумор ва мушоҳиданамоии сарирӣ доир ба даҳолати чарроҳӣ ва барқарорнамоии минбаъдаи офият, хусусан дар хавфи возеҳи баамалоии оризаҳо, ба илова, тасҳеҳи идоранамоии алоими дард дар давраи баъдазчарроҳӣ зарурият доранд, ки барои беҳтар кардани сифати ҳаёти ниёзмандон ва кам кардани муҳлати дар беморхона қарор доштани онҳо имконият фароҳам меоварад. Яке аз марҳилаҳои асосӣ бедардкунии комилан мувофиқ ба ҳисоб меравад [В.А. Гольбрайх, 2019; М.Л. Гомон, 2014; S.A. Schug [et al.], 2016, R.M.Garcia [et al.], 2013]. Тасҳеҳ ва идора кардани алоими дард баъд аз даҳолатҳои чарроҳӣ равандҳои асосии мутахассисон дар шӯъбаи эҳғарӣ ва табобати интенсивӣ ба шумор мераванд. Омилҳои зиёди мавҷудбудаи истифодабарии бедардкунандаҳои нашъагӣ, то, дар вақти чарроҳӣ ва баъд аз даҳолати чарроҳӣ нисбати мувофиқ ва дуруст шуморида

намешаванд. Истифодабарии бедардкунандаҳо мувофиқи талабот ба тағйирёбии нишондодҳои ҷараёни хун аз ҳисоби норухати эҳсосоти ва ҳиссиёти тарс оварда мерасонад. Алоими дард ба вайроншавии таносуби системаҳои гуногун оварда расонида, дар заминаи бемориҳои ҳамрадиф ва омилҳои хавфи мавҷудбуда (бемориҳои узвҳои гардиши хун, диабети қанд, фарбеҳӣ) вазнинтар мешавад. [В.И. Чиссов, 2013; Т.Ш. Закиров, 2019; Д.И. Ильясова, 2017, А. Fassoulaki [et al.], 2012].

Баамалоии алоими дард дар давраи баъдазҷарроҳӣ ва тасхеҳи номувофиқ ба тағйирёбии вазифаҳои ҳаётан муҳими организм ва баамалоии иллатҳои вазнини онҳо, то норасоии бисёрӯзвӣ оварда мерасонанд [Д.В. Заболотский, 2017; С.С. Киреев, 2014; А.М. Овечкин, 2016; А. Vuvanendran, 2009; I. Nurten [et al.], 2007; A. Gottschalk, 2010]. Қайд кардан зарур аст, ки зиёдшавии алоими дард баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ, дар навбати аввал бо ҳаракати беморон вобаста мебошад, ки бештар аз ҳама ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ дар ковокии шикам возеҳтар аст. Ҳангоми ҷарроҳӣ дар қафаси сина дар заминаи зиёдшавии алоими дард косташавии гардиши ҳавои шушҳо ва камоксигении хуни бо он вобаста буда, ҳамроҳшавии норасоии нафас бо илтиҳоби минбаъдаи баъдазҷарроҳии шушҳо ва оризаҳои бамиёноянда, ба амал меояд [А.М. Алишихов, 2010; А.А. Ежевская [и др.], 2010; А.С. Ермолова, 2010; M.S. Vlug [et al.], 2011]. Гузаронидани бедардкунии дуруст дар соатҳои аввали баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ, яке аз масъалаҳои асосии табобат ва барқарорнамоии офияти беморони гурӯҳи мазкур мебошад [А.Ж. Баялиева, 2018; Е.С. Горобец, 2010; Н.А. Осипова, 2013; Y. Feng [et al.], 2008; G.C. McCarthy, 2010]. Қайд кардан зарур аст, ки масъалаи мазкур дар байни мутахассисон доир ба масъалаҳои дар амалия ворид кардани бедардкунандаҳои нав, усули бурдани онҳо, ки ҳам дар ҷумҳурӣ ва ҳам берун аз он таваҷҷуҳи зиёдро ба миён меоварда, мунтазам баррасӣ қилад мешавад [Д.Ю. Белоусов, 2014; Р.В. Гаряев, 2013; Р.В. Гаряев, 2018; Н.А. Долинко, 2013; S. Niyogi [et al.], 2011]. Ҳамзамон таҳлили сарирӣ дар раванди мазкур аз ҷанбаҳои ҳалнашудаи дарди баъдазҷарроҳӣ шаҳодат медиҳад. Оризаҳои зиёд дар масъалаи мазкур таҳияи минбаъдаи протоколҳои бурданро талаб менамоянд.

Дар давоми даҳсолаҳои охир сифати бедардкунии баъд аз ҷарроҳӣ ва шумораи натиҷаҳои манфӣ мувофиқи маълумоти таҳқиқоти сершумор дар беморон паст нашуда, бениҳоят баланд боқӣ мемонанд [Т.Ш. Иқромов, 2015; О.П. Липыч, 2018; З.Н. Набиев, 2015; Н.А. Осипова, 2013; E. Gramigni, 2013]. Баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ ва усулҳои гуногуни гузаронидани бедардкунӣ, ҳам доруворӣ ва ҳам бидуни доруворӣ, зиёда аз 60%-и беморон аз сатҳи гуногуни шидатнокии алоими дард шикаҷят мекунанд. Маълумоти адабиётӣ

нишон медиҳанд, ки табобати алоими дард баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар аксарияти ҳолатҳо бо маводҳои нашъадор гузаронида мешавад [А.В. Андреев, 2020; Л.А. Левченко, 2017; Н.А. Осипова, 2013; E. Marret [et al.], 2008]. Ҳангоми даҳолати дарозмуддат ва вазнини ҷарроҳӣ барои мувофиқнамоии бедардкунӣ зарурати ворид кардани микдори зиёди наркотикҳо, ки аз меъёрҳои дар протоколҳо тавсияшуда зиёд мебошанд, ба миён меояд [Л.А. Медведева, 2016; S. Karvonen, 2008; А.А. Bamigboye [et al.], 2009]. Зиёд кардани вояи бедардкунандаҳои нашъадор сабаби авҷгирии оризаҳои зиёд (вайроншавии назми кашиншурии дил, суст шудан ва қатъшавии нафас, вайроншавии вазифаи узвҳои меъдаю руда ва ғайра) мегардад. Тарзи маҳдуднамоии ворид кардани вояҳои шабонарӯзӣ ва пешгирии оризаҳо ба авҷгирии дард ва вайроншавии вазифаи узв ва системаҳои оварда мерасонад [R. Polomano, 2008].

Табобати алоими дард, хусусан дар соатҳои аввали баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ, масъалаи мубрами тибби сарирӣ мебошад. Тарақиҳои технологияҳои муосир, хусусан дар соҳаи тиб, барои ҷўстучў ва дар амалияи клиникӣ ворид кардани усулҳои нави бедардкунӣ, ки батанзимдароии ҷараёни хунро дар соатҳои аввали баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ имконпазир менамояд ва бо ин оризаҳои баъдичарроҳиро кам менамояд, шароит фароҳам меоваранд.

Асосҳои назариявӣ ва методоогии таҳқиқот

Асосҳои назариявӣ таҳқиқот заҳматҳои олимони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба масъалаи бедардкунӣ баъдазҷарроҳӣ дар беморон бо бемориҳои узвҳои ковокии шикам мебошанд. Тарзи тафриқотиҳои бедардкунӣ баъдазҷарроҳии беморон бо дарназардошти сину сол, вазнини ҳолати беморон, бемориҳои ҳамрадиф, намуд ва хусусияти даҳолати ҷарроҳии дарпешистода ва интиҳоби усули бедардкунӣ муҳимтар мебошад. Маводи ваколатии МД Маркази миллии тиббии «Шифобахш» барои асоснок кардани интиҳоби бедардкунӣ баъдазҷарроҳии беморон бо бемориҳои шикам ҳамчун усули самаранок имконият медиҳад.

ХУСУСИЯТИ УМУМИИ КОР

Мақсади таҳқиқот. Бехтар кардани натиҷаҳои ташхис, назорат ва сифати бедардкунӣ баъдазҷарроҳӣ ҳангоми даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар ковокии шикам.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 96 нафар беморон баъд аз даҳолатҳои ҷарроҳии дараҷаи вазниниашон гуногун дар узвҳои ковокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, баъд аз дастамалҳои ҷарроҳӣ дар шароити шӯбаи анестезиология ва эҳёи МД Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Шифобахш” буданд.

Маводи таҳқиқот. Маводи таҳқиқот сатҳи возеҳияти алоими баъдазчарроҳии дард дар заминаи тарзҳои гуногуни якҷоянамоии воридсозии бедардкунандаҳои мавзӣ ва нашъадор дар фосилаи перидуралӣ мебошад.

Маводҳои омӯзиши илмӣ баҳодиҳии ҳолати бемор дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ ва давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ, таъсир ба раванди онҳо бо усулҳои гуногуни бедардкунии баъдазчарроҳӣ мебошад.

Вазифаҳои таҳқиқот

1. Баҳо додани самаранокии бедардкунии перидуралӣ дар давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ дар беморон пас аз даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам.

2. Муайян кардани аҳамияти ташхисии кардионазмнигорӣ ҳамчун усули ғайримустақими алгезиметрӣ.

3. Муайян кардани ҳолати вазоифии гомеостаз ва ҷараёни хун дар беморон баъд аз даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам.

4. Баҳо додани масрафи бедардкунандаҳои мавзӣ ва нашъадор ҳангоми истифодаи намудҳои гуногуни бедардкунии перидуралӣ дар давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ вобаста аз тарзи вориднамоӣ.

5. Ошкор кардани шумора ва возеҳияти таъсироти номатлуб аз истифодаи перидуралии бедардкунандаҳои мавзӣ ва нашъадор вобаста аз тарзи вориднамоӣ.

Усулҳои таҳқиқот

Дар кор усулҳои клиникӣ-лабораторӣ, биохимиявӣ ва омории таҳқиқот истифода бурда шуданд. Методологияи кор аз таҳлили усулҳои бонизом ва мачмуии маълумоти адабиёт, клиникӣ, лабораторӣ ва таҷҳизотии таҳқиқот иборат ёфтааст. Усулҳое, ки дар кор истифода шудаанд: ҳулосагирии таҳлилии адабиёт оид ба масъала; таҳлили тарҷеии таърихҳои беморӣ бо муайяннамоии шумораи воҳӯриш, сабаби баамалоии бемории асосӣ, оризаҳои он, ҷанбаҳои мушкилидор дар ташхис ва табобати гурӯҳи мазкури беморон; таҳияи тарҳи таҳқиқот ва табобат дар гурӯҳи бартаридошта; коркарди омории натиҷаҳо ва ғайра. Муоинаи ҳолисонаи клиникӣ-лаборатории беморон. Бо ёрии усулҳои дар боло зикргардидаи муоинаи клиникӣ беморон барои баҳодиҳии ҳолати умумии ниёзманд, муайян кардани мавҷудияти бемориҳои ҳамрадиф ва нишонаҳои талофинопазирии он имконият ба миён омад.

Инчунин истифодаи усулҳои иловагии таҳқиқот (таҷҳизотӣ, физикалӣ ё лаборатории ташхис) бо мақсади назорати ҷараёни сатҳи алоими дард ва муайян кардани самаранокии бедардкунии перидуралӣ ҳангоми тасҳеҳи он.

Соҳаи таҳқиқот

Соҳаи таҳқиқоти кори мазкур ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон бо ихтисоси 14.01.20. –Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ мувофиқат менамояд: 3.1. Муайян кардани сатҳи хавфи анестезиологӣ ва чарроҳӣ дар беморон ҳангоми даҳолати чарроҳӣ. 4.1. Баҳодиҳии шиданокии дард барои назорати самараи бедардкунӣ мувофиқи ҷадвали биной-шабехӣ.

Марҳилаҳои таҳқиқот

Дар марҳилаи аввали навиштани рисола нақшаи пайдарҳамии гузаронидани таҳқиқот тартиб дода шуд, ки асоси онро таҳлили адабиёти илмӣ барои мо дастар буда ва мушоҳидаҳои дар амалия ташкил кард. Баъд аз тартиб додани мавзӯӣ, мақсад ва вазифаҳои рисола, ҷамъ кардани ниёзмандон бо муоинаи пурраи онҳо оғоз ёфт. Аз ҷониби мо ҳолнома, клиника, нишондодҳои гомеостаз, бемориҳои ҳамрадиқ, натиҷаҳои таъбати гузаронидашуда омӯхта шуданд. Натиҷаҳои аҳамиятдоштаи собитнокии омории қор дар қорҳои нашргардида, тасвир карда шуданд. Бо дарназардошти натиҷаҳои бадастомада тарзи амалномаи маҷмуии патогенетики асоснок ҳангоми бедардкунӣ дар давраи баъдазчарроҳӣ дар беморон бо бемориҳои чарроҳии узвҳои қоқокии шикам қорқард карда шуд.

Замини асосии маълумотӣ ва таҳқиқотӣ

Дар ҷараёни қор аз болои рисола натиҷаҳои таҳқиқот оид ба мувофиқномаи таъминоти анестезиологӣ беморон, ки дар қорҳои (рисолаҳо, монографияҳо, мақолаҳои илмӣ) муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ тасвир гардидаанд ва дуруст тафсир кардани натиҷаҳои бадастомада имқоният медиҳанд, омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар манбаи Муассисаи давлатии “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ-амалии педиатрӣ ва чарроҳии кӯдакони”-и ВТ ва ҲИАҚТ гузаронида шудаанд.

Собитнокии натиҷаҳои рисола

Сатҳи собитноқӣ аз гузаронидани таҳқиқи нишондодҳои ҷараёни хун, системаи гомеостаз, ҳолати атсидӣ-асосӣ, туршшавии перекисии липидҳо дар 96 нафар беморон баъд аз даҳолатҳои чарроҳии сатҳи вазниниашон гуногун дар узвҳои қоқокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, пас аз дастамалҳои таъхирнопазири чарроҳӣ дар шароитҳои шӯбаи анестезиологияваэҳӣи МД “Маркази миллии тиббии ҚТ “Шифобахш” бо истифодаи усулҳои босифати гузаронидани таҳлилҳои лабораторӣ ва қорқарди омории натиҷаҳои бадастомада, асос ёфтааст.

Навоари илмӣ

Самараноқӣ ва беҳатариӣ истифодаи бедардкунии перидуралӣ барои рафъи алоими дард баъд аз даҳолати чарроҳӣ дар марҳилаҳои барвақтӣ дар

ниёмандон пас аз ҷарроҳиҳо дар узвҳои ковокии шикам собит карда шуданд. Усули объекткунонӣ ва назорати баҳодихӣ дард баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар давраи барвақтӣ коркард карда шуд.

Собит карда шуд, ки бедардкунӣ перидуралӣ ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам бо бонизомии системаи гардиши хун, нафас ва нишондодҳои гомеостаз дар марҳилаҳои барвақтӣ мегузарад. Бо бедардкунӣ перидуралӣ на танҳо баланшавии самаранокии бедардкунӣ баъдазҷарроҳӣ, балки бамеъёрдароии нишондодҳои суръати ҳаракати хун мушоҳид карда мешавад.

Самаранокии иқтисодӣ ва кам шудани шумораи вохӯрии баамалоии оризаҳо ҳангоми бедардкунӣ перидуралӣ муайян карда шуд.

Аҳамияти назариявии таҳқиқот

Дар асоси тағйироти умумии муайянгардида, тарзи гузаронидани бедардкунӣ перидуралӣ дар яқҷоянамоӣ бо бедардкунандаи нашъадор дар марҳилаҳои барвақтии даҳолати баъдазҷарроҳӣ коркард карда шуд.

Собит карда шуд, ки дар беморон баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам истифодаи бедардкунандаи перидуралӣ бо бонизомии гардиши хун мегузарад.

Собит карда шуд, ки назорати иллатҳо дар системаи гомеостаз, гардиши хун дар даври калон ва хурди он барои муайян кардани хусусияти иллатҳо имконият дода, барои дар марҳилаҳои барвақтии табибат мувофиқ намудани пешгирии оризаҳо шароит фароҳам меоварад. Ворид кардани усулҳои нави муосири самараноки рафъи алоими дар ва назорати бонизомии бедардкунӣ баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар беморон, хусусан бо сатҳи баланди ҳавфи даҳолати ҷарроҳӣ, вазифаҳои асосии анестезиолог ва реаниматологҳо дар давраи баъдазҷарроҳӣ мебошад.

Аҳамияти амалӣ

Тарзи табобати алоими дард бо истифодаи бедардкунӣ перидуралӣ дар шароитҳои шубҳаи эҳё ва табобати интенсивии ММТ ҚТ “Шифобахш” коркард карда шудааст.

Тарзи гузаронидани бедардкунӣ перидуралӣ дар яқҷоянамоӣ бо бедардкунандаи нашъадор дар марҳилаҳои барвақтии даҳолати баъдазҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам коркард карда шуд.

Собит кард, ки дар беморон баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам истифодаи бедардкунӣ перидуралӣ бо бонизомии гардиши хун мегузарад.

Тарзи истифодаи бедардкунӣ перидуралӣ дар давраи баъдазҷарроҳӣ коркард карда шуд, ки барои маҳдуд намудани возеҳияти стресс-ҷавоби ҷарроҳӣ ва тағйироти номатлуби суръати ҳаракати хун ва гардиши мавзееи хун имконият медиҳад.

Масъалаҳое, ки барои химоя пешниҳод карда мешаванд

1. Бедардкунии перидуралӣ дар давраи барвақтии баъдазҷарроҳӣ, усули бештар самараноки рафънамоии алоими шадиди дард дар беморон бо беморҳои узвҳои ковокии шикам дар муқоиса бо усулҳои анъанавии вориднамоии маводҳо (дохиливаридӣ, дарунимушакӣ) мебошад.

2. Кардионазмнигорӣ метавонад усули мушаххаснамоии баҳодихии дар давраи барвақтӣ пас аз даҳлат дар узвҳои ковокии шикам бошад.

3. Муайян кардани ҳолати вазоифии гомеостаз ва гардиши хун барои ҳолисона баҳо додани ҳолати умумии беморон дар давраи баъдазҷарроҳӣ имконият медиҳад.

4. Бедардкунии перидуралӣ ба системаи гардиши хун, нафас ва дигар нишондоҳҳои гомеостаз дар давраи барвақтии баъдазҷарроҳӣ таъсири манфӣ намерасонад, аммо усули бедардкунӣ ҷавоби асабиэндокриниро ба ҷарроҳӣ самараноктар паст менамояд.

5. Истифодаи бедардкунии перидуралӣ ҳамчун усули бедардкунии баъдазҷарроҳӣ барои паст кардани масрафи бедардкунандаҳои мавзъӣ имконият медиҳад: дар гурӯҳи якум (бедардкунии перидуралӣ, аз ҷониби ниёзманд назоратшаванда) то 8,2%, дар гурӯҳи дуюм (бедардкунии перидуралии ҳабӣ) то 6,3%, дар гурӯҳи сеюм (бедардкунии перидуралии тазрибӣ) то 10,5 % ва маводҳои нашъадор: дар гурӯҳи якум (бедардкунии перидуралӣ, аз ҷониби ниёзманд назоратшаванда) то 19,1%, дар гурӯҳи дуюм (бедардкунии перидуралии ҳабӣ) то 15,2%, дар гурӯҳи сеюм (бедардкунии перидуралии тазрибӣ) то 21,4 % ва мутаносибан шумораи баамалории таъсири номатлуб дар муқоиса бо бедардкунии перидуралии ҳабӣ ва тазрибӣ.

Саҳми шахсии муаллиф аз бевосита гузаронидани ҳамаи марҳилаҳои таҳқиқот иборат мебошад. Аз ҷониби муаллиф шахсан муоинаи 96 нафар беморон ҷарроҳӣ дар ковокии шикам, ки ба онҳо бедардкунии перидуралӣ дар давраи баъдазҷарроҳӣ амалӣ карда шуда, шахсан ҳулосагирии таҳқиқоти илмӣ ва нашрияҳо доир ба мавзӯи мавриди омӯзиш қарор доштаи КИТ гузаронида шудааст ва тарзи бедардкунии перидуралии баъдазҷарроҳӣ ва тавсири натиҷаҳо дар компютерӣ шахсӣ ворид карда шуда, гирдоварӣ ва таҳлили маълумоти илмӣ, вобаста аз мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот бо гурӯҳҳои роҳандозӣ гардидааст ва инчунин таҳлили омӯри, ҳулосагирии ва тавсири натиҷаҳои бадастомада, ки дар асоси онҳо муносибатҳои нав ба бедардкунии баъдазҷарроҳии беморони мазкур коркард карда шудааст, амалӣ гардидааст.

Аз ҷониби муаллиф мақолаҳо таҳия ва chop шуда, баромадҳо бо маърузаҳо дар конференсияҳои илмӣ омода карда шуда, натиҷаҳои КИТ

дар шуъбаҳои соҳавӣ ворид ва озмуда шудаанд.

Таҳлили натиҷаҳои бадастомада ва 100% коркарди оморӣ аз ҷониби муаллиф мустақилона гузаронида шудааст. Ҳисаи иштироки муаллиф дар ҷамъоварии маълумоти илмӣ зиёда аз 85% ва дар хулосагирӣ ва таҳлили натиҷаҳои бадастомада 100% мебошад.

Пешниҳоди қор ва маълумот оид ба натиҷаҳои истифодабарӣ

Масъалаҳои асосии қори диссертатсионӣ дар съезд ва конференсияҳо баррасӣ гардидаанд: Конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (2017, 2018), съездҳои V ва VI педиатрҳои ва ҷарроҳони кӯдакони Тоҷикистон (2011, 2015, Душанбе); XI Конгресси педиатрҳои Аврупою Осие (2011, Душанбе), ҷаласаҳои Ассотсиатсияи ҷароҳон, анестезиологҳои ва реаниматологҳои кӯдакони Тоҷикистон (2018), дар съезди якуми урологҳои ҚТ (2011, Душанбе); Конференсияи илмӣ-амалии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии қормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” бо иштироки қоршиносони бурунмарзӣ (2017, 2018); қори диссертатсионӣ дар Шурои байниқафедравии эксперти оид ба фанҳои ҷарроҳии МДТ ДТБКСТ ҚТ расман маъқул доништа шудааст (2021).

Наشري натиҷаҳои рисола

8 адад қорҳои илмӣ, аз ҷумла 3 адад дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшаванда, ки аз тарафи ҚОА назди Президенти ҚТ ва ҚОА ФР тавсия қарда мешаванд, ба нашр расидаанд.

Ҳаҷм ва сохтори рисола

Рисола дар 114 саҳифа дарҷ гардида, аз муқаддима, 4 боб, баррасии натиҷаҳои бадастомада, хулоса ва рӯйхати адабиёт, ки 147 сарчашмаро дар бар мегирад (79-тои он бо забони русӣ ва 68-тои дигараш бо забони хориҷӣ) иборат мебошад. Қор 19 ҷадвал ва 4 расмро дар бар мегирад.

ТАРКИБИ ҚОР

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқот бемороне шомил гаштаанд, ки узвҳои қоқоики шикамашон бо тартиби нақшавӣ ва фаврӣ дар ММТ ҚТ дар давраи аз соли 2014 то соли 2016 ҷарроҳӣ қарда шудаанд. 96 нафар беморон аз сини 15 то 60 сола (сини соли миёна $37,5 \pm 2,5$ сол), ки дар давраи барвақтии баъдазҷарроҳӣ бедардқунии перидуралиро бо якҷояномаии бедардқунандаи мавзени (маҳлули 0,5%-и бупивикаин) ва морфин гирифтаанд, аз онҳо 65 (67,7%) мард ва 31 (32,3%) занҳо буданд, мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Дар гурӯҳи I - ум сини соли миёна $39,5 \pm 2,1$ сол, дар гурӯҳи II - $40,3 \pm 2,1$ сол, дар гурӯҳи III - $41,3 \pm 2,3$ солро ташкил намуд. Ниёзмандони то 19 сола 17 нафар, то 30 сола - 16 нафар, то 45 сола - 29 нафар, то 60 сола - 29 нафар ва аз 60

сола боло 5 нафарро ташкил намуданд. Шумораи асосии ниёзмандонро, ки ба таҳқиқот шомил буданд, шахсони сину соли қобили таваллуд ташкил намуданд. Масалан, дар сину то 60 сола 91 нафар ё 94,8% беморон буданд. Дар ҳамаи гурӯҳҳо ҷинси мард бартарӣ дошт. Ҷавонон ва шахсони сину соли миёна зиёда аз 62%, яъне қариб 2/3 ҳиссоро ташкил намуданд.

Вобаста аз намуи бедардкунии перидуралии гузаронидашуда, ниёзмандон ба се гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи якумро 28 (29,2) беморон ташкил намуданд, ки бо мақсади тасҳеҳи алоими дард дар марҳилаи барвақтӣ бедардкунии перидуралӣ бо истифодаи бедардкунандаи мавзей бо сӯзандори автоматикӣ – маҳлули 0,5%-и бупивикаин ва маводи нашъадори морфин гузаронида шуд. Дар гурӯҳи мазкур беморони мард 19 нафар (67,9%), занҳо -9 нафар (32,1%) ва ҳамашон бо бемориҳои ковокии шикам, ки ба даҳолати ҷарроҳӣ эҳтиёҷ доштанд, буданд;

Ба гурӯҳи дуюм 32 (33,3%) ниёзманде, ки усули бедардкунии перидуралӣ дар речаи вориднамоии бедардкунандаи мавзей бо намуи ҳаб ва маводи нашъадор бо фоислаи вақти додашуда ва бо талаботи ҳуди беморо истифода карда шуд, шомил гаштанд. Аз онҳо 22 нафарашон (68,8%) мардҳо ва 10 нафарашон (31,2%) занҳо буданд.

Ба гурӯҳи сеюм 36 (37,5%) ниёзмандон шомил шуданд, ки аз онҳо 24 нафарашон (66,6%) мардҳо ва 12 нафарашон (33,4%) занҳо буданд, ки дар онҳо бедардкунии баъдазҷарроҳӣ бо намуи тасриби мунтазами перидуралӣ бо маҳлули 0,5%-и бипувикаин дар яқҷоягӣ бо маводи нашъадори морфин гузаронида шуд.

Ҳолати умумии ниёзмандон, мавҷуд будани бемориҳои ҳамрадиқ ва нишонаҳои талофинопазирии он бо ёрии усулҳои мазкур баҳо дода шуданд. •Муоинаи ҳолисонаи клиникӣ-лаборатории беморон; •Акси рентгении қафаси сина; •Сабти барқии дил. Инчунин усулҳои иловагии муоина (таҷхизотӣ, физикалӣ ва ташхиси лабораторӣ), бо мақсади назорати ҷараёни сатҳи алоими дард ва сатҳи таъсири бедардкунии перидуралӣ ба он истифода бурда шуданд.

Таҳқиқоти биохимиявии миқдори натрий (cNa^+), калий (cK^+) дар зардобаи хун, инчунин нишондодҳои ҳолати атсидӣ-асосӣ ва газҳои хун бо ёрии таҳлилкунандаҳои ABL800 FLEX ширкати RADIOMETER (Россия) амалӣ карда шуданд. Омӯзиши нишондодҳои ҳолати атсидӣ-асосии хун ва ҷузъҳои он (pO_2 , pCO_2 , SO_2 , pH, BE, SB) дар дастгоҳи MEDICA Easy Stat гузаронида шуд. Гемоглобинро бо усули колориметрӣ ва гематокрит бо усули мукаррарӣ умайян карда шуданд.

Барои омӯзиши равандҳои лахташавии хун таҳлилкунандаи BC-1150 ширкати «Mindray» (Чин) мувофиқи нишондодҳои: фибриноген,

тести намунавӣ, фаъолнамоии вақти рекалсификатсия (ФВР) истифода карда шуд.

Барои ташхиси фарбеҳӣ зароби вазни бадан (ЗВБ) истифода бурда мешавад. Мубодилаи обӣ – электролитӣ, норасоии об бо формулаи Маннористин ва Миллер муайян карда шуданд.

Усули лузучатсанҷии мӯйрағӣ аз қонуни Пуазейл оид ба обгунаи часпак, ки қонунияти ҳаракати обгунаро дар мӯйрағҳо шарҳ медиҳад, асос ёфтааст.

Нишондодҳои гардиши марказии хун (ҳаҷми зарбагӣ, ҳаҷми дақиқагии дил, зароби дил) таҳқиқ карда шуданд. Тағйир ёфтани нишондодҳои гардиши марказии хун (ХЗ, ХДД, ХНКД, ЗД, ШКД, ФШС) 10% баҳо дода мешаванд.

Усулҳои физиологӣ таҳқиқот аз баҳодиҳии нишондодҳои зерин иборат ёфтанд:

1. Баҳодиҳии дард мувофиқи чадвали биной-шабеҳӣ (ҚБШ) (VisualAnalogScale).

Дар асоси маълумоти муайяннамоии субъективии дард дар ҳолати оромӣ ва ҳаракат кардани бемор бо ёрии ҚБШ – бо хаткаши 10 см, ки охири он ҳамчун “набудани дард” ва “дарди аз ҳама сахт” ишора карда шудаанд, фосилаи аз 0 то 10 чен карда шуд. Шумораи ҳолҳо аз шиддатнокии дард шаҳодат медиҳад, чи қадаре ки ҳол зиёд бошад, ҳамон қадар дард шиддатнок аст.

Бемор дар хаткаш мустақилона вобаста аз шиддатнокии эҳсосоти дард, ки дар лаҳзаи қайд кардан ҳис мекунад, хатро ишора мекунад. Қайдҳое, ки аз тарафи бемор ишора карда шудаанд, дар протоколи табобати интенсивии баъдазҷарроҳӣ дарҷ гардиданд. Дар давоми 3 соати аввал баъд аз пурра ба ҳуш омадан, ҳар як соат қувваи дард ва баъдан баъд аз 6, 12 ва 24 соат аз оғоз ёфтани бедардкунӣ санҷида шуд.

2. Баҳодиҳии инҳисори ҳаракат. Сатҳи инҳисори ҳаракат, ки бо вориднамоии бедардкунандаҳои мавзей дар фосилаи перидуралӣ ба амал оварда шуда буд, бо чадвали Бреймдҷ Ф.Р. (Bromage) муайян карда шуд [12, 89, 100]. Мавҷуд набудани инҳисори ҳаракатӣ ҳангоми боқӣ мондани ҳаракат дар ҳар се бӯғуми пой ба қайд гирифта шуд, инҳисор бо 0 ҳол баҳо дода шуд. Ҳангоми боқӣ мондани имконияти қад кардани бӯғуми зону инҳисор бо 1 ҳол, ҳангоми қадкунии кафи пой – бо 2 ҳол баҳо дода шуд. Ҳангоми рост кардани бӯғуми зону ва иҷро кардани қадкунии кафии попанча – 3 ҳол.

3. Баҳодиҳии зароби Баевски. Зароби аҳшой. Зароби шиддатнокӣ – нишондоде, ки норасоии аҳшоии бартариати нишонагӣ ё паранишонагии системаро нишон медиҳад.

4. Баҳо додани шумораи баамалой ва возеҳияти таъсироти номатлуби сабабшон маводҳои нашъадор буда (баамалоии хориши пӯст, маъншавии пешоб, пайдо шудани дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ).

Усулҳои таҷҳизотии таҳқиқот бо кардионазмнигории тағйирёбанда амалӣ карда шуданд. Барои баҳодиҳии ақсуламали қувваи аҳшой ва фаъолнокии аҳшой усулҳои кардиофосиланигорӣ (КФН) ва зариви Баевски истифода бурда шуданд. Барои возеҳияти алоими дард усули таҳлили тағйирёбандаи назм, ки бо ёрии маҷмуи барномавии «Валента» (Россия) гузаронида шуд, истиода бурда шуд. Чен кардани 100 кардиоавра ҳангоми бедор кардани бемор ва баъд аз 3, 6, 12 ва 24 соат пас аз экзубатсияи вай гузаронида шуд.

Қоркарди қаторҳои тағйирёбанда ҳисоб кардани бузургиҳои миёна, қафомонии миёнаквадранти ва хатогии стандартии миёнаро дар бар гирифтанд. Ҳангоми муқоиса кардани нишондодҳои бадастомада t-маҳакҳои дутарафаи Стъудент барои интиҳоби ҷуфти мустақил ва %-тест истифода карда шуданд.

Фарқиятҳо бо сатҳи эҳтимолияти бозғимоди на камтар аз 95%, бо дарназардошти ислохоти Бонферрон барои муқоисаҳои зиёд, собитнок эътироф карда шуданд. Таҳлили муқоисавии тағйироти мустақил (байни гурӯҳҳо) бо маҳакҳои Манна Уитнигузаронида шуд. Барои таҳқиқи вобастагӣ байни тағйирот таҳлили ҳамбастаи рангии Спирмен истифода бурда шуд. Натиҷаи баҳисобгириҳои математикӣ бо шакли ҷадвалҳои фосилавӣ ва хотимавии омӯри пешниҳод карда шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Даҳолатҳои ҷарроҳии аз ҷониби мо гузаронидашуда баҳодиҳии воқеии ҳавфи ҷарроҳӣ-анестезиологиро дар беморони пиронсол ва калонсоле, ки аксар вақт иллатҳои омехтаи узвҳои ковокии шикам доранд, талаб менамоянд. Ҳангоми муайян кардани имкони амалӣ кардани даҳолатҳои ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо ҷарроҳ муайян кардани вазнинии бемории умумисоматикӣ ниёзманд, ки сабабш ҳам бемории асосӣ ва ҳам бемориҳои ҳамрадиқ мебошанд, ҳаҷми даҳолати ҷарроҳӣ, двмонӣ ва осебнокии эҳтимолии ҷарроҳӣ, пайдарҳамии иҷро кардани марҳилаҳои даҳолати омехта, зарур аст.

Дар ҳамаи беморон муоинаи иловагӣ ва назорати бонизомии нишондодҳои гардиши хун, системаи нафас (мувофиқи маълумоти назорати шумораи нафас, pO_2 , pCO_2 , шумораи набз, фишори шараёнӣ, фишори марказии варидаӣ, ЗЛЗ, ҳаҷми хуни гардишкунанда, пешобкунӣ шабонарӯзӣ) ва сатҳи метаболикӣ (рН, ВЕ, гемоглобин, гематокрит, АлТ, АсТ, глюкозаи хун, креатинин, билирубин, сатҳи ҳаҷми молекулаҳои миёна, маҳсулоти туршавии перексӣ), назорати ҳарорати бадан амалӣ карда шуд.

Дар марҳилаҳои омодагӣ ба даҳолатҳои ҷарроҳӣ барои ниёзмандон аз гурӯҳҳои хавф, ки вайроншавии вазифаи узв ва системаҳои доранд, усулҳои гузаронидани табобати тасрибӣ-трансфузионӣ бо мақсади тасҳеҳи иллатҳои гардиши хун ва метаболӣ кооркард карда шуданд. Дар давраи омодагии пешазҷарроҳӣ таваҷҷуҳи зиёд ба баландшавии тоқатпазирии организм ба ҷарроҳии дарпеш истода дода шуд. Бо ин мақсад ҳаҷми тозакардашудаи эритроцитарӣ гузаронида шуда, зардбаи кашидашуда, хунивазкунандаҳои гуногун, маҳлули 10%-и глюкоза ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ, ҳангоми серобшавии миёна-фишорбаландӣ, ҳангоми даҳолати ҷарроҳӣ васеъ истифода бурда шуданд. Омодагии пешгирӣ (бо маводҳои доруворӣ) ба ҷарроҳӣ бо атропин, дроперидол дар якҷоягӣ бо маводҳои антигистаминӣ гузаронида шуд.

Вобаста аз бемории ҳамрадиф дар омодагии доруворӣ аксар вақт пипольфен, супрастин, димедр, ки заҳролудии гистаминиро рафъ карда, ташаннучи гулӯ ва бронхҳои пешгирӣ менамоянд ва таъсири хобоварандагӣ доранд, истифода бурда шуданд. Ворид кардан ба наркозро бо вориднамоии дохиливаридии маҳлули 1%-и тиопентали натрий бо дарназардошти 8 мг/кг-и вазни бадани бемор роҳандозӣ намудем. Баъд аз ноил шудан ба марҳилаи якуми наркоз дар заминаи моддаҳои беҳолкунандаи мушакҳо, лӯлагузории хирноӣ амалӣ карда шуд. Ҳамзамон гузаронидани маҷмуи ҷорабиниҳо аз лаҳзаи ворид шудан ба беморхона, бо баҳодихии иллатҳои ҷойдоштаи гардиши хун, коркарди нақшаи омодагии пешазҷарроҳӣ бо дарназардошти давомнокӣ ва осебнокии дастамали ҷарроҳӣ, усулҳои комилан мувофиқи бедардкунӣ барои кам кардани оризаҳо ва натиҷаҳои номатлуб дар ҳамаи марҳилаҳои табобат имконият медиҳанд.

Яке аз вазифаҳои аввалиндарача дар давраи баъдазҷарроҳӣ, пас аз даҳолатҳои васеъ дар ковокии шикам, бедардкунии комилан мувофиқ мебошад, ки барқарорнамоии барвақтии офӣят ва беҳтаршавии натиҷаҳои табобати беморонро имконпазир менамояд. Паст шудани шидатнокии алоими дард на зиёдтар аз 3 ҳол аз 10, аз самаранокӣ бедардкунии баъдазҷарроҳии гузаронидашудаи СЧД шаҳодат медиҳад. Дар давраи баъдазҷарроҳӣ пас аз экстубатсия ҳангоми сулфа ва дар оромӣ фарқиятҳои саҳеҳи байниқабурғавӣ муайян карда нашуданд.

Камшавии алоими дард дар ҷараён ҳангоми оромӣ дар ҳамаи 3-гурӯҳ мусбӣ буд ва ба маҳаки асосии комилан мувофиқ будани бедардкунӣ аллакай баъд аз соат мувофиқат менамуд. Самараи бедардкунӣ аз усулҳои гуногуни бедардкунӣ мувофиқи Ч БШ ҳангоми оромӣ дар бемороне, ки бедардкунӣ перидуралӣ гузаронида шуда буд, 48,2%, дар гурӯҳе, ки ҳаби бупивикаин ва морфин дар минтақаи перидуралӣ ворид карда шуда буд-45,8% ва дар гурӯҳе,

ки тасриби перидуралӣ гузаронида шуда буд - 45.6%-ро ташкил намуд. Дар давраи баъдазчарроҳӣ хангоми оромӣ, бо назорати фаъоли алоими дард баъд аз 6,12,24 соат аз лаҳзаи бедардкунӣ дар гурӯҳи 1-уми беморони бедаркунии перидуралӣ гирифта, аз сатҳи аввалиято 25%, дар гурӯҳи 2-ум, ки вориднамоии перидуралӣ ҳабири гирифтаанд – 19,7% ва дар гурӯҳи 3-ум бо тасриби мунтазами перидуралӣ – 20,4% пастар буд. Нишондодҳои аҳамияти миёнадошти ЧБШ баъд аз 12 ва 24 соат дар гурӯҳи якум саҳеҳан аз $P < 0,01$, 28,7% нисбат ба гурӯҳи дуҷум 24,4% пастар буданд ва баъд аз 24 соат низ нисбат ба гурӯҳи дуҷуми таҳқиқшавандасаҳеҳанпастарбуданд. Байни гурӯҳи дуҷум ва сеҷум баъд аз 12 ва 24 соат низ фарқияти саҳеҳ дар нишондодҳои ЧБШ хангоми оромӣ муайян карда шуданд. Фарқиятҳои саҳеҳи байнигурӯҳӣ байни ЧБШ баъд аз се ва шаш соат аз оғоз гаштани бедардкунӣ муайян карда нашуд, ин аз ҳисоби ташаққули инҳисори сенсорӣ имкон дорад. Хангоми сулфа пастшавии алоими дард мувофиқи ЧБШ дар ҳамаи се гурӯҳҳои хангоми мушоҳида мусбӣ буд ва хусусияти фарқиятҳои саҳеҳи дохилигурӯҳӣ аз нишондодҳои аввалияро дошт (ҷадвали 4.2.). Баъд аз сипарӣ шудани 3 соат аз оғоз ёфтани бедардкунӣ пастшавии саҳеҳи шиддатнокии дард дар ҳамаи 3 гурӯҳ ($P < 0,01$) нисбат ба сатҳи аввалия мушоҳида карда шуда, дар гурӯҳи 1-уми беморон, ки бедардкунӣ перидуралӣ гузаронида шуда буд, баъд аз 12 соат то 4 маротиба паст шуд. Пастшавии нишондодҳои ЧБШ то ду ва се маротиба баъд аз 24 соат дар гурӯҳи 2-уми беморони ҳабири гирифта ва то 3 маротиба дар беморони тасриби мунтазам гирифта, мушоҳида карда шуд. Пастшавии шиддатнокии алоими дард, байни гурӯҳҳои хангоми сулфа саҳеҳаназ 30 мм камтарфарқнакарда, даргурӯҳи бедардкунӣ перидуралӣ гирифта $5.6 \pm 10,3$ соат ва $5,9 \pm 02$ соатро дар гурӯҳи тасриби мунтазам гирифта, ташкил намуд. Дарачаи возеҳияти алоими дард хангоми сулфа мувофиқи ЧБШ дар гурӯҳи бо таври ҳабири воридшудаи маводҳо, дар давоми тамоми давраи мушоҳиданамоӣ, нисбат ба дигар гурӯҳҳои аз 30 мм баландтар боқӣ монд ва аз ин лиҳоз зарурияти иловатан ворид кардани морфин дар 16 нафар ниёзманди гурӯҳи мазкур ба миён омад.

Дар гурӯҳи 1-уми беморон нишондодҳои ЧБШ хангоми сулфа баъд аз камтар аз 3,12,24 соат саҳеҳ буданд ($P < 0,001$) ва 39,5%, 24% ва 26,2%,-ро муқобили гурӯҳи 2-ум бо вориднамоии ҳабири 63,4%, 59,8% ва 52,4%-ро мутаносибан ташкил намуданд. Дар давраи баъдазчарроҳӣ пас аз 12 ва 24 соат, инчунин фарқияти саҳеҳ дар сифати бедардкунӣ байни гурӯҳҳои якум ва сеҷум муайян карда шуд. Таҳқиқот нишондод, ки вориднамоии перидуралӣ бедардкунандаҳо, ки аз тарафи ниёзманд назорат карда мешавад, нисбат ба тасриб бо речаи мунтазам самараноктар мебошад. Хангоми таҳқиқот фарқиятҳои саҳеҳ дар сатҳи возеҳияти алоими дард мувофиқи ЧБШ хангоми сулфа, байни гурӯҳҳои дуҷум ва сеҷуми беморон дар давоми тамоми давра,

муайян карда шуданд. Таҳқиқот бартарии тасриби мунтазами перидуралиро нисбат ба вориднамоии ҳабии маводҳо нишон дод. Дар давраи баъдазчарроҳӣ, дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми сулфа баҳодихии алоими дард мувофиқи ҚБШ аз он шаҳодат медиҳад, ки истифодаи перидуралӣ маҳлули 0,5%-и бупивикаин бо морфин дар асоси принсипи бедардкунӣ, ки аз тарафи ниёзманд назорат карда мешавад, сифати бедардкуниро нисбат ба речаи анъанавии бедардкунӣ перидуралӣ саҳеҳан беҳтар менамояд. Тасҳеҳи алоими дард дар марҳилаи барвақтии баъдазчарроҳиро дар гурӯҳи якум бедардкунӣ перидуралиро бо ёрии сӯзандори автоматӣ гузарониданд. Дар гурӯҳи дуюм усули бедардкуниро дар марҳилаи барвақтӣ баъд аз даҳолатҳои чарроҳӣ бо вориднамоии қисм-қисм пас аз як вақти муайян ва бо талаботи ниёзманд, истифода намуданд. Дар гурӯҳи сеюм бедардкунӣ баъдазчарроҳӣ бо намуди тасриби мунтазами перидуралӣ маҳлули бедардкунандаи мавзӣ дар якҷоягӣ бо маводҳои нашъадор гузаронида шуд. Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда муқаррар карда шуд, ки то даҳолати чарроҳӣ нишондодҳои маҳакҳои макро ва микрогемореологӣ, дар ҳамаи 3 гурӯҳ саҳеҳан фарқ намекунанд. Баъд аз сипаришавӣ 24 соат пас аз даҳолати чарроҳӣ дар беморон бо вориднамоии қисм-қисм, зиёдшавӣ часпакии хун ҳам ҳангоми шиддатнокии тағйироти зиёд ва ҳам ҳангоми шиддатнокии паст мушоҳида карда шуд. Дар беморони гурӯҳи БП бо истифодаи сӯзандори автоматикӣ часпакии хун баъд аз чарроҳӣ паст шуд ва нишондоди он ҳангоми шиддатнокии тағйироти баланд ва паст, нисбат ба гурӯҳи дуюм паст шуд. Дар гурӯҳи БП ҳангоми тасриби мунтазам дар ниёзмандон пастшавӣ нисбатан возеҳи часпакии хун баъд аз чарроҳӣ мушоҳида карда шуда, нишондодҳои он ҳангоми тағйироти зиёди шиддатнокӣ то 23%, нисбат ба беморони гурӯҳи якум ва ҳангоми шиддатнокии пастӣ тағйирот то 21% паст буданд.

Часпакии зардоба дар ниёзмандони гурӯҳи якум, баъд аз 24 соат пас аз даҳолати чарроҳӣ зиёд шуд. Дар беморони гурӯҳҳои дуюм ва сеюм дар давраи баъдазчарроҳӣ пастшавӣ нишондоди мазкур ба амал омад. Дар ниёзмандони гурӯҳи дуюм нишондоди маҳаки мазкур, ба ҳисоби миёна, нисбат ба гурӯҳи якум то 15% ва дар ниёзмандони гурӯҳи сеюм то 21% паст аст. Часпакии омехтаи эритроцитҳо дар давраи баъдазчарроҳӣ дар ниёзмандони гурӯҳи якум камтар зиёд шуд. Дар гурӯҳи дуюм нишондоди мазкур, нисбат ба гурӯҳи якум то 5% баланд ва дар гурӯҳи сеюм бошад – то 33% паст мебошад.

Зариби чамъшавӣ эритроцитҳо дар гурӯҳи 1-ум баъд аз чарроҳӣ то 10% зиёд шуд. Дар гурӯҳи дуюм пастшавӣ нишондоди мазкур мушоҳида карда шуда, нишондодҳои он ба ҳисоби миёна, нисбат ба ниёзмандони гурӯҳи якум то 5% паст мебошад. Дар гурӯҳи БП зариби чамъшавӣ эритроцитҳо баъд аз 24 соат пас аз чарроҳӣ паст шуда,

нишондодҳои он нисбат ба ниёзмандони гурӯҳи якум то 12% паст шуд. Нишондоди таносуби гематокрит ба часпакии хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшаванда, баъд аз 24 соат пас аз чарроҳӣ фарқ дошт.

Дар гурӯҳи 1-ум пастшавии нишондоди мазкур дар давраи баъдазчарроҳӣ мушоҳида карда шуд, ки ин аз камшавии самаранокии интиқоли оксиген дар гурӯҳи мазкури беморон шаҳодат меод. Дар гурӯҳи дуюм нишондоди мазкур дар давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ, нисбат ба ниёзмандони гурӯҳи якум то 25% баландтар буд. Дар гурӯҳи сеюм таносуби гематокрит ба часпакии хун аз нишондоди маҳаки мазкур дар беморони гурӯҳи якум 31% баландтар буд.

Ҳангоми ворид шудан ба шӯбаи анестезиология ва ҳеҷ дар беморони ҳамаи се гурӯҳҳои нишондоди зариб шиддатнокии Баевски байни худ фарқияти саҳеҳ надоштанд ва дар чунин сатҳ қарор доштанд: дар гурӯҳи 1 –ум - 475,9±45,75 воҳиди шартӣ, дар гурӯҳи 2-ум - 495,8±35,7 воҳиди шартӣ ва дар гурӯҳи 3-ум - 491,8±52,4 воҳиди шартӣ. Ин аз баландшавии тарангии системаи эҳсосотии асаб, тағйирпазирӣ ва мутамарказшавии системаи гардиши хун шаҳодат медиҳад.

Баъд аз оғози бедардкунӣ пас аз 3, 6, 12, 24 соат, дар ҳамаи се гурӯҳ пастшавии возеҳи шиддатнокии механизмҳои мутобиқшавӣ мушоҳида карда шуд, ки мувофиқи зариб шиддатнокӣ дар гурӯҳи якум 61,7%, 23,6%, ва баъд аз 24 соат – 19,8% аз сатҳи аввалия, дар гурӯҳи дуюм 78,2%, 62,4%, 51% ва ба 31,3%, дар гурӯҳи сеюм 65,4%, 48,6%, 39,9% ва 24,3%-ро мутаносибан ташкил намуд.

Дар гурӯҳҳои 1-ум ва 2-ум аз оғози бедардкунӣ, пас аз 3, 6, 12, 24 соат фарқиятҳои саҳеҳи нишондоди зариб шиддатнокӣ ($P < 0.01$) ба қайд гирифта шуданд (ҷадвали 4.4.).

Дар ниёзмандон бо БЧНН-и перидуралӣ дар марҳилаи баамалоии бедардӣ, пастшавии нисбатан зуд ва самаранокӣ шиддатнокии қувваҳои чубронқунандаи организм, нисбат ба гурӯҳи дуюм, ки вориднамоии номуинасили маводҳои истифода бурда буданд, мушоҳида карда шуд. Дар беморони гурӯҳи 1-ум дар давоми 6 соати давраи баъдазчарроҳӣ, бамеъёрдароии нишондодҳои таносуби аҳшӣ ба амал омад ва минбаъд онҳо дар доираи меъёри физиологӣ боқӣ монданд. Дар беморони гурӯҳи 2-ум, новобаста аз пастшавии саҳеҳи зариб шиддатнокӣ, бамеъёрдароии нишондодҳо танҳо баъд аз 24 соат пас аз оғоз гаштани бедардкунии перидуралӣ ба амал омад. Дар беморони гурӯҳи сеюм, ки тасриби мунтазами перидуралиро гирифта буданд, зариб шиддатнокии Баевски, фаъолшавии миёнаи системаи эҳсосотӣ-адреналинӣ дар давоми 6 соати аввал баъд аз оғоз ёфтани бедардкунӣ, нишон дод ва баъдан бамеъёрдароии он мушоҳида карда шуд.

Сатҳи шиддатнокии аҳшой, нисбат ба гурӯҳи дуҷум, новобаста аз он қадар зиёд набуданаҷ, саҳеҳии фарқияти нишондодҳои ЗШ дар ҳамаи марҳилаҳо байни ду гурӯҳ, танҳо дар марҳилаи 24 соати давраи баъдазҷарроҳӣ, байни ниёзмандоне, ки тасриби мунтазами перидуралӣ ва бедардқунии перидуралиро мегирифтан, ба даст омад.

Дар ниёзмандони гурӯҳи якум, ки брои бедардқунӣ усули бедардқунии перидуралӣ аз ҷониби ниёзманд назоратшаванда истифода шуда буд, пастшавии зиёди саҳеҳи сатҳи зариви шиддатнокӣ мушоҳида карда шуд, ки ин дар давраи баъдазҷарроҳӣ нақши воқеии алоими дардро дар баамалоии механизми оғозёбӣ ва нигоҳдории дурударози вайроншавии таносуби аҳшой тасдиқ мекунад.

Дар ҳамаи се гурӯҳи беморон, дар ҳамаи марҳилаҳои таҳқиқот, чи тавре ки аз қадвал бар меояд, далелҳои саҳеҳи муносибати мусбии сатҳи шиддатнокии аҳшой ва баҳодихии алоими дардро мувофиқи қадвали биной-шабехӣ ба даст омад.

Дар гурӯҳ бо бедардқунӣ масрафи бупивикаин дар як шабонарӯзӣ $152,9 \pm 3,2$ мг, дар гурӯҳи беморон бо вориднамоии ҳаби - $163,2 \pm 3,6$ ва бо усули тасрибӣ - $166,0 \pm 3,6$ мгро ташкил намуд.

Дар ҳамаи гурӯҳҳо масрафи шабонарӯзии бипувакаин аз воия максималии иҷозатбудаи шабонарӯзӣ, ки барои вориднамоии перидуралӣ 400 мгро ташкил менамояд зиёд набуд. Дар гурӯҳи беморон бо бедардқунии перидуралӣ, ки аз ҷониби ниёзманд назорат карда мешуд, воия максималии шабонарӯзии бупивикаин ба $167,5$ мг ва воия минималӣ – $37,5$ мг, дар гурӯҳи ба онҳо маводҳо бо тарзи ҳаби воридкардашуда – 190 мг ва 130 мг ва дар гурӯҳи бо усули бедардқунии тасрибии перидуралӣ $198,7$ мг ва $148,7$ мгро мутаносибан ташкил намуд. Дар беморон бо вориднамоии тасрибии маводҳо масрафи аз ҳама зиёди бупивикаин мушоҳида карда шуд, аммо вай ба таври саҳеҳ аз гурӯҳи беморон бо речаи ҳабии вориднамоӣ фарқ намекунад. Дар гурӯҳи бемороне, ки барои бедардқунии баъдазҷарроҳӣ, бедардқунии перидуралӣ истифода шуда буд, талаботи камтар ба морфин $11,4 \pm 0,3$ мг мушоҳида карда шуд. Масрафи морфин дар гурӯҳҳои беморон бо вориднамоии ҳаби $12,4 \pm 0,3$ мгро ташкил кард. Маълумотимазкур дар муқоисаи шабонарӯзии ҳаби ($P < 0,01$) ва ҳам дар гурӯҳҳои беморон бо вориднамоии тасрибии бедардқунандаҳо ($P < 0,01$) фарқияти саҳеҳдоранд. Эзоҳ: * $-p < 0,05$ нисбат ба солимон (U-маҳакҳои Манна – Уитни). Талаботи шабонарӯзии воия морфин, ки барои рафъи алоими дард дар беморон бо бедардқунии перидуралӣ, ки аз тарафи ниёзманд назорат карда мешавад, зарур мебошад, ба қадри максималӣ $12,6$ мг ва минималӣ – 92 мгро ташкил намуд. Дар беморон бо вориднамоии ҳаби ба қадри максималӣ $16,0$ мг ва минималӣ – 12 мг, дар гурӯҳи беморон бо бедардқунии тасрибии перидуралӣ $15,1$ ва $11,0$

мгромутаносибантакшилнамуд.

Дар давраибарвактибаъдазчарроҳӣ дар шӯъбаи анестезиология ваэҷёботабобатиинтенсивӣ, дар ҳамаи се гурӯҳибеморон, зиёдшавитапишидил, ҳамчунасабониятичавобиичарроҳӣ, кибофаълшавиисистемаиасабвобастамебошад, мушоҳидакрадашуд. Фарқиятҳоиасаҳеҳиоморӣбайнигурӯҳҳо дар нишондодҳои ШҚД дар ҳаминдаврамушоҳидакраданашуд. Дар ҳамаи се гурӯҳҳобомуруризамонбаъд аз 3, 6, 12, 24 соатнизоми ШҚД бехтаршудангирифт. Тағйиротиэҳди аз ҷиҳатиоморӣаҳамиятдошта дар низмои ШҚД дар беморонигурӯҳидуюм, нисбат ба гурӯҳҳоикумвасеюммушоҳида карда шуданд.

Баъдан пас аз 24 соат дар беморонибайнигурӯҳӣкумвасеюм низ фарқиятҳоиасаҳеҳинишондодҳои ШҚД мушоҳида карда шуданд, киэҳтимолансабабашбедардкунинисбатансамаранокбошад.

Дар равиш дар ҳамаимарҳилаҳо, дар ҳамаигурӯҳҳо тамоюл ба пастшавинишондодҳои ФШ миёна, бобузургҳои аз ҷиҳатиоморӣаҳамиятдошта, мушоҳида карда шуд. Аз ҷонибиоморинчуниномӯзишинишондодҳои ХДД, ХЗ, ЗДВАМУҒР, ФМШ, ШҚДҳангоминамудҳоигуногунивориднамоиибедардкунандаҳо дар марҳилаидавраибаъдазчарроҳӣгузаронидашуд.

Натиҷаҳои таҳқиқотнишондоданд, киновобаста аз мавҷудиятамоюл ба пастшавиичузъипартофтихунбаъд аз экстубатсия, фарқиятбонишондодиаввалия аз ҷиҳатиоморӣаҳамиятнадоштанданишондодитаҳлилшаванда аз доираинишондодҳоимеъриберуннабуд. Инчунинқайд кардан зарураст, ки фарқиятҳои зиёдбайнисатҳи ХЗ ва ЗД муайян карда нашуданд. Фарқиятҳои на он қадар зиёд дар бузургҳои ХДД(18,2% $p < 0,05$) муайян карда шуданд.

Дар давраибаъдазчарроҳӣпастшавиимиёнаи пас аз экстубатсияи МУҒР, аммо аз ҷиҳатиоморӣаҳамиятдошта, муайян карда шуд, киэҳтимолан аз ҳисобихаминпастшавии ФШ миёна дар марҳилаҳои таҳқиқотмушоҳида карда шуд.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои таҳқиқотнишондоданд, киуслибештарсамаранокибедардкунӣҳангомидахолатичарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам ва дар марҳилаҳои давраибаъдазчарроҳӣ, вориднамоии катрагиибедардкунандаҳои мавзэйдрықҷояғйбмаводҳои нашъадормебошад, ки нисбатанқобилиқабуластваинронишондодҳои ХЗ, ЗД ва МУҒР тасдиқмекунанд.

Барои баҳо диҳиҳои холати мумии беморҳангоми истифодаи бедардкунии перидуралӣ, таҳқиқинишондодҳои гомеостаз зарураст. Таҳқиқи

лаборатории баъзе аз нишондодҳои гомеостаз ҳангоми вори душдани бемор ба шуъба, дар давраи баъз чарроҳӣ пас аз 3,6, 12 ва 24 соатгузаронида шуд.

Ин аз сатҳи бештар баланди бехатарии гардиши хун барои бедардкунии перидуралӣ бо истифодаи маҳлули бупивикаини қивомнокии кам дар якҷоягӣ бо морфин шаҳодат медиҳад.

Дарди шадид яке аз омилҳои тамоюлшавии ҷавобкато боли хормонӣ, маъншавии об ва натрийи вобаста ба зиёдшавии тарашшуҳоти АДГ ва алдестерон, инчунин гипергликемия аз ҳисоби зиёдшавии тарашуҳи кортизол ва адреналин мебошад [118]. Глюкоза маҳакитресси эндокринӣ – ҷавоб ба осебдарди чарроҳӣ мебошад.

Таҳқиқоти гузаронида шуда ҷойнадоштани вайроншавии ҷузъи микдори гази оксиген ва карбон дар хуни шараёнӣ ва инчунин дар таҳлили равиши шабонарӯзи нишондодҳои метабوليкии КОС (РН хун, АВ бикорбонативокейва ВЕ иззиеддиасос)-рониишондод.

Фарқиятҳои аз ҷиҳати омори ҷаҳамиятдошта дар гурӯҳҳои таҳқиқшавандаи беморон, танҳому вофиқсатҳи гликемия муайян карда шуданд. Маҳз сатҳи гликемия дар нақшаи муайянкардани ҳавфиоризаҳо (инчунин ба осонӣ дар амалия муайяншаванда)

бонишноҳи ҷавобии метабوليкии бештар омӯхта шуда аст.

Натиҷаҳои таҳқиқимиқдори глюкоза дар хуни беморон бо бемориҳои узвҳои ковокии шикам то вабаъд аз даҳолати чарроҳӣ нишон медиҳанд, ки усулҳои аз 5%-и бедардкунии мвзеи бипувикаин дар якҷоягӣ бо мавадинашъадори 1%-и морфин, дар гурӯҳи мазкурини ёзмандон намуди бедардкунии тасриби перидуралӣ бештар қобили қабул мебошад. Албатта дар як низом боқимондани сатҳи қанд дар хуни беморон то вабаъд аз давраҳои баъз чарроҳӣ мушоҳида карда мешавад.

Сатҳи қивомнокии глюкозаи хун дар равишро метавон ҳамчун маҳакитро ва гиисифати табобати таҳлилии истифода намуд.

Таъсири бедардкунии перидуралӣ ба фишори шараёнӣ (ФШ) аз ҳисоби инҳисори эҳсосоти метавонад паस्तшавии онро ба миёноварад. Баландшавии қивомнокии бедардкунандаи мавзейбаъд аз бедардкунии перидуралӣ, метавонад ақсулалинома тлубро аз тарафисистемаи дилу рағивадоро ихтисусияти умумӣ ба амал орад.

Ҳангоми гузаронидани таҳқиқоти мобаъд аз

истифодаи бедардкунии перидуралии бупивикаин таъсириро нисбат ба аз тарафи системаи гардиши хунмушоҳида карда нашуданд. Дар ҳамаи беморони муоинашуда нишон додҳои ФШ бонизом буданд.

Ворид кардани вояи аввалини бедардкунандаи мавзей бо пастшавии на он қадар зиёд (то 10%) дар доираи нишон додҳои миконпазирмегузарад. Сатҳи ин ҳисори ҳаракати дар натиҷа дар ҳамаи гурӯҳҳо бо бошумораи ба амалои таъсириро нисбат ба худангони бедардкунии перидуралӣ дар беморони таҳқиқшуда муқоиса шаванда буд.

Ҳангоми вориднамоии ҳаби маводҳо ба фосилаи перидуралӣ дар гурӯҳи дуюми беморон ҳоло дузиёд дар 4 нафар (12,9%) мушоҳида карда шуд, аммо дар беморони гурӯҳҳои 1-уму 3-ум ин мушоҳида карда нашуд. Дар як ҳолат дар гурӯҳи дуюм барои бартаараф кардани пастшавии гардиши ҳаво, ҳангоми ШН аз 8 маротиба дар як дақиқа паст буда, зарурияти вориднамоии даруни вариетии 400 мкг налаксон б миёномад.

Дар 6 нафар (19,4%) беморони гурӯҳи 2-ум ва дар 4 нафар (10,8%) аз гурӯҳи 3-ум нишоҳи ба даҳазмӣ, дилбеҳузурӣ ва қайқунӣ мушоҳида карда шуданд. Қайд кардан зарураст, ки оризаҳо имазкур дар аввали корҳангоми интиҳоб кардани вояи маводҳо, мушоҳида карда шуданд.

Дар 6 нафар (19,4%) беморони гурӯҳи 2-ум бовориднамоии ҳаби бедардкунандаҳо хориши пӯст мушоҳида карда шуд, ки ин саҳеҳан аз гурӯҳҳои 1-ум ва 3-ум – 5 (13,5%) фарқмекард. Маъншавии шади пешоб, кигузари даника старазанӣ лозим буд, дар гурӯҳи дуюм бовориднамоии ҳаби дар 6,5% вадар 2,7%-и ниёзмандони гурӯҳи 3-ум ба қайд гирифта шуд. Дар беморони гурӯҳи 1-ум маъншавии пешоб мушоҳида карда нашуд.

Таҳқиқоти бехатарии зиёди истифодаи бедардкунии перидуралӣ робедардкунандаҳо имавзей маводҳои наҷадорнишон дод.

Ҳангоми таъриби мунтазам ба бедардкунӣ, дилбеҳузурӣ, қайқунӣ ва хориши нисбат ба гурӯҳи дуюм бовориднамоии ҳаби баъзан мушоҳида карда шуданд.

Таҳқиқоти муқоисавии мори равишанишон додҳои саририваназорат и лаборатории беморони дар узвҳои ковокии шикамашон ҷарроҳӣ гузаронида шуда, аз он шаҳодат медиҳад, ки истифодаи бедардкунии перидуралии аз ҷониби ниёзмандназорат шаванда, дар барномаи табобати маҷмуии интенсивӣ, барои саҳеҳан ва дар муҳлатҳои кутоҳтарин ба амаловардани бедардкунии комилан мувофиқ ҳангоми вояҳои ками бедардкунандаҳо вадорувориҳои варимавзей,

бартарафкарданишиддатнокиибениҳоятизиёдисистемаиаҳшоииасабваней
роэндокринӣ, инчунин паст карданишумооритаъсиротиноматлуб,
кибоҳамроҳкарданибедардқунандаҳои нашъадор ба
бедардқунандаҳои мавзёӣ ба амаломадаанд, имкониятфароҳаммеоварад.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои асосии илмии рисола

1. Гузаронидани бедардқунии баъдазҷарроҳӣ бо усули бедардқунии дарозкардашудаи перидуралӣ бо яқҷоякунии бедардқунандаҳои мавзёӣ ва нашъадор, барои ноил шудан ба натиҷаҳои хуб бо оризаҳои камтарин имконият медиҳад [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 7-А].

2. Бедардқунии перидуралӣ ба нишондодҳои асосии гардиши хун, нафас ва гомеостаз таъсири манфӣ намерасонад [4-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А].

3. Усули бедардқунии тасрибии перидуралӣ, бо паст кардани стресс ба дастамалҳои ҷарроҳӣ ва дароз кардани муҳлати таъсири бедардқунандаҳо ва ҳамзамон бо паст кардани масрафи онҳо, нисбат ба вориднамоии қисмани маводҳо то 21,4%, самараноктар мебошад [1-А, 2-А, 4-А, 5-А, 6-А, 7-А].

4. Яке аз маҳакҳои назорати боравиши шиддатнокии дарди баъдазҷарроҳӣ, нишондоди кардионазмнигорӣ дар асоси баҳодихии зарии шиддатнокӣ ба ҳисоб меравад, чунки натиҷаҳои ҷенқунии он бо як сатҳи баланди муносибат бо сатҳи баҳодихии субъективии алоими дард аз ҷониби ниёзмандон, инчунин баҳодихӣ бо ёрии ҷадвали биноии шабехӣ мувофиқат менамояд [3-А, 4-А, 5-А].

5. Тасриби яқҷоянамоии бедардқунандаҳои нашъадор ва мавзёӣ дар минтақаи перидуралӣ дар давраи баъдазҷарроҳӣ барои кам кардани масрафи бедардқунандаҳои мавзёӣ ҳангоми (БПНН) то 8,2%, ҳангоми (БХП) то 6,3%, ҳангоми (БТП) то 10,5% ва маводҳои нашъадор ҳангоми (ПАКП) то 19,1%, ҳангоми (БПА) то 15,2 %, ҳангоми (ИПА) то 21,4% имконият медиҳад [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 8-А].

6. Мувофиқи натиҷаҳои таҳлил усули бедардқунии дарозкардашудаи перидуралӣ дар давраи баъдазҷарроҳӣ метавон хулоса баровард, ки усули мазкур ба таври возеҳ хавфи баамалоии таъсиротиноматлубро аз маводҳои нашъадор (вайроншавии нафас, ҳоболудии зиёд, хориши пӯст ва нимфалачи рудаҳо)-ро паст менамояд [2-А, 4-А, 6-А, 7-А, 8-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Дар давраи барвақтии баъдазҷарроҳӣ, ҳангоми истифодаи бедардқунии перидуралӣ яқҷоянамоии бедардқунандаҳои мавзёӣ ва нашъадор, усули интиҳоб мебошад.

2. Протоколи тавсияшавандаи бедардқунӣ: баъд аз вориднамоии

қисмии вояи 3-7 мл омехтаи бедардқунанда, тасриби мунтазами он бо суръати 1,8 мл/соат гузошта мешавад. Вояи максималии барномарезишудаи морфин ва бупивикаин набояд аз 25 ва 380 мг мутаносибан зиёд бошад.

3. Вориднамоии қисмии бедардқунандаҳо дар минтақаи перидуралӣ баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар калонсолон мувофиқи нақша: маҳдули 0,5% бупивикаин (10-15мг баъд аз 3 соат) ва морфин 0,07-0,08 мг/кг (5 мг баъд аз 12 соат). Ҳангоми зарурият ё бо дарҳости ниёзманд вояи иловагии морфин бо 1 мг дар 3 мл маҳдули физиологӣ ба таври перидуралӣ ворид карда мешавад.

4. Вориднамоии қисмии бедардқунандаҳо дар минтақаи перидуралӣ аксар вақт бо баамлоии таъсироти номатлуби аз маводҳои нашъадор пайдошуда бо намуди бадҳазмӣ, хориши пӯст, ҳоболудии зиёд бо пастшавии нафас ва вайроншавии пешобқунии ғайриихтиёрӣ мегузарад ва аз ин лиҳоз дар беморони ҳавфи баланд дошта (пиронсолон ва солхурдагон) истифодаи усули тасрибии бедардқунӣ дурустар мебошад.

5. Вориднамоии қатрагии маводҳои бедардқунанда дар ҳамроҳнамоии бедардқунандаҳои мавзёи ва маводҳои нашъадор дар минтақаи перидуралӣ, баъд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам, бо суръати оғоз ёфтан 6 мл/соат тавсия кардан мумкин аст. Ҳангоми самараи нокифоя суръати вориднамоии омехтаи бедардқунанда бо 1 мл ҳар як соат зиёд карда мешавад.

6. Барои баҳодихии самаранокии сифати бедардқунии баъдазҷарроҳӣ истифода намудани усули субъективи баҳодихии дард бо ёрии ЧБШ дар амалияи ҳаррӯза лозим аст.

Рӯйхати нашрияҳои унвонҷӯии дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [9-A] Достиев Л.Р. Изучение методов эффективности обезболивания в послеоперационном периоде / Л.Р.Достиев, Н.Т.Турсунов, Д.А.Шамсиев // Вестник таджикского национального университета. - 2015. - №4. -С.209-213.
- [10-A] Достиев Л.Р. Перидуральная анальгезия в послеоперационном периоде при абдоминальных вмешательствах / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхуллоев // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №3. -С.16-21.
- [11-A] Достиев Л.Р. Эффективность перидуральной анальгезии в послеоперационном периоде / Л.Р.Достиев, З.К.Фатхуллоев, Х.А.Шамсзода // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2020. - №3. - С. 5-9.

Мақолла ва фишурдаҳо дар маҷмуи конференсияҳо

- [12-А] Достиев Л.Р. Продленная эпидуральная анальгезия послеоперационного обезболивания в абдоминальной хирургии / Л.Р. Достиев, Х.Р. Кодиров, С.А. Зарипов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2011. - №2. - С.32-35.
- [13-А] Достиев Л.Р. Продленная эпидуральная анальгезия как способ профилактики и лечения кишечной непроходимости / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров// Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2011. - №2. - С.36-39.
- [14-А] Достиев Л.Р. Методы обезболивания в послеоперационном периоде и их сравнительная оценка / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2012. - №4(16). - С.21-24.
- [15-А] Достиев Л.Р. Послеоперационное обезболивание при операциях на брюшной полости / Л.Р. Достиев, О.Т.Аминов // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №3. - С.47-51.
- [16-А] Достиев Л.Р. Перидуральная анальгезия в раннем послеоперационном периоде / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. - 2013. - №3. - С.51-58.

Рӯйхати нихтисорот ва ишораҳои шартӣ

БАНН – бедардкунии аз ҷониби ниёзманд назоратшаванда

ФШ – фишори шараёни

НХРН – норасоии хубобағӣ-респиратории нафас

ХА – хавфи анестезиологӣ

БҲП – бедардкунии ҳабии перидуралӣ

ҚБШ – ҷадвали биной-шабеҳӣ

ТНД – тағйирпазирии назми дил

УМР – узвҳои меъдаю руда

ЗВБ – зарии вазни бадан

ЗШ – зарии шиддатнокӣ

БТП – бедардкунии тасрибии перидуралӣ

ТИ – табоати интенсивӣ

КНН – кардионазмнигорӣ

ҲАА – ҳолати атоидӣ-асосӣ

МТП – муассисаҳои табоатӣ-пешгирий

ЗЛЗ – зарии лейкоцитарии захролудӣ

ҲДД – ҳаҷми дақиқагии дил

ҲММ – ҳаҷмҳои миёнаи молекула

ММТ – Маркази миллии тиббӣ

МЗИН–маводҳои зиддиилтиҳобии нестероидӣ
ХЧ – ҳавфи ҷарроҳӣ
МУҒР–муқовимати умумии ғайримарказии рағӣ
ШАЭВТИ–шуъбаи анестезиология, эҳёва таъобати интенсивӣ
БДП –бедардкунии дарозкардашудаи перидуралӣ
ҚТ–Қумҳурии Тоҷикистон
ЗД – зарби дил
СДР– системаи дилу рағӣ
ҲЗ – ҳаҷми зарбавӣ
ФМВ–фишори марказии варидӣ
ЗЭ – захролудии эндогенӣ
БП –бедардкунии перидуралӣ
БПНН–бедардкунии перидуралии ниёзманд назораткунанда
Нб - гемоглобин
NMDA - N-метил-D-аспартат

Аннотация
Достиев Латиф Рахмонович

Перидуральная анальгезия и контроль её эффективности после абдоминальных операций

Ключевые слова: перидуральная анальгезия, боль, послеоперационный период, интенсивная терапия.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики, контроля и качества послеоперационной анальгезии при абдоминальных хирургических вмешательствах.

Объект исследования. Объектам исследования служили 96 больных после различных по степени тяжести оперативных вмешательств на органах брюшной полости в период с 2014 по 2016гг., после хирургических процедур в условиях отделения анестезиологии и реанимации ГУ Национальный медицинский центр РТ «Шифобахш».

Методы исследования. В работе использованы клинико–лабораторные, биохимические и статистические методы исследования. Методология работы построена на системном и комплексном анализе литературных данных, клинических, лабораторных и инструментальных методах исследований. Методы, использованные в работе: аналитический обзор литературы по проблеме; рандомизация групп исследования; ретроспективный анализ историй болезней с выявлением частоты, причин развития основной патологии, её осложнений, проблемных аспектов в диагностике и лечении этой категории больных; разработка дизайна исследования и лечения в проспективной группе; статистическая обработка результатов и др. Объективное клинико-лабораторное обследование больных. С помощью вышеупомянутых методов клинического обследования больных появилась возможность оценки общего состояния пациента, выявление наличия сопутствующей патологии и признаков её декомпенсации.

Полученные результаты и их новизна:Перидуральная анальгезия не оказывает отрицательного влияния на основные показатели кровообращения, дыхания и гомеостаза. Инфузия комбинации наркотических и местных анестетиков в перидуральное пространство в послеоперационном периоде позволяет снизить расход местных анестетиков при (ПАКП) на 8,2%, при (БПА) на 6,3%, при (ИПА) на 10,5%, а наркотических препаратов при (ПАКП) на 19,1%, при (БПА) на 15,2 %, при (ИПА) на 21,4%.

По результатам анализа методики продлённой перидуральной анальгезии в послеоперационном периоде можно заключить, что данный

метод заметно снижает риск развития побочных эффектов от наркотических препаратов (нарушение дыхания, избыточная седация, кожный зуд и парез кишечника).

Рекомендации по исследованию: В раннем послеоперационном периоде при применении перидуральной анальгезии комбинация местных и наркотических анальгетиков является методом выбора. Дробное введение анальгетиков в перидуральное пространство после хирургического вмешательства у взрослых по схеме: 0,5% раствора бипувикаина (10-15 мг через 3 часа) и морфина 0,07-0,08 мг/кг (5 мг через 12 часа). При необходимости или по требованию пациента перидурально вводится дополнительная доза морфина по 1 мг в 3 мл физиологического раствора.

Капельное введение обезболивающих препаратов комбинацией с местными наркотическими средствами в перидуральное пространство после хирургического вмешательства на органах брюшной полости может быть рекомендовано с начальной скоростью 6 мл/час. При недостаточном эффекте скорость введения анальгетической смеси увеличивается на 1 мл каждый час.

Область применения: Анестезиология и реаниматология, хирургия

Аннотатсия
Достиев Латиф Раҳмонович

Бедардкунии перидуралӣ ва назорати самаранокии он баъд аз чарроҳӣ дар ковокии шикам

Калимаҳои калидӣ: бедардкунии перидуралӣ, дард, давраи баъдазчарроҳӣ, табобати интенсифӣ.

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои ташхис, назорат ва сифати бедардкунии баъдазчарроҳӣ ҳангоми даҳлатҳои чарроҳӣ дар ковокии шикам.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 96 нафар беморон баъд аз даҳлатҳои чарроҳии дараҷаи вазниниашон гуногун дар узвҳои ковокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, баъд аз дастамалҳои чарроҳӣ дар шароити шӯбаи анестезиология ва эҳёи МД Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон “Шифобахш” буданд.

Маводи таҳқиқот. Маводи таҳқиқот сатҳи возеҳияти алоими баъдазчарроҳии дард дар заминаи тарзҳои гуногуни якҷояномаи воридсозии бедардкунандаҳои мавзӣ ва нашъадор дар фосилаи перидуралӣ мебошад.

Маводҳои омӯзиши илмӣ баҳодиҳии ҳолати бемор дар давраи пеш аз чарроҳӣ ва давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ, таъсир ба раванди онҳо бо усулҳои гуногуни бедардкунии баъдазчарроҳӣ мебошад.

Усулҳои таҳқиқот: Дар қор усулҳои клиникӣ-лабораторӣ, биохимиявӣ ва омории таҳқиқот истифода бурда шуданд. Методологияи қор аз таҳлили усулҳои бонизом ва маҷмуии маълумоти адабиёт, клиникӣ, лабораторӣ ва таҷҳизотии таҳқиқот иборат ёфтааст. Усулҳои, ки дар қор истифода шудаанд: ҳулосагирии таҳлили адабиёт оид ба масъала; таҳлили тарҷеи таърихҳои беморӣ бо муайянномаи шумораи вохӯриш, сабаби баамалони бемории асосӣ, оризаҳои он, ҷанбаҳои мушкилидор дар ташхис ва табобати гурӯҳи мазқури беморон; таҳияи тарҳи таҳқиқот ва табобат дар гурӯҳи бартаридошта; қорқарди омории натиҷаҳо ва ғайра. Муоинаи ҳолисонаи клиникӣ-лаборатории беморон. Бо ёрии усулҳои дар боло зикрқардидаи муоинаи клиникии беморон барои баҳодиҳии ҳолати умумии ниёзманд, муайян кардани мавҷудияти беморҳои ҳамрадиқ ва нишонаҳои талофинопазирии он имконият ба миён омад.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоари онҳо: Бедардкунии перидуралӣ ба нишондодҳои асосии қардиши хун, нафас ва ҳомеостаз таъсири манфӣ намерасонад. Тасриби якҷояномаи бедардкунандаҳои нашъадор ва мавзӣ дар минтақаи перидуралӣ дар давраи баъдазчарроҳӣ

барои кам кардани масрафи бедардкунандаҳои мавзёи Ҳангоми (БПН) то 8,2%, Ҳангоми (БХП) то 6,3%, Ҳангоми (БТП) то 10,5% ва маводҳои нашъадор Ҳангоми (ПАКП) то 19,1%, Ҳангоми (БПА) то 15,2 %, Ҳангоми (ИПА) то 21,4% имконият медиҳад.

Мувофиқи натиҷаҳои таҳлил усули бедардкунии дарозкардашудаи перидуралӣ дар давраи баъдазчарроҳӣ метавон хулоса баровард, ки усули мазкур ба таври возеҳ хавфи баамалоии таъсироти номатлубро аз маводҳои нашъадор (вайроншавии нафас, хоболудии зиёд, хориши пӯст ва нимфалачи рудаҳо)-ро паст менамояд

Тавсияҳо оид ба таҳқиқот: Дар давраи барвақтии баъдазчарроҳӣ, Ҳангоми истифодаи бедардкунии перидуралӣ якҷояномаии бедардкунандаҳои мавзёи ва нашъадор, усули интиҳоб мебошад. Воридномаии қисмии бедардкунандаҳо дар минтақаи перидуралӣ баъд аз даҳолати чарроҳӣ дар калонсолон мувофиқи нақша: маҳлули 0,5% бупивикаин (10-15мг баъд аз 3 соат) ва морфин 0,07-0,08 мг/кг (5 мг баъд аз 12 соат). Ҳангоми зарурият ё бо дархости ниёзманд вояи иловагии морфин бо 1 ммг дар 3 мл маҳлули физиологӣ ба таври перидуралӣ ворид карда мешавад.

Воридномаии катрагии маводҳои бедардкунанда дар ҳамроҳномаии бедардкунандаҳои мавзёи ва маводҳои нашъадор дар минтақаи перидуралӣ, баъд аз даҳолати чарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам, бо суръати оғоз ёфтани 6 мл/соат тавсия кардан мумкин аст. Ҳангоми самарани нокифояи суръати воридномаии омехтаи бедардкунанда бо 1 мл ҳар як соат зиёд карда мешавад.

Соҳаи истифоданамоӣ: Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ, чарроҳӣ.

Annotation
Dostiev Latif Rakhmonovich
Peridural analgesia and monitoring of its effectiveness after abdominal operations

Keywords: peridural analgesia, pain, postoperative period, intensive care.

Purpose of the research. Improve the results of diagnosis, control and quality of postoperative analgesia in abdominal surgery interventions.

Object of research. The object of the study was 96 patients after various degrees of severity of surgical interventions on the abdominal organs in the period from 2014 to 2016, after surgical procedures in the conditions of the Department of Anesthesiology and Resuscitation of the National Medical Center of the Republic of Tajikistan "Shifobakhsh".

Research methods. The work uses clinical and laboratory, biochemical and statistical methods of research. The methodology of the work is based on a systematic and comprehensive analysis of the literature data, clinical, laboratory and instrumental research methods. Methods used in the work: analytical review of the literature on the problem; randomization of study groups; retrospective analysis of medical histories with the identification of the frequency, causes of the main pathology, its complications, problematic aspects in the diagnosis and treatment of this category of patients; development of the design of the study and treatment in the prospective group; statistical processing of the results, etc. Objective clinical and laboratory examination of patients. With the help of the above-mentioned methods of clinical examination of patients, it became possible to assess the general condition of the patient, identify the presence of concomitant pathology and signs of its decompensation.

The results obtained and their novelty. Peridural analgesia does not

have a negative effect on the main indicators of blood circulation, respiration and hemostasis. Infusion of a combination of narcotic and local anesthetics into the peridural space in the postoperative period can reduce the consumption of local anesthetics in the following cases: PACP – 8,2%, BPA – 6,3%, IPA – 10,5% and of opioids - PACP – 19,1%, BPA – 15,2%, IPA – 21,4%.

According to the results of the analysis of the method of prolonged peridural analgesia in the postoperative period, it can be concluded that this method significantly reduces the risk of side effects from narcotic drugs (respiratory disorders, excessive sedation, itching and intestinal paresis).

Recommendations for the study: in the early postoperative period, when using peridural analgesia, a combination of local and narcotic analgesics is the method of choice. Fractional administration of analgesics into the peridural space after surgery in adults according to the scheme: 0.5% solution of bupivacaine (10-15 mg after 3 hours) and morphine 0.07-0.08 mg/kg (5 mg after 12 hours). If necessary or at the request of the patient, an additional dose of morphine is administered peridurally, 1 mg in 3 ml of saline solution.

Drip administration of painkillers in combination with local and narcotic drugs into the peridural space after surgery on the abdominal organs can be recommended at an initial rate of 6 ml / hour. If the effect is insufficient, the rate of administration of the analgesic mixture increases by 1 ml every hour.

Scope of application: anesthesiology and resuscitation, surgery.