

**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,
заведующий кафедры Урологии
«ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты:

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

Косимов Зайниддин Каримович,
кандидат медицинских наук,
заведующий кафедры анесте-
зиологии и реаниматологии ГОУ
«ИПОвСЗ РТ»

Оппонирующая организация:

Учреждение «Кыргызская Госу-
дарственная Медицинская Ака-
демия им. И.К. Ахунбаева»

Защита диссертации состоится «____» 2021 г. в
«____» часов на заседании диссертационного совета 6Д.КОА-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 дискутабельными 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. Загорулько, 2016; С.В. Виридов, 2016; С. Meuders [et al.], 2010; J.B. Dahl, 2009].

До настоящего времени отсутствуют единная 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 – оценка 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; B.F. 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. Buwanendran, 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 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. Гаряев, 2013; Р.В. Гаряев, 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; A.A. Bamigboye [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 патологией 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 патологией 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 гемостаза 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 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.

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 гемостаза, 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 проводились 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 гемостаза, 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 гемостаза 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 гемостаза, 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 введение 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 гемостаза 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 (бюллюсная 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 (бюллюсная перидуральная анальгезия) на 15,2%, в третьей группе (инфузионная перидуральная анальгезия) на 21,4 % и, соответственно, частоту возникновения побочных эффектов в сравнении с бюллюсной 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 статистический 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 Евразиатском 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 экспертом 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 118 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 исследование включены больные, оперированные на органах брюшной полости в плановом и срочном порядке в НМЦРТ в период с 2014 по 2016 гг. Изучено 96 пациентов в возрасте от 15 до 60 лет (средний возраст $37,5 \pm 2,5$ года), получавших в раннем послеоперационном периоде перидуральную

анальгезию с комбинацией местного анестетика (0,5% раствора бипувикаина) и морфина, из них 65 (67,7%) мужчин и 31 (32,3%) женщин. В I группе средний возраст составил $39,5 \pm 2$, 1 года, во II группе - $40,3 \pm 2,1$ года, в III группе - $41,3 \pm 2,3$ года. Пациенты до 19 лет составили 17, до 30 лет - 16, до 45 - 29, до 60 лет - 29, старше 60 лет были 5 больных. Основное количество пациентов, входящих в исследование, составили лица трудоспособного возраста. Так, в возрасте до 60 лет был 91, или 94,8% больной. Во всех группах мужской пол был преобладающим. Лица молодого и среднего возраста составили больше 62%, т.е. почти 2/3.

В зависимости от варианта проводимого перидурального обезболивания пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 28 (29,2%) больных, которым с целью коррекции болевого синдрома на раннем этапе проводили перидуральную анальгезию с применением местного анестетика автоматическим шприцем - 0,5% раствора бипувикаина и наркотического препарата морфина. В данной группе больных мужчин было 19 (67,9%), женщин - 9 (32,1%) все с патологией брюшной полости, требующей хирургического вмешательства;

Во вторую группу вошли 32 (33,3%) пациента, которым применяли методику перидуральной анальгезии в режиме болюсного введения местного анестетика и опиоида через заданные временные интервалы и по требованию самого пациента. Из них 22 (68,8%) мужчины и 10 (31,2%) женщин.

В третью группу вошли 36 (37,5%) пациентов 24 (66,6%) мужчин и 12 (33,4%) женщин, у которых послеоперационная анальгезия проводилась в виде постоянной перидуральной инфузии 0,5% раствором бипувикаина в комбинации с наркотическим препаратом морфином.

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 ($c\text{Na}^+$), калия ($c\text{K}^+$), а также показателей кислотно-основного состояния и газов крови выполнены с помощью анализатора ABL800 FLEX фирмы RADIOMETER (Россия). Мочевина (метод дианэтилмонооксимом) и креатинин (реакция Яффе) были определены реактивами фирмы ЗАО – ЭКО лаб. аппаратом Bayer RA – 50, ферменты (АлТ, АсТ) общепринятыми способами. Реактивами фирмы Vital колориметрическим

методом на аппарате Bayer RA – 50 определяли показатели глюкозы. Белок – биуретовым, билирубин – колориметрическим методом Ендрассика – Гофа определены реактивами фирмы Vital аппаратом BayerRA – 50. Изучение показателей кислотно-основного состава крови и его компонентов (р_aO₂, рCO₂, SO₂, pH, BE, SB) проводили на аппарате MEDICA Easy Stat. Гемоглобин определяли колориметрическим способом, гематокрит – классическим способом.

Для изучения процессов свертывания крови использован анализатор BC-5150 фирмы «Mindray» (Китай) по параметрам: фибриноген, этаноловый тест, активированное время рекальцификации (АВР).

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

Метод капиллярной вискозиметрии опирается на закон Пуазейля о вязкой жидкости, описывающий закономерности движения жидкости в капилляре.

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.

Эхокардиографические исследования центральной гемодинамики (ЭхоКГ) проводили на аппарате Acuson 128XP/4m по общепринятой методике. Исследование проводилось при горизонтальном положении больного, через апикальный и субкостальный доступы. Для расчета временных интервалов одновременно со спектром потоков крови записывались моменты открытия и закрытия клапанов легочной артерии.

Физиологические методы исследования состояли из оценки следующих параметров:

1. Оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (Visual Analog scale). 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 рассстояние 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 периуральное 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.

Обработка вариационных рядов включала расчет средних величин, среднеквадратического отклонения, стандартной ошибки средней. При сравнении полученных параметров использованы двусторонний t-критерий Стьюдента для независимых парных выборок и %-тест.

Достоверными признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95%, с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений. Сравнительный анализ независимых переменных (между группами) проводился критерий Манна - Уитни. Для исследования зависимостей между переменными использован ранговый корреляционный анализ Спирмена. Результаты математических расчетов представлены в форме промежуточных и итоговых статистических таблиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами выполнено оперативных вмешательств требует реальной оценки операционно-анестезиологического риска у больных пожилого и старшего возрастов, у которых чаще встречается сочетанное повреждение органов брюшной полости. При определении возможности выполнения оперативных вмешательств необходимо совместно с хирургами определить тяжесть

общесоматической патологии пациента, обусловленной как основным, так и сопутствующим заболеваниями, объем оперативного вмешательства, предполагаемую длительность и травматичность операции, очередность выполнения этапов сочетанного вмешательства.

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 (pH , ВЕ, гемоглобина, гематокрит, АлТ, АсТ, глюкозы крови, креатинина, билирубина, уровня массы средних молекул, 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 инфузационно - трансфузционной 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 гемодилюция, 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, адекватное 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 межгрупповых 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. Аналгетический 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 группе 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 различиями 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 1 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 $5,6\pm1,0,3$ часов в группе с перидуральной анальгезией и $5,9\pm0,2$ 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 1 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 различия значения индекса напряжения ($p < 0,01$).

У пациентов с периуральной 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 переделах 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 симпато-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 бипувакайна 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 бипувакайна не превышал максимально допустимой суточной дозы, составляющей 400 мг для перидурального введения. В группе больных с перидуральной анальгезией, контролируемой пациентом, максимальная суточная доза бипувакайна 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 бипувакайна, 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 ($PL^0.017$), 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 вмешательства 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 ОППС.

Для оценки общего состояния больного при применении перидуральной анальгезии необходимо исследование показателей

гемостаза. Лабораторные методы исследования некоторых показателей гемостаза 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 бипувикаина малой концентрации в комбинации с морфином.

Интенсивная боль является одним из факторов стимуляции катаболитического гормонального ответа, задержки воды и натрия в связи с увеличением секреции АДГ и альдестерона, 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 инфузционной 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 наркозона.

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, 2, 4, 6, 7].

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

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 дробным введением препаратов на 21,4% [1, 2, 4, 5, 6, 7].

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, 4, 5].

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, 2, 4, 6, 8].

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, 4, 6, 7, 8].

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 бипувикаина 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 бипувикаина (10-15 мг через 3 часа) и морфина 0,07-0,08 мг/кг (5 мг через 12 часов). 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 опиоидиндукционных

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. Фатхулоев, Х.А. Шамсода // Вестник последипломного 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 - периуральная анальгезия, контролируемая пациентом
Нв - гемоглобин
NMDA - N-метил-D-аспартат

**МД «МАРКАЗИ ҘУМҲУРИЯВИИ ИЛМИЮ КЛИНИКИИ
ПЕДИАТРИЙ ВА ҶАРРОҲИИ КЎДАКОНА»**

Ба хуқуки дастнавис

УДК 616-089.5

ДОСТИЕВ ЛАТИФ РАҲМОНОВИЧ

**БЕДАРДКУНИИ ПЕРИДУРАЛӢ ВА НАЗОРАТИ
САМАРАНОКИИ ОН БАҶД АЗ ҶАРРОҲИХО ДАР
КОВОКИИ ШИКАМ**

**АВТОРЕФЕРАТ
рисола барои дарёфти дараҷаи илми
номзади илмҳои тиб
бо ихтисоси 14.01.20 – Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ**

Душанбе – 2021

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

Роҳбариилмӣ:

Шамсиев Ҷамолдин Амириевич,

доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи урологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ:

Рахматова Рухшона Акрамовна,

доктори илмҳои тиб, асистенти кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Қосимов Зайниддин Каримович,

номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ «ДТБКСТ ҶТ»

Муассисаи тақриздиҳанда:

Муассисаи «Академияи давлатии тибиии Қирғизистон ба номи И.К. Ахунбаев»

Ҳимояи рисола «_____ 2021с. соати «_____» дар ҷаласаи Шурои диссертационии 6D.KOA-056 дар назди Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи 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 сомонаи расмии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (www.ipovszrt.tj) шинос шуд.

Автореферат фиристонида шуд «___» ____ 2021__ сол.

**Котиби илмии
Шурои диссертационӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент**

Л. Сайдуллоев

МУҚАДДИМА

Мубрамият ва зарурияти гузаронидани таҳқиқот мувофиқи мавзӯи рисола. Яке аз масъалаҳои муҳим ва рӯзмарои анестезиологии мусир тасҳехи саривактӣ, пешгирӣ ва табобати дард мебошад. Ва агар аксарияти масъалаҳои бедардкуни давраи ҷарроҳӣ бо як қадри коғӣ ҳали ҳудро ёфта бошанд, пас масъалаи пешгирӣ ва табобати алоими дард давраи байдазҷарроҳӣ ҳамнӯз ҳам баҳсталаб бокӣ монда, такмили минбаъдаро талаб менамояд. Вобаста ба ин масъалаи дард ва тасҳехи он ҳангоми бемориҳои ҷарроҳӣ дар тибби мусир мавқеи пешсафро ишғол намуда, маводи тақиқоти ҳамаҷониба мебошад [А.А. Антипов, 2014; Ю.В. Думанский, 2013; М.Г. Егоров, 2016, О.И. Загорулько, 2016; С.В. Виридов, 2016; С. Meuders [et al.], 2010; J.B. Dahl, 2009].

То имрӯз тарз ва услуи ягонаи бедардкуни дарозкардашудаи периуралӣ байд аз даҳолати ҷарроҳӣ дар узвҳои МР мавҷуд нест ва инчунин масъалаҳои назорат ва идоракуни алоими дард, баҳодиҳии самаранокии натиҷаҳои гузаронидани бедардкуни дар соатҳои аввали байдазҷарроҳӣ ҳали ҳудро наёфтаанд.

Табобати натиҷавии алоими дард байд аз даҳолати ҷарроҳӣ азхудкардани усуљҳои гуногуни баҳодиҳии бонизоми дардро дар асоси ҳам ҷадвалҳои субъективӣ-шифой, баҳодиҳӣ-дараҷавӣ ва биной-шабехиятӣ ва ҳам маҳақҳои холисона-баҳодиҳии сатҳи шиддатнокии системаи аҳшоии асад талаб менамояд. Ҳангоми тасҳехи алоими дард байд аз даҳолати ҷарроҳӣ бояд ягонагии ақидаи анестезиологро нигоҳ дошт.

Сатҳи коркардгаштагии вазифаи илмӣ. Ворид кардани техналогияҳои нав ва васеъ кардани даҳолатҳои ҷарроҳӣ, масъалаҳои бурдани байдазҷарроҳӣ 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 муশоҳиданамоии сарирӣ доир ба даҳолати ҷарроҳӣ ва барқарорнамоии минбаъдаи оғият, ҳусусан дар ҳавфи возехи баамалоии оризаҳо, ба илова, тасҳехи идоранамоии алоими дард дар давраи байдазҷарроҳӣ 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 бедардкуни комилан мувоғиқ ба ҳисоб меравад [В.А. Гольбрайх, 2019; М.Л. Гомон, 2014; S.A. Schug [et al.], 2016, R.M.Garcia [et al.], 2013]. Тасҳех ва идора кардани алоими дард баъд аз даҳолатҳои ҷарроҳӣ равандҳои асосии мутахассисон дар шуъбаи эҳёгари ҷаҳонӣ ва табобати интенсивӣ ба шумор мераванд. Омиљои зиёди мављудбудаи истифодабарии бедардкунандањои нашъагӣ, то, дар ваќти լъарроњӣ ва баъд аз даҳолати լъарроњӣ нисбата мувоғиқӣ ва дуруст шуморида намешаванд. Истифодабарии бедардкунандањо мувоғиқи талабот ба таѓийирёбии нишондодњои լараённи хун аз њисоби нороњатии эъносотӣ ва њиссиёти тарс оварда мерасонад. Алоими дард ба вайроншавии таносуби системањои гуногун оварда расонид, дар заминаи беморињои њамрадиф ва омиљои хавфи мављудбуда (беморињои узвњои гардиши хун, диабети қанд, фарбенї) вазнинтар мешавад. [В.И. Чиссов, 2013; Т.Ш. Закиров, 2019; Д.И. Ильясова, 2017, A. Fassoulaki [et al.], 2012].

Баамалоии алоими дард дар давраи баъдазъарроњӣ ва тасъењи номувоғиқӣ ба таѓийирёбии вазифањои њаётан муњими организм ва баамалоии иллатњои вазнини онњо, то норасогии бисёрузвӣ оварда мерасонанд [Д.В. Заболотский, 2017; С.С. Киреев, 2014; А.М. Овечкин, 2016; A. Buvanendran, 2009; I. Nurten [et al.], 2007; A. Gottschalk, 2010]. Қайд кардан зарур аст, ки зиёдшавии алоими дард баъд аз даҳолати լъарроњӣ, дар навбати аввал бо њаракати беморон вобаста мебошад, ки бештар аз њама њангоми даҳолати լъарроњӣ дар ковокии шикам возењтар аст. Њангоми լъарроњињо дар қафаси сина дар заминаи зиёдшавии алоими дард косташавии гардиши њавои шушњо ва камоксигении хуни бо он вобаста буда, њамроњшавии норасони нафас бо илтињоби минбаъдаи баъдазъарроњии шушњо ва оризањои 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 бедардкуни дуруст дар соатъои аввали баъд аз даҳолати լъарроњӣ, яке аз масъалањои асосии табобат ва барќарорномоии оғияти беморони гурӯйни 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 масъалањои дар амалия ворид кардани бедардкунандањои нав, усули бурдани онњо, ки њам дар лъумњурӣ ва њам берун аз он таваъуњи зиёдро ба миён меоварда, мунтазам баррасӣ крада мешавад [Д.Ю. Белоусов, 2014; Р.В. Гаряев, 2013; Р.В. Гаряев, 2018; Н.А. Долинко, 2013; S. Niyogi [et al.], 2011]. Њамзамон таълими сарирӣ дар раванди мазкур аз љанбањои њалнашудаи дарди баъдазъарроњӣ шањодат медињад. Оризањои зиёд дар масъалаи мазкур

таńияи минбаъдаи протокольои бурданро талаб менамоянд.

Дар давоми даńсолањои охир сифати бедардкунии баъд аз лъарроňї ва шумораи натиљањои манғфї мувофиќи маълумоти таńкиќоти сершумор дар беморон паст нашуда, бенињоят баланд боќї мемонанд [Т.Ш. Икромов, 2015; О.П. Липыч, 2018; З.Н. Набиев, 2015; Н.А. Осипова, 2013; E. Gramigni, 2013]. Баъд аз даҳолати лъарроňї ва усуљои гуногуни гузаронидани бедардкунї, нъам доруворї ва нъам бидуни доруворї, зиёда аз 60%-и bemorон аз сатни гуногуни шидатнокии алоими дард шикоят мекунанд. Маълумоти адабиётї нишон медињанд, ки табобати алоими дард баъд аз даҳолати лъарроňї дар аксаријати нъолатњо бо маводъюи нашъадор гузаронида мешавад [А.В. Андреев, 2020; Л.А. Левченко, 2017; Н.А. Осипова, 2013; E. Margret [et al.], 2008]. Нъангоми даҳолати дарозмуддат ва вазнини лъарроňї барои мувофиќнамои бедардкунї зарурати ворид кардани миќдори зиёди наркотикњо, ки аз меъёрюи дар протокольо тавсияшуда зиёд мебошанд, ба миён меояд [Л.А. Медведева, 2016; S. Karvonen, 2008; А.А. Bamigboye [et al.], 2009]. Зиёд кардани вояи бедардкунандањои нашъадор сабаби авълигии оризањои зиёд (вайроншавии назми кашишхурии дил, суст шудан ва қатышавии нафас, вайроншавии вазифаи узвюи меъдаю руда ва ғайра) мегардад. Тарзи мањуднамои ворид кардани вояюи шабонарӯзї ва пешгирии оризањо ба авълигии дард ва вайроншавии вазифаи узв ва системањо оварда мерасонад [R. Polomano, 2008].

Табобати алоими дард, хусусан дар соатњои аввали баъд аз даҳолати лъарроňї, масъалаи мубрами тибби сарирї мебошад. Тараќии технологияњои мусосир, хусусан дар соњаи тиб, барои лъўстуль ё ва дар амалияи клиникї ворид кардани усуљои нави бедардкунї, ки батанзимдарои лъараёни хунро дар соатњои аввали баъд аз даҳолати лъарроňї имконпазир менамояд ва бо ин оризањои баъдильларроњиро кам менамояд, шароит фаронъам месоваранд.

Асосъои назариявї ва методоогии таńкиќот

Асосъои назариявии таńкиќот зањматъои олимони ватанї ва хорилї оид ба масъалаи бедардкунии баъдазлъарроňї дар bemorон бо bemoriюи узвюи ковоки шикам мебошанд. Тарзи тафриќотии бедардкунии баъдазлъарроњии bemorон бо дарназардошли сину сол, вазнини нъолати bemorон, bemoriюи нъамрадиф, намуд ва хусусияти даҳолати лъарроњии дарпешистода ва интихоби усули бедардкунї мұнъимтар мебошад. Маводи ваколатии МД Маркази миллии тибии «Шифобахш» барои асоснок кардани интихоби бедардкунии баъдазлъарроњии bemorон бо bemoriюи шикам нъамчун усули самаранок имконият медињад.

ХУСУСИЯТИ УМУМИИ КОР

Ма́ксади та́ньки́кот. Бењтар кардани натильянои ташхис, назорат ва сифати бедардкуни байдазъаррои ъянгоми дахолатъои лъаррои дар ковокии шикам.

Объекти тахқиқот. Объекти тањкиќот 96 нафар беморон байд аз дахолатъои лъаррои даралъаи вазниниашон гуногун дар узвъои ковокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, байд аз дастамалъои лъаррои дар шароити шуъбаи анестезиология ва эъёи МД Маркази миллии тиббии йумъурии Тољикистон “Шифобахш” буданд.

Маводи тањкиќот. Маводи тањкиќот сатъи возењияти алоими байдазъаррои дард дар заминаи тарзъои гуногуни якъојяномои воридсозии бедардкунандањои мавзеи ва нашъадор дар фосилаи периуралӣ мебошад.

Маводъои омӯзиши илмӣ баъодињии юлати бемор дар давраи пеш аз лъаррои ва давраи барваќтии байдазъаррои, таъсир ба раванди онъо бо усуљои гунонуни бедардкуни байдазъаррои мебошад.

Вазифањои тањкиќот

1. Бањо додани самаранокии бедардкуни перидуралӣ дар давраи барваќтии байдазъаррои дар беморон пас аз дахолатъои лъаррои дар узвъои ковокии шикам.

2. Муайян кардани ањамияти ташхисии кардионазмнигорӣ ъамчун усули ғайримустаќими алгезиметрӣ.

3. Муайян кардани юлати вазоифии гемостаз ва лъараёни хун дар беморон бајд аз дахолатъои лъаррои дар узвъои ковокии шикам.

4. Бањо додани масрафи бедардкунандањои мавзеи ва нашъадор ъянгоми истифодай намудъои гуногуни бедардкуни перидуралӣ дар давраи барваќтии байдазъаррои вобаста аз тарзи вориднамоӣ.

5. Ошкор кардани шумора ва возењияти таъсироти номатлуб аз истифодай перидуралии бедардкунандањои мавзеи ва нашъадор вобаста аз тарзи вориднамоӣ.

Усуљои тањкиќот

Дар кор усуљои клиникӣ-лабораторӣ, биохимиявӣ ва омории тањкиќот истифода бурда шуданд. Методологияи кор аз тањлии усуљои бонизом ва маъмуни маълумоти адабиёт, клиникӣ, лабораторӣ ва таъњизотии тањкиќот иборат ёфтааст. Усуљое, ки дар кор истифода шудаанд: хулосагирии тањлилии адабиёт оид ба масъала; тањлили таръеени таърихъои беморӣ бо муайяннамои шумораи воҳӯриш, сабаби баамалоии бемории асосӣ, оризанъои он, лъанбањои мушкилидор дар ташхис ва табобати гурӯъи мазкури беморон; таъияи тарни тањкиќот ва табобат дар гурӯъи бартаридошта; коркарди омории натильяо ва ғайра. Муоинаи холисонаи клиникӣ-лаборатории беморон. Бо ёрии усуљои дар

болово зикргардидаи муоинаи клиникии беморон барои баъодињии ъолати умумии ниёзманд, муайян кардани мављудияти беморињои ъамрадиф ва нишонањои талофинопазирӣ он имконият ба миён омад.

Инчунин истифодаи усуљои иловагии таъкиқот (таънизиотӣ, физикалӣ ё лаборатории ташхис) бо маќсади назорати лъараёни сатъи алоими дард ва муайян кардани самаранокии бедардкунии периуралӣ ъянгоми тасъењи он.

Соъни таъкиқот

Соъни таъкиқоти кори мазкур ба шинонсомаи КОА назди Президенти йўмурори Тольикистон бо ихтисоси 14.01.20. –Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ мувофиқат менамояд: 3.1. Муайян кардани сатъи хавфи анерестезиологӣ ва лъарроњӣ дар беморон ъянгоми даҳолати лъарроњӣ. 4.1. Баъодињии шиданокии дард барои назорати самараи бедардкунӣ мувофиқи лъадвали биної-шабеъӣ.

Маръилањои таъкиқот

Дар маръилаи аввали навиштани рисола наќшай пайдарњамии гузаронидани таъкиқот тартиб дода шуд, ки асоси онро таълили адабиёти илмии барои мо дастар буда ва мушоњидањо дар амалия ташкил кард. Баъд аз тартиб додани мавзӯъ, маќсад ва вазифањои рисола, лъамъ кардани ниёзмандон бо муоинаи пурраи онъо оғоз ёфт. Аз лъониби мо ъолнома, клиника, нишондодњои гемостаз, беморињои ъамрадиф, натиљањои табобати гузаронидашуда омӯхта шуданд. Натиљањои ањамиятдоштаи событноки омории кор дар коръои нашргардида, тасвир карда шуданд. Бо дарназардошти натиљањои бадастомада тарзи амалнамоии мальмумии патогенетики асосонок ъянгоми бедардкунӣ дар давраи бъядзъарроњӣ дар беморон бо беморињои лъарроњии узвњои ковокии шикам коркард карда шуд.

Заминаи асосии маълумотӣ ва таъкиқотӣ

Дар лъараёни кор аз болои рисола натиљањои таъкиқот оид ба мувофиќномаи таъминоти анерестезиологии беморон, ки дар коръои (рисолањо, монографияњо, мақолањои илмӣ) муаллифони ватанӣ ва хорилӣ тасвир гардидаанд ва дуруст тафсир кардани натиљањои бадастомада имконият медињанд, омӯхта шуданд. Таъкиқот дар манбаи Муассисаи давлатии “Маркази ўзбекистоний илмӣ-амалии педиатрии ва лъарроњии кӯдакона”-и ВТ ва ЊИАЛТ гузаронида шудаанд.

Событнокии натиљањои рисола

Сатъи событнокӣ аз гузаронидани таъкиқи нишондодњои лъараёни хун, системаи гемостаз, ъолати атсидӣ-асосӣ, туршшавии перекисии липидњо дар 96 нафар беморон баъд аз даҳолатиои лъарроњии сатъи

вазниниашон гуногун дар узвъюи ковокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, пас аз дастамалъои таъхирнопазири лъарроңи дар шароитъюи шульбаи анестезиологияваэньёи МД “Маркази миллии тибии ҶТ “Шифобахш” бо истифодаи усульюи босифати гузаронидани таълилъои лабораторӣ ва кооркарди омории натиљаи бадастомада, асос ёфтааст.

Навоварии илмӣ

Самаранокӣ ва бехатарии истифодаи бедардкунни перидуралӣ барои рафъи алоими дард баъд аз даҳолати лъарроңи дар маръилаъои барвақтӣ дар ниёзмандон пас аз лъарроњинъо дар узвъюи ковокии шикам сабит карда шуданд. Усули объекткунонӣ ва назорати баъодињии дард баъд аз даҳолати лъарроңи дар давраи барвақтӣ коркард карда шуд.

Сабит карда шуд, ки бедардкунни перидуралӣ ъянгоми даҳолати лъарроңи дар узвъюи ковокии шикам бо бонизомии системаи гардиши хун, нафас ва нишондодъои гемостаз дар маръилаъои барвақтӣ мегузарад. Бо бедардкунни перидуралӣ на танъю баланшавии самаранокии бедардкунни баъдазъарроңи, балки бамеърдароии нишондодъои суръати ъарақати хун мушоњид карда мешавад.

Самаранокии иќтисодӣ ва кам шудани шумораи воҳӯрии баамалоии оризањо ъянгоми бедардкунни перидуралӣ муайян карда шуд.

Аъамияти назариявии таъкиқот

Дар асоси тағйироти умумии муайянгардида, тарзи гузаронидани бедардкунни перидуралӣ дар якъоянамоӣ бо бедардкунандай нашъадор дар маръилаъои барвақтии даҳолати баъдазъарроңи коркард карда шуд.

Сабит карда шуд, ки дар беморон баъд аз даҳолати лъарроңи дар узвъюи ковокии шикам истифодаи бедардкунандай перидуралӣ бо бонизомии гардиши хун мегузарад.

Сабит карда шуд, ки назорати иллатъо дар системаи гемоастаз, гардиши хун дар даври калон ва хурди он барои муайян кардани хусусияти иллатъо имконият дода, барои дар маръилаъои барвақтии табобат мувофиқ намудани пешгирии оризањо шароит фароњам меоварад. Ворид кардани усульюи нави муосири самараноки рафъи алоими дар ва назорати бонизомии бедардкунӣ баъд аз даҳолати лъарроңи дар беморон, хусусан бо сатъи баланди хавфи даҳолати лъарроңи, вазифањои асосии анестезиолог ва реаниматологъо дар давраи баъдазъарроңи мебошад.

Аъамияти амалӣ

Тарзи табобати алоими дард бо истифодаи бедардкунни перидуралӣ дар шароитъюи шульбаи эъё ва табобати интенсивии ММТ ҶТ “Шифобахш” коркард карда шудааст.

Тарзи гузаронидани бедардкунини периудуралі дар якъоянамої бо бедардкунандаи нашъадор дар маръилаюои барваќтии дахолати баъдазъарроњ дар узвъюи ковокии шикам коркард карда шуд.

Собит кард, ки дар беморон баъд аз дахолати лъарроњ дар узвъюи ковокии шикам истифодаи бедардкунини периудуралі бо бонизомии гардиши хун мегузарад.

Тарзи истифодаи бедардкунини периудуралі дар давраи баъдазъарроњ дар коркард карда шуд, ки барои мањдуд намудани возењияти стресс-љавоби лъарроњ ва таѓироти номатлуби суръати ъаракати хун ва гардиши мавзии хун имконият медињад.

Масъалаҳое, қибариҳимояпешниҳодкардамешаванд

1. Бедардкунини периудуралі дар давраи барваќтии баъдазъарроњ, усули бештар самараноки рафънамоии алоими шадиди дард дар беморон бо беморињои узвъюи ковокии шикам дар муќоиса бо усуљои анъанавии вориднамоии маводњо (дохиливаридӣ, дарунимушакӣ) мебошад.

2. Кардионазмнигорӣ метавонад усули мушаххаснамоии бањодињии дар дар давраи барваќтӣ пас аз дахолат дар узвъюи ковокии шикам бошад.

3. Муайян кардани ъолати вазоифии гемостаз ва гардиши хун барои холисона бањо додани ъолати умумии беморон дар давраи баъдазъарроњ имконият медињад.

4. Бедардкунини периудуралі ба системаи гардиши хун, нафас ва дигар нишондодњои гемостаз дар давраи барваќтии баъдазъарроњ таъсири манғӣ намерасонад, аммо усули бедардкунӣ лъавоби асабиэндокриниро ба лъарроњ самараноктар паст менамояд.

5. Истифодаи бедардкунини периудуралі ъамчун усули бедардкунини баъдазъарроњ барои паст кардани масрафи бедардкунандаюои мавзей имконият медињад: дар гурӯњи якум (бедардкунини периудуралӣ, аз љониби ниёзманд назоратшаванда) то 8,2%, дар гурӯњи дуюм (бедардкунини периудуралии ъабӣ) то 6,3%, дар гурӯњи сеюм (бедардкунини периудуралии тазрибӣ) то 10,5 % ва маводњои нашъадор: дар гурӯњи якум (бедардкунини периудуралӣ, аз љониби ниёзманд назоратшаванда) то 19,1%, дар гурӯњи дуюм (бедардкунини периудуралии ъабӣ) то 15,2%, дар гурӯњи сеюм (бедардкунини периудуралии тазрибӣ) то 21,4 % ва мутаносибан шумораи баамалоии таъсироти номатлуб дар муќоиса бо бедардкунини периудуралии ъабӣ ва тасрибӣ.

Саъми шахсии муаллиф аз бевосита гузаронидани ъамаи маръилаюои таъќикот иборат мебошад. Аз љониби муаллиф шахсан муоинаи 96 нафар беморон лъарроњ дар ковокии шикам, ки ба онъо

бедардкунни периодуралі дар давраи баъдазъарроң амалі карда шуда, шахсан хулосагири таңқиқоти илмі ва нашрияњо доир ба мавзўи мавриди омӯзиш ќарор доштаи КИТ гузаронида шудааст ва тарзи бедардкунни периодуралии баъдазъарроң ва тавсири натиљањо дар компьютери шахсӣ ворид карда шуда, гирдоварӣ ва таңлили маълумоти илмі, вобаста аз мақсад ва вазифањои таңқиқот бо гурӯњо роњандозӣ гардидааст ва инчунин таңлили оморӣ, хулосагирӣ ва тавсири натиљањои бадастомада, ки дар асоси онњо муносабатио нав ба бедардкунни баъдазъарроңи беморони мазкур коркард карда шудааст, амай гардидааст.

Аз лъониби муаллиф мақоллањо тањия ва чоп шуда, баромадњо бо маърӯзањо дар конференсияњои илмі омода карда шуда, натиљањои КИТ дар шуъбањои соњавӣ ворид ва озмуда шудаанд.

Таңлили натиљањои бадастомада ва 100% коркарди оморӣ аз лъониби муаллиф мустақилона гузаронида шудааст. Йисай иштироки муаллиф дар лъамъоварии маълумоти илмі зиёда аз 85% ва дар хулосагирӣ ва таңлили натиљањои бадастомада 100% мебошад.

Пешнињоди кор ва маълумот оид ба натиљањои истифодабарӣ

Масъалањои асосии кори диссертационӣ дар съезд ва конференсияњо баррасӣ гардидаанд: Конференсияи солонаи илмӣ-амалии МДТ “Донишгоњи давлатии тиббии Толькистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (2017, 2018), съездъои V ва VI педиатръо ва лъарроњои кӯдаконаи Толькистон (2011, 2015, Душанбе); XI Конгреси педиатръои Аврупою Осиё (2011, Душанбе), лъаласањои Ассотсиатсияи лъароњон, анестезиологњо ва реаниматологњои кӯдаконаи Толькистон (2018), дар съезди якуми урологъои ЛТ (2011, Душанбе); Конференсияи илмӣ-амалии МДТ “Донишкадаи тањсилоти баъдидипломии кормандони соњаи тандурустии Ёумъурии Толькистон” бо иштироки коршиносони бурунмарзӣ (2017, 2018); кори диссертационӣ дар Шурои байнекадравии экспертӣ оид ба фанъои лъарроњии МДТ ДТБКСТ ЛТ расман маъқул дониста шудааст (2021).

Нашири натиљањои рисола

8 адад корњои илмӣ, аз лъумла 3 адад дар маъаллањои илмии таќризшаванд, ки аз тарафи КОА назди Президенти ЛТ ва КОА ФР тавсия карда мешаванд, ба нашр расидаанд.

Нъалм ва сохтори рисола

Рисола дар 119 сањифа даръ гардида, аз муқаддима, 4 боб, баррасии натиљањои бадастомада, хулоса ва рўйхати адабиёт, ки 147 сарчашмаро дар бар мегирад (79-тои он бо забони руссӣ ва 68-тои дигараш бо забони хориљӣ) иборат мебошад. Кор 19 лъадвал ва 4 расмро дар бар мегирад.

ТАРКИБИ КОР

Мавод ва усульюи тањќиќот. Дар тањќиќот бемороне шомил гаштаанд, ки узвъюи ковокии шикамашон бо тартиби наќшавӣ ва фаврӣ дар ММТ ЛТ дар давраи аз соли 2014 то соли 2016 лъарроњӣ карда шудаанд. 96 нафар беморон аз сини 15 то 60 сола (сини соли миёна $37,5\pm2,5$ сол), ки дар давраи барвактӣ байдазъарроњӣ бедардкуни перидуралиро бо якъоянамоии бедардкундандаи мавзеии (мањлули 0,5%-и бупивикаин) ва морфин гирифтаанд, аз онъю 65 (67,7%) мард ва 31 (32,3%) занъю буданд, мавриди омӯзиш қарор дода шуданд. Дар гурӯњи I-ум сину соли миёна $39,5\pm2,1$ сол, дар гурӯњи II - $40,3\pm2,1$ сол, дар гурӯњи III - $41,3\pm2,3$ 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 ниёзмандонеро, ки ба тањќиќот шомил буданд, шахсони сину соли қобили таваллуд ташкил намуданд. Масалан, дар сини то 60 сола 91 нафар ё 94,8% беморон буданд. Дар њамаи гурӯњњо лъинси мард бартарӣ дошт. Лъавонон вва шахсони сину соли миёна зиёда аз 62%, яъне қариб 2/3 њинисаро ташкил намуданд.

Вобаста аз намуди бедардкуни перидуралии гузаронидашуда, ниёзмандон ба се гурӯњ лъудо карда шуданд. Гурӯњи якумро 28 (29,2) беморон ташкил намуданд, ки бо маќсади тасъеъи алоими дард дар марњилаи барвактӣ бедардкуни перидуралӣ бо истифодай бедардкундандаи мавзеӣ бо сӯзандоруи автоматикӣ – мањлули 0,5%-и бупивикаин ва маводи нашъадори морфин гузаронида шуд. Дар гурӯњи мазкур беморони мард 19 нафар (67,9%), занъю -9 нафар (32,1%) ва њамаашон бо беморињои ковокии шикам, ки ба даҳолати лъарроњӣ эътиёљ доштанд, буданд;

Ба гурӯњи дуюм 32 (33,3%) ниёзманде, ки усули бедардкуни перидуралӣ дар рељаи вориднамоии бедардкундандаи мавзеӣ бо намуди њаб ва маводи нашъадор бо фоислаи ваќти додашуда ва бо талаботи худи беморо истифода карда шуд, шомил гаштанд. Аз онъю 22 нафараашон (68,8%) мардњо ва 10 нафараашон (31,2%) занъю буданд.

Ба гурӯњи сеюм 36 (37,5%) ниёзмандон шомил шуданд, ки аз онъю 24 нафараашон (66,6%) мардњо ва 12 нафараашон (33,4%) занъю буданд, ки дар онъю бедардкуни байдазъарроњӣ бо намуди тасриби мунтазами перидуралӣ бо мањлули 0,5%-и бипивикаин дар якъояї бо маводи нашъадори морфин гузаронида шуд.

Њолати умумии ниёзмандон, мављуд будани беморињои њамрадиф ва нишонањои талофинопазирӣ он бо ёрии усульюи мазкур баъо дода шуданд. •Муоинаи холисонаи клиникӣ-лаборатории беморон;• Акси рентгении қафаси сина;• Сабти барќии дил. Инчунин усульюи иловагии муоина

(тальызоті, физикалі ва ташхиси лабораторі), бо мақсади назорати лъараёні сатын алоими дард ва сатын таъсири бедардкунни перидуралі ба он истифода бурда шуданд.

Таъкикоти биохимиявии миқдори натрий ($c\text{Na}^+$), калий ($c\text{K}^+$) дар зардобай хун, инчунин нишондодьюо юлати атсиді-асосі ва газъои хун бо ёрии таълилкунандањои ABL800 FLEX ширкати RADIOMETER (Россия) амалї карда шуданд. Дурдаи пешоб (бо усули дианэтилмонооксим) ва креатинин (аксуламали Яффе) бо реактивъои ширкати ЗАО – ЭКО дастгоњи лаборатории Bayer RA – 50, ферментъои (АлТ, АсТ) бо усульюи умумиқабулгашта муайян карда шуданд. Бо реактивъои ширкати Vital бо усули колориметрі дар дастгоњи Bayer RA – 50 нишондодьюо глюкоза муайян карда шуданд. Сафеда – биуретонї, билирубин – бо усули колориметрии Ендрасик – Гоф бо реактивъои фирмаи Vital дар дастгоњи BayerRA – 50 муайян карда шуданд. Омӯзиши нишондодьюо юлати атсиді-асосии хун ва лъузъои он (раO₂, рCO₂, SO₂, pH, BE, SB) дар дастгоњи MEDICA Easy Stat гузаронида шуд. Гемоглобинро бо усули колориметрі ва гематокрит бо усули мұқаррапрі умайян карда шуданд.

Барои омӯзиши равандьюо лахташавии хун таълилкунандаи BC-5150 ширкати «Mindray» (Чин) мувофиқи нишондодьюо: фибриноген, тести намунавӣ, фольномоии ваќти рекалсификатсия (ФВР) истифода карда шуд.

Барои ташхиси фарбеңї зарibi вазни бадан (ЗВБ) истифода бурда мешавадд. Мубодилаи обї – электролитї, норасоии об бо фоормулаи Маннористин вамиллар муайян карда шуданд.

Усули лузульятсанљии мўйрагї аз қонуни Пуазейл оид ба обгунаи часпак, ки қонунияти њаракати обгунаро дар мўйрагњо шарњ медињад, асос ёфтааст.

Нишондодьюо гардиши марказии хун (њальми зарбагї, ќальми дақиқагии дил, зарibi дил) таъкик карда шуданд. Таѓийир ёфтани нишондодьюо гардиши марказии хун (ЊЗ, ЊДД, ЊНКД, ЗД, ШКД, ФШС) 10% бада дода мешаванд.

Таъкикоти эхокардиографиии гардиши марказии хун (ЭхоКГ) дар дастгоњи Acuson 128XP/4m бо усули умумиқабулгашта гузаронида шуд. Таъкикот дар юлати уфуќии бемор, тавассути роњи қуллагї ва дохиликабурғагї гузаронида шуд. Барои ъисоб кардани фосилањои ваќт дар як ваќт бо спектори лъараёнъои хун лаъзай күшодашавї ва мањкамшавии дорғотъои шараёни шушї бақайд гирифта шуданд.

Усульюи физиологиии таъкикот аз бањодињии нишондодьюо зерин иборат ёфтанд:

1. Бањодињии дард мувофики лъадвали биної-шабењ (ЛБШ) (VisualAnalogscale).

Дар асоси маљумоти муайяннамои субъективии дард дар ъюлати оромї ва ъаракат кардани бемор бо ёрии ЛБШ – бо хаткаши 10 см, ки охирњои он ъамчун “набудани дард” ва “дарди аз ъама саҳт” ишора карда шудаанд, фосилаи аз 0 то 10 чен карда шуд. Шумораи холњо аз шиддатнокии дард шањодат медињад, чи ќадаре ки хол зиёд бошад, ъамон ќадар дард шиддатнок аст.

Бемор дар хаткаш мустаќилона вобаста аз шиддатнокии эъносоти дард, ки дар лаъзай ќайд кардан ъис мекунад, хатро ишора мекунад. Қайдњое, ки аз тарафи бемор ишора карда шудаанд, дар протоколи табобати интенсивии баъдазъаррої даръ гардианд. Дар давоми 3 соати аввал баъд аз пурра ба ъуш омадан, ъар як соат ќувваи дард ва баъдан баъд аз 6, 12 ва 24 соат аз оғоз ёфтани бедардкунї санъида шуд.

2. Бањодињии инъисори ъаракат. Сатъи инъисори ъаракат, ки бо вориднамои бедардкунандањо мавзей дар фосилаи периуралї ба амал оварда шуда буд, бо лъадвали Бреймдж Ф.Р.(Bromage) муайян карда шуд [12, 89, 100]. Мављуд набудани инъисори ъаракатї ъангоми боќи мондани ъаракат дар ъар се буѓуми пої ба ќайд гирифта шуд, инъисор бо 0 хол бањо дода шуд. Ўангоми боќи мондани имконияти ќад кардани буѓуми зону инъисор бо 1 хол, ъангоми ќадкуни кафи пої – бо 2 хол бањо дода шуд. Ўангоми рост кардани буѓуми зону ва ильро кардани ќадкуни кафии попанља – 3 хол.

3. Бањодињии зарibi Баевски. Зарibi ањшої. Зарibi шиддатнокї – нишондоде, ки норасогии ањшоии бартарияти нишонагї ё паранишонагии системаро нишон медињад.

4. Бањо додани шумораи баамалої ва возењияти таъсироти номатлуби сабабшон маводњои нашъадор буда (баамалоии хориши пўст, маљншавии пешоб, пайдо шудани дилбењузурї ва ќайкунї).

Усуљои таъњизотии таъќикот бо кардионазмнигории таѓирёбандा амалї карда шуданд. Барои бањодињии аксуламали ќувваи ањшої ва фаъолнокии ањшої усуљои кардиофосиланигорї (КФН) ва зарibi Баевски истифода бурда шуданд. Барои возењияти алоими дард усули таълиили таѓирёбанди назм, ки бо ёрии маљмуи барномавии «Валента» (Россия) гузаронида шуд, истиода бурда шуд. Чен кардани 100 кардиодавра ъангоми бедор кардани бемор ва баъд аз 3, 6, 12 ва 24 соат пас аз экстубатсияи вай гузаронида шуд.

Коркарди ќаторњои таѓирёбандা ъисоб кардани бузургињои миёна, ќафомонии миёнаквадррантї ва хатогии стандартии миёнаро дар бар гирифтанд. Ўангоми муќоиса кардани нишондодњои бадастомада т-

мањакъои дутарафаи Стъюдент барои интихоби лъуфти мустаќиил ва %-тест истифода карда шуданд.

Фарќиятњо бо сатњи энътимолияти боэътимоди на камтар аз 95%, бо дарназардошти ислонјоти Бонферрон барои муќоисањои зиёд, собитнок эътироф карда шуданд. Тањлили муќоисавии таѓироти мустаќил (байни гурӯйњо) бо мањакъои Манна Уйтнигузаронида шуд. Барои тањкиќи вобастагӣ байни таѓирот тањлили ъамбастаи рангии Спирмен истиифода бурда шуд. Натильаи бањисобгирињои математикӣ бо шакли лъадвалњои фосилавӣ ва хотимавии оморӣ пешнињод карда шуданд.

НАТИЉАЊОИ ТАЊКИЌОТ

Даҳолатњои лъарроњии аз лъониби мо гузаронидашуда баъодињии воќеии хавфи лъарроњ-анестезиологиро дар беморони пиронсол ва калонсоле, ки аксар ваќт иллатњои омехтаи узвъои ковокии шикам доранд, талаб менамоянд. Ѝянгоми муайян кардани имкони амалӣ кардани даҳолатњои лъарроњ дар якъоягӣ бо лъарроњ муайян кардани вазнинии бемории умумисоматикии ниёзманд, ки сабабш ъам бемории асосӣ ва ъам беморињои ъамрадиф мебошанд, ъальми даҳолати лъарроњ, двомнокӣ ва осебнокии энътимолии лъарроњ, пайдарњамии иљро кардани марњилањои даҳолати омехта, зарур аст.

Дар ъамаи беморон муюнаи иловагӣ ва назорати бонизоми нишондодњои гардиши хун, системаи нафас (мувофиќи маълумоти назорати шумораи инафас, рO₂, рCO₂, шумораи набз, фишори шараёнӣ, фишори марказии варидӣ, ЗЛЗ, ъальми хуни гардишкунанда, пешобкуниши шабонарӯзӣ) ва сатњи метаболикӣ (рН, ВЕ, гемоглобин, гематокрит, АлТ, АсT, глюкозаи хун, креатинин, билирубин, сатњи ъальми молекулањои миёна, мањсулоти туршавии перекисӣ), назорати ъарорати бадан амалӣ карда шуд.

Дар марњилањои омодагӣ ба даҳолатњои лъарроњ барои ниёзмандон аз гурӯйњои хавф, ки вайроншавии вазифаи узв ва системаи оро доранд, усуљи гузаронидани табобати тасриби-трансфузионӣ бо маќсади тасъеъи иллатњои гардиши хун ва метаболикӣ кооркард карда шуданд. Дар давраи омодагии пешазъарроњ таваъльъуњи зиёд ба баландшавии тоқатпазирии организм ба лъарроњии дарпеш истода дода шуд. Бо ин маќсад ъальми тозакардашудаи эритротситарӣ гузаронида шуда, зардобаи кашидашуда, хунивазкунандањои гуногун, мањгули 10%-и глюкоза эянгоми даҳолати лъарроњ, эянгоми серобшавии миёна-фишорбаландӣ, эянгоми даҳолати лъарроњ васеъ истифода бурда шуданд. Омодагии пешгироӣ (бо маводињои доруворӣ) ба лъарроњ бо атропин, дроперидол дар якъоягӣ бо маводињои антигистаминӣ гузаронида шуд.

Вобаста аз бемории ъамрадиф дар омодагии доруворӣ аксар ваќт

пипольфен, супрастин, димедр, ки заньролудии гистаминиро рафъ карда, ташаннулы гулў ва бронхъоро пешгирі менамоянд ва таъсири хобоварандагӣ доранд, истифода бурда шуданд. Ворид кардан ба наркозро бо вориднамоии дохиливариидии маълуи 1%-и тиопентали натрий бо дарназардошти 8 мг/кг-и вазни бадани бемор роњандозӣ намудем. Баъд аз ноил шудан ба маръилаи якуми наркоз дар заминаи моддањои бењолкунандай мушакњо, лӯлагузории хирной амалӣ карда шуд. Њамзамон гузаронидани маъмуи чорабинињо аз лаъзai ворид шудан ба беморхона, бо баъодињии иллатъои лъйдоштаи гардиши хун, коркарди наќшаи омодагии пешазъаррои ё бо дарназардошти давомнокӣ ва осебнокии дастамали лъаррої, усуљои комилан мувофики бедардкунӣ барои кам кардани оризањо ва натиљањои номатлуб дар ъамаи маръилањои табобат имконият медињанд.

Яке аз вазифањои аввалиндаралъа дар давраи баъдазъаррои ё, пас аз даҳолатъои васеъ дар ковоки шикам, бедардкуни комилан мувофиқ мебошад, ки барќарорнамоии барваќтии оғият ва бењтаршавии натиљањои табобати беморонро имконпазир менамояд. Паст шудани шидатнокии алоими дард на зиёдтар аз 3 хол аз 10, аз самаранокии бедардкуни баъдазъаррои ё гузаронидашудаи СЧД шаъодат медињад. Дар давраи баъдазъаррои ё пас аз экстубатсия ъянгоми сулфа ва дар оромӣ фарќиятъои сањењи байникабурғави муайян карда нашуданд (љадвали 4.1 ва 4.2).

Камшавии алоими дард дар чараён 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 бедардкуни перидуралӣ гузаронида шуда буд, 48,2%, дар гурӯҳе, ки ҳаби бупивикаин ва морфин дар минтакаи перидуралӣ ворид карда шуда буд - 45,8% ва дар гурӯҳе, ки тасриби перидуралӣ гузаронида шуда буд - 45,6%-ро ташкил намуд. Дар давраи баъдазҷарроҳӣ ҳангоми оромӣ, бо назорати фаъоли алоими дард баъд аз 6,12,24 соат аз лаъзai бедардкунӣ дар гурӯҳи 1-уми беморони бедардкуни перидуралӣ гирифта, аз сатҳи аввалиято 25%, дар гурӯҳи 2-ум, ки вориднамоии перидуралии ҳабибо гирифтаанд - 19,7% ва дар гурӯҳи 3-ум бо тасриби мунтазами перидуралӣ - 20,4% пастар буд. Нишондодҳои аҳамияти миёнадоштаи ЧБШ баъд аз 12 ва 24 соат дар гурӯҳи якум сахехан аз PL 0,01, 28,7% нисбат ба гурӯҳи дуюм 24,4% пастар буданд ва баъд аз 24 соат низ нисбат ба гурӯҳи дуюми таҳкиқшавандасаҳенпастарбуданд. Байни гурӯҳи дуюм ва сеюм баъд аз 12 ва 24 соат низ фарқияти сахех дар нишондодҳои ЧБШ ҳангоми оромӣ муайян карда шуданд. Фарқиятҳои сахехи байнигурӯҳӣ байни ЧБШ баъд аз се ва шаш соат аз оғоз гаштани бедардкунӣ муайян карда

нашуд, ин аз ҳисоби ташаккули инхисори сенсорй имкон дорад. Ҳангоми сулфа пастшавии алоими дард мувофики ЧБШ дар ҳамаи се гурӯҳҳо ҳангоми мушохида мусбӣ буд ва ҳусусияти фарқиятҳои саҳҳи доҳилигурӯҳӣ аз нишондодҳои аввалияро дошт (чадвали 4.2.). Баъд аз сипарӣ шудани 3 соат аз оғоз ёфтани бедардкунӣ пастшавии саҳҳи шиддатнокии дард дар ҳамаи 3 гурӯҳ (PL 0,01) нисбат ба сатҳи аввалия мушохида карда шуда, дар гурӯҳи 1-уми беморон, ки бедардкунии периуралӣ 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 ҳаб гирифта ва то 3 маротиба дар беморони тасриби мунтазам гирифта, мушохида карда шуд. Пастшавии шиддатнокии алоими дард, байни гурӯҳҳо ҳангоми сулфа саҳҳаназ 30 мм камтар фаркнокарда, дар гурӯҳи бедардкунии периуралӣ гирифта 5.6 ± 10.3 соат ва 5.9 ± 02 соатро дар гурӯҳи тасриби мунтазам гирифта, ташкил намуд. Дараҷаи возехияти алоими дард ҳангоми сулфа мувофики ЧБШ дар гурӯҳи бо таври ҳаб воридшудаи маводҳо, дар давоми тамоми давраи мушохиданамой, нисбат ба дигар гурӯҳҳо аз 30 мм баландтар бокӣ монд ва аз ин лиҳоз зарурияти иловатан ворид кардани морфин дар 16 нафар ниёzmanди гурӯҳи мазкур ба миён омад.

Дар гурӯҳи 1-уми беморон нишондодҳои ЧБШ ҳангоми сулфа баъд аз камтар аз 3,12,24 соат саҳҳ буданд (PL 0,001) ва 39,5%, 24% ва 26,2%-ро муқобили гурӯҳи 2-ум бо вориднамоии ҳабӣ 63,4%, 59,8% ва 52,4%-ро мутаносибан ташкил намуданд. Дар давраи баъдазҷарроҳӣ пас аз 12 ва 24 соат, инчунин фарқияти саҳҳ дар сифати бедардкунӣ байни гурӯҳҳо якум ва сеюм муайян карда шуд. Тахқиқот нишондод, ки вориднамоии периуралии бедардкунандаҳо, ки аз тарафи ниёzmanд назорат карда мешавад, нисбат ба тасриб бо речай мунтазам самараноктар мебошад. Ҳангоми тахқиқот фарқиятҳои саҳҳ дар сатҳи возехияти алоими дард мувофики ЧБШ ҳангоми сулфа, байни гурӯҳҳо дуюм ва сеюми беморон дар давоми тамоми давра, муайян карда шуданд. Тахқиқот бартарии тасриби мунтазами периуралиро нисбат ба вориднамоии ҳабии маводҳо нишон дод. Дар давраи баъдазҷарроҳӣ, дар ҳолати оромӣ ва ҳангоми сулфа баҳодииҳи алоими дард мувофики ЧБШ аз он шаҳодат медиҳад, ки истифодаи периуралии маҳдули 0,5%-и бупивикаин бо морфин дар асоси принсипи бедардкунӣ, ки аз тарафи ниёzmanд назорат карда мешавад, сифати бедардкуниро нисбат ба речай анъянавии бедардкунии периуралӣ саҳҳан беҳтар менамояд. Тасҳҳи алоими дард дар марҳилаи барвактии баъдазҷарроҳиро дар гурӯҳи якум бедардкунии периуралиро бо ёрии сӯзандоруи автоматӣ гузарониданд. Дар гурӯҳи дуюм усули бедардкуниро дар марҳилаи барвактӣ баъд аз даҳолатҳои ҷарроҳӣ бо вориднамоии қисм-қисм пас аз як вақти муайян ва бо талаботи ниёzmanд, истифода намуданд. Дар гурӯҳи сеюм бедардкунии баъдазҷарроҳӣ бо намуди

тасриби мунтазами периуралии мањули бедардкунданаи мавзеј дар якъояг Ѯ бо маводњои нашъадор гузаронида шуд. Дар натиљаи тањќиќоти гузаронидашуда муќаррар карда шуд, ки то дахолати лъарроњи нишондодњои мањакњои макро ва микрогемореологї, дар ъамаи 3 гурӯњ сањењан фарќ намекунанд. Баъд аз сипаришавии 24 соат пас аз дахолати лъарроњи дар беморон бо вориднамоии ќисм-ќисм, зиёдшавии часпакии хун ъам ъангоми шиддатнокии таѓироти зиёд ва ъам ъангоми шиддатнокии паст мушоњида карда шуд. Дар беморони гурӯњи БП бо истифодаи сўзандоруи автоматики часпакии хун баъд аз лъарроњи паст шуд ва нишондоди он ъангоми шиддатнокии таѓироти баланд ва паст, нисбат ба гурӯњи дуюм паст шуд. Дар гурӯњи БП ъангоми тасриби мунтазам дар ниёзмандон пастшавии нисбатан возењи часпакии хун баъд аз лъарроњи мушоњида карда шуда, нишондодњои он ъангоми таѓироти зиёди шиддатнокї то 23%, нисбат ба беморони гурӯњи якум ва ъангоми шиддатнокии пости таѓирот то 21% паст буданд.

Часпакии зардоба дар ниёзмандони гурӯњи якум, баъд аз 24 соат пас аз дахолати лъарроњи зиёд шуд. Дар беморони гурӯњи дуюм ва сеюм дар давраи баъдазлъарроњи пастшавии нишондоди мазкур ба амал омад. Дар ниёзмандони гурӯњи дуюм нишондоди мањаки мазкур, ба ъисоби миёна, нисбат ба гурӯњи якум то 15% ва дар ниёзмандони гурӯњи сеюм то 21% паст аст. Часпакии омехтаи эритротситњо дар давраи баъдазлъарроњи дар ниёзмандони гурӯњи якум камтар зиёд шуд. Дар гурӯњи дуюм нишондоди мазкур, нисбат ба гурӯњи якум то 5% баланд ва дар гурӯњи сеюм бошад – то 33% паст мебошад.

Зарibi лъамъшавии эритротситњо дар гурӯњи 1-ум баъд аз лъарроњи то 10% зиёд шуд. Дар гурӯњи дуюм пастшавии нишондоди мазкур мушоњида карда шуда, нишондодњои он ба ъисоби миёна, нисбат ба ниёзмандони гурӯњи якум то 5% паст мебошад. Дар гурӯњи БП зарibi лъамъшавии эритротситњо баъд аз 24 соат пас аз лъарроњо паст шуда, нишондодњои он нисбат ба ниёзмандони гурӯњи якум то 12% паст шуд. Нишондоди таносуби гематокрит ба часпакии хун дар гурӯњиои тањќиќшаванда, баъд аз 24 соат пас аз лъарроњи фарќ дошт.

Дар гурӯњи 1-ум пастшавии нишондоди мазкур дар давраи баъдазлъарроњи мушоњида карда шуд, ки ин аз камшавии самаранокии интиќоли оксиген дар гурӯњи мазкури беморон шањодат медод. Дар гурӯњи дуюм нишондоди мазкур дар давраи барваќтии баъдазлъарроњи, нисбат ба ниёзмандони гурӯњи якум то 25% баландтар буд. Дар гурӯњи сеюм таносуби гематокрит ба часпакии хун аз нишондоди мањаки мазкур дар беморони гурӯњи якум 31% баландтар буд.

Ъангоми ворид шудан ба шуъбаи анестезиология ва эњё дар беморони

њамаи се гурӯнью нишондоди зариб шиддатнокии Баевски байни худ фарќияти сањеъ надоштанд ва дар чунин сатъ қарор доштанд: дар гурӯнь 1 – ум - $475,9 \pm 45,75$ воњиди шартӣ, дар гурӯнь 2-ум - $495,8 \pm 35,7$ воњиди шартіва дар гурӯнь 3-ум - $491,8 \pm 52,4$ воњиди шартӣ. Ин аз баландшавии тарангии системаи эъсосотии асаб, таѓирипазирӣ ва мутамарказшавии системаи гардиши хун шањодат медињад.

Баъд аз оғози бедардкунӣ пас аз 3, 6, 12, 24 соат, дар ъамаи се гурӯнь пастшавии возеъи шиддатнокии механизмъи мутобиќшавӣ мушоњида карда шуд, ки мувофиқи зариби шиддатнокӣ дар гурӯнь якум 61,7%, 23,6%, ва баъд аз 24 соат – 19,8% аз сатъи аввалия, дар гурӯнь дуюм 78,2%, 62,4%, 51% ва 31,3%, дар гурӯнь сеюм 65,4%, 48,6%, 39,9% ва 24,3%-ро мутаносибан ташкил намуд.

Дар гурӯньюни 1-ум ва 2-ум аз оғози бедардкунӣ, пас аз 3, 6, 12, 24 соат фарќиятъи сањеъи нишондоди зариби шиддатнокӣ (PL 0.01) ба қайд гирифта шуданд (ъядвали 4.4.).

Дар ниёзмандон бо БЛНН-и периуралӣ дар маръилаи баамалоии бедардӣ, пастшавии нисбатан зуд ва самараноки шиддатнокии қуввањои Ѽубронкунанди организм, нисбат ба гурӯнь дуюм, ки вориднамоии номуниасили маводъоро истифода бурда буданд, мушоњида карда шуд. Дар беморони гурӯнь 1-ум дар давоми 6 соати давраи баъдзъарроӣ, бамеъёрдарои нишондодъои таносуби ањшоӣ ба амал омад ва минбаъд онъю дар доираи меъёри физиологӣ бойӣ монданд. Дар беморони гурӯнь 2-ум, новобаста аз пастшавии сањеъи зариби шиддатнокӣ, бамеъёрдарои нишондодъо танъо баъд аз 24 соат пас аз оғоз гаштани бедардкунии периуралӣ ба амал омад. Дар беморони гурӯнь сеюм, ки тасриби мунтазами периуралиро гирифта буданд, зариби шиддатнокии Баевски, фъолшавии миёнаи системаи эъсосотӣ-адреналиниро дар давоми 6 соати аввал баъд аз оғоз ёфтани бедардкунӣ, нишон дод ва баъдан бамеъёрдарои он мушоњида карда шуд.

Сатъи шиддатнокии ањшоӣ, нисбат ба гурӯнь дуюм, новобаста аз он қадар зиёд набуданаш, сањеъии фарќияти нишондодъои ЗШ дар ъамаи маръилаю байни ду гурӯнь, танъо дар маръилаи 24 соати давраи баъдзъарроӣ, байни ниёзмандоне, ки тасриби мунтазами периуралӣ ва бедардкунии периуралиро мегирифтанд, ба даст омад.

Дар ниёзмандони гурӯньи якум, ки брои бедардкунӣ усули бедардкунии периуралии аз љониби ниёзманд назоратшаванда истифода шуда буд, пастшавии зиёди сањеъи сатъи зариби шиддатнокӣ мушоњида карда шуд, ки ин дар давраи баъдзъарроӣ наќши воќеии алоими дардро дар баамалоии механизмъи оғозёбӣ ва нигоњдории

дурударози вайроншавии таносуби аньшої тасдиқ мекунад.

Дар ъамаи се гурӯъни беморон, дар ъамаи марњилаъои тањќикот, чи тавре ки аз лъадвал бар меояд, далелъои сањеъи муносабати мусбии сатњи шиддатнокии аньшої ва бањодинии алоими дардро мувофиќи лъадвали биної-шабеъи ба даст омад.

Дар гурӯъ бо бедардкунӣ масрафи бупивикаин дар як шабонарӯзӣ $152,9 \pm 3,2$ мг, дар гурӯъни беморон бо вориднамоии ъабӣ - $163,2 \pm 3,6$ ва бо усули тасрибӣ - $166,0 \pm 3,6$ мгро ташкил намуд.

Дар ъамаи гурӯънио масрафи шабонарӯзии бипувакаин аз вояи максималии иљозатбудаи шабонурузӣ, ки барои вориднамоии периудуралӣ 400 мгро ташкил менамояд зиёд набуд. Дар гурӯъни беморон бо бедардкунии периудуралӣ, ки аз лъониби ниёзманд назорат карда мешуд, вояи максималии шабонарӯзии бупивикаин ба $167,5$ мг ва вояи минималӣ – $37,5$ мг, дар гурӯъни ба онъю маводъю бо тарзи ъабӣ воридкардашуда – 190 мг ва 130 мг ва дар гурӯъни бо усули бедардкунии тасрибии периудуралӣ $198,7$ мг ва $148,7$ мгро мутаносибан ташкил намуд. Дар беморон бо вориднамоии тасрибии маводъю масрафи аз ъама зиёди бупивикаин мушоњида карда шуд, аммо вай ба таври сањеъ аз гурӯъни беморон бо рельаи ъабии вориднамоӣ фарќ намекунад. Дар гурӯъни бемороне, ки барои бедардкунии баъдазъарроњӣ, бедардкунии периудуралӣ истифода шуда буд, талаботи камтар ба морфин $11,4 \pm 03$ мг мушоњида карда шуд. Масрафи морфин дар гурӯънио бо вориднамоии ъабӣ $12,4 \pm 0,3$ мгро ташкил кард. Маълумоти мазкур дар муќоиса ъам бо гурӯъни ъабӣ ($PL^0.017$) ва ъам дар гурӯъ бо вориднамоии тасрибии бедардкунандано ($PL^0.017$) фарќияти сањеъ доранд. Эзонъ: * – $p < 0,05$ нисбат ба солимон (У-мањакъои Манна– Уитни). Талаботи шабонарӯзии вояи морфин, ки барои рафъи алоими дард дар беморон бо бедардкунии периудуралӣ, ки аз тарафи ниёзманд назорат карда мешавад, зарур мебошад, ба ќадри максималӣ $12,6$ мг ва минималӣ – 92 мгро ташкил намуд. Дар беморон бо вориднамоии ъабӣ ба ќадри максималӣ $16,0$ мг ва минималӣ – 12 мг, дар гурӯъни бо бедардкунии тасрибии периудуралӣ $15,1$ ва $11,0$ мгро мутаносибан такшил намуд.

Дар давраи барвактии баъдазъарроњӣ дар шульбаи анестезиология ва энъё бо табобати интенсивӣ, дар ъамаи се гурӯъни беморон, зиёдшавии тапиши дил, ъамчун асабонияти лъавобии лъарроњӣ, ки бо фаъолшавии системаи асаб вобаста мебошад, мушоњида қрада шуд. Фарќияти сањеъи оморӣ байни гурӯънио дар нишондодъои ШКД дар ъамин давра мушоњида қрада нашуд. Дар ъамаи се гурӯънио бо мурури замон баъд аз 3, 6, 12, 24 соат низоми ШКД бенътар шудан гирифт. Таѓироти зиёди аз лъињати оморӣ ањамиятдошта дар низоми ШКД дар беморони гурӯъни дуюм, нисбат ба гурӯънио якум ва сеюм мушоњида карда шуданд.

Баъдан пас аз 24 соат дар беморони байни гурӯъни якум ва сеюм низ фарқиятњои сањењи нишондодњои ШКД мушоњида карда шуданд, ки эњтимолан сабабаш бедардкунни нисбатан самаранок бошад.

Дар равиш дар ъамаи марњилањо, дар ъамаи гурӯъњо тамоюл ба пастшавии нишондодњои ФШ миёна, бо бузургињои аз лъињати оморї ањамиятдошта, мушоњида карда шуд. Аз лъониби мо инчунин омӯзиши нишондодњои ЊДД, ЊЗ, ЗДВАМУГР, ФМШ, ШКДњангоми намудњои гуногуни вориднамоии бедардкунандано дар марњилаи давраи баъдазъаррої гузаронида шуд.

Натиљањои тањќикот нишон доданд, ки новобаста аз мавъудияти тамоюл ба пастшавии лъузъи партофти хун баъд аз экстубатсия, фарќият бо нишондоди аввалия аз лъињати оморї ањамият надоштанд ва нишондоди тањлишшаванда аз доираи нишондодњои меъёр берун набуд. Инчунин ќайд кардан зарур аст, ки фарќиятњои зиёд байни сатњи ЊЗ ва ЗД муайян карда нашуданд. Фарќиятњои на он ќадар зиёд дар бузургињои ЊДД(18,2% p<0,05) муайян карда шуданд.

Дар давраи баъдазъаррої пастшавии миёнаи пас аз экстубатсияи МУГР, аммо аз лъињати оморї ањамиятдошта, муайян карда шуд, ки эњтимолан аз ъисоби ъамин пастшавии ФШ миёна дар марњилањои тањќикот мушоњида карда шуд.

Ъамин тариќ, натиљањои тањќикот нишон доданд, ки усули бештар самараноки бедардкунї ъангоми дахолати лъаррої дар узвъиои ковокии шикам ва дар марњилањои давраи баъдазъаррої, вориднамоии қатрагии бедардкунанданои мавзей др якъоягӣ бо маводњои нашъадор мебошад, ки нисбатан ќобили ќабул аст ва инро нишондодњои ЊЗ, ЗД ва МУГР тасдиќ мекунанд.

Барои баъодињии ъолати умумии бемор ъангоми истифодаи бедардкунни перидуралӣ, тањќики нишондодњои гемостаз зарур аст. Тањќики лаборатории баъзе аз нишондодњои гемостаз ъангоми ворид шудани бемор ба шуъба, дар давраи баъдазъаррої пас аз 3,6, 12 ва 24 соат гузаронида шуд.

Ин аз сатњи бештар баланди бехатарии гардиши хун барои бедардкунни перидуралӣ бо истифодаи мањлули бупивикаини қивомнокии кам дар якъоягӣ бо морфин шањодат медињад.

Дарди шадид яке аз омиљои тамоюлшавии лъавоби катоболии ъормонӣ, мањшавии об ва натрий вобаста ба зиёдшавии тарашишшуњоти АДГ ва алдестерон, инчунин гипергликемия аз ъисоби зиёдшавии тарашишшуњи кортизол ва адреналин мебошад [118]. Глюкоза мањаки стресси эндокринӣ – лъавоб ба осеб ва дарди лъаррої мебошад.

Тањќикоти гузаронидашуда лъой надоштани вайроншавии лъузъии

ми́кдори гази оксиген ва карбон дар хуни шараёні ва инчунин дар тањлили равиши шабонарўзии нишондодъи метаболикии КОС (РН хун, АВ бикорбонати воеё ва ВЕ иззиёди асос)-ро нишон дод.

Фарќиятъи аз лъињати оморӣ ањамиятдошта дар гурӯњъои тањкишавандаи беморон, танъю мувофиқи сатъи гликемия муайян карда шуданд. Мањз сатъи гликемия дар наќшаи муайян кардани хавфи оризањо (инчунин ба осонӣ дар амалия муайяншаванда) бо нишонањои лъавоби метаболикӣ бештар омӯхта шудааст. Натиљањои тањкики миќдори глюкоза дар хуни беморон бо бемории узвъиои ковокии шикам то ва баъд аз даҳолати лъарроњи нишон медињанд, ки усуљои аз лъониби мо истифодашавандаи вориднамоии мањлули 5%-и бедардкуни мвззии бипувикаин дар якъоягӣ бо маводи нашъадори 1%-и морфин, дар гурӯњи мазкури ниёзмандон намуди бедардкуни тасрибии периуралӣ бештар қобили қабул мебошад. Албатта дар як низом бокӣ мондани сатъи қанд дар хуни беморон то ва баъд аз даврањои баъдазъарроњи мушоњида карда мешавад.

Сатъи қивомнокии глюкозаи хун дар равишро метавон њамчун мањаки иловагии сифати табобати тањлили истифода намуд.

Таъсири бедардкуни периуралӣ ба фишори шараёнӣ (ФШ) аз њисоби инъисори эъносотӣ метавонад пастшавии онро ба миён оварад. Баландшавии қивомнокии бедардкунандаи мавзей баъд аз бедардкуни периуралӣ, метавонад аксуламали номатлубро аз тарафи системаи дилурагӣ ва дорои хусусияти умумӣ ба амал орад.

Њангоми гузаронидани тањкиќоти мо баъд аз истифодаи бедардкуни периуралии бупивикаин таъсироти номатлуб аз тарафи системаи гардиши хун мушоњида карда нашуданд. Дар њамаи беморони муюинашуда нишондодъи ФШ бонизом буданд.

Ворид кардани вояи аввалини бедардкунандаи мавзей бо пастшавии на он қадар зиёд (то 10%) дар доираи нишондодъи имконпазир меѓузарад. Сатъи инъисори ъаракатӣ дар натиља дар њамаи гурӯњъо бо бо шумораи баамалоии таъсироти номатлуб њангоми бедардкуни периуралӣ дар беморони тањкишуда муќоисашаванда буд.

Њангоми вориднамоии ъабии маводъю ба фосилаи периуралӣ дар гурӯњи дуюми беморон хоболудии зиёд дар 4 нафар (12,9%) мушоњида карда шуд, аммо дар беморони гурӯњъои 1-уму 3-ум ин мушоњида карда нашуд. Дар як ъолат дар гурӯњи дуюм барои бартараф кардани пастшавии гардиши ъаво, ъангоми ШН аз 8 маротиба дар як даќиқа паст буда, зарурияти вориднамоии дарунивариидии 400 мкг налаксон б миён омад.

Дар 6 нафар (19,4%) беморони гурӯњи 2-ум ва дар 4 нафар (10,8%)

аз гурӯни 3-ум нишонањои бадњазмӣ, дилбењузурӣ ва ќайкунӣ мушоњида карда шуданд. Қайд кардан зарур аст, ки оризањои мазкур дар аввали кор нянгоми интихоб кардани вояи маводњо, мушоњида карда шуданд.

Дар 6 нафар (19,4%) беморони гурӯни 2-ум бо вориднамоии њабии бедардкунандањо хориши пўст мушоњида карда шуд, ки ин сањењан аз гурӯњиои 1-ум ва 3-ум – 5 (13,5%) фарќ мекард. Маъншавии шадиди пешоб, ки гузаронидани ќастаразанӣ лозми буд, дар гурӯни дуюм бо вориднамоии њабӣ дар 6,5% вадар 2,7%-и ниёзмандони гурӯни 3-ум ба ќайд гирифта шуд. Дар беморони гурӯни 1-ум маъншавии пешоб мушоњида карда нашуд.

Тањќикот бехатарии зиёди истифодаи бедардкунии перидаулиро бо бедардкунандањои мавзеї ва маводњои нашъадор нишон дод.

Нянгоми тасриби мунтазам ва бедардкунӣ, дилбењузурӣ, ќайкунӣ ва хориши нисбат ба гурӯни дуюм бо вориднамоии њабӣ баъзан мушоњида карда шуданд.

Тањќикоти муќоисавии омории равиши нишондодњои сарирӣ ва назорати лаборатории беморони дар узвъиои ковокии шикамашон лъарроњӣ гузаронидашуда, аз он шањодат медињад, ки истифодаи бедардкунии периуралии аз лъониби ниёзманд назоратшаванда, дар барномаи табобати маъмуии интенсивӣ, барои сањењан ва дар муњлатъиои кутоњтарин ба амал овардани бедардкунии комилан мувофиќ нянгоми вояњои ками бедардкунандањо ва дорувирињо ёвари мавзеї, бартараф кардани шиддатнокии бенињояти зиёди системаи ањшоии асад ва нейроэндокринӣ, инчунин паст кардани шумоораи таъсироти номатлуб, ки бо њамроњкардани бедардкунандањои нашъадор ба бедардкунандањои мавзеї ба амал омадаанд, имконият фароњам меоварад.

ХУЛОСА

Натиљањои асосии илмии рисола

1. Гузаронидани бедардкунии баъдазъарроњӣ бо усули бедардкунии дарозкардашудаи периуралӣ бо якъоякунии бедардкунандањои мавзеї ва нашъадор, барои ноил шудан ба натиљањои хуб бо оризањои камтарин имконият медињад [1, 2, 4, 6, 7].

2. Бедардкунии периуралӣ ба нишондодњои асосии гардиши хун, нафас ва гемостаз таъсири манғфӣ намерасонад [4, 5, 6, 7, 8].

3. Усули бедардкунии тасрибии периуралӣ, бо паст кардани стресс ба дастамалњои лъарроњӣ ва дароз кардани муњлати таъсири бедардкунандањо ва њамзамон бо паст кардани масрафи онъю, нисбат ба вориднамоии қисмани маводњо то 21,4%, самараноктар мебошад [1, 2, 4, 5, 6, 7].

4. Яке аз мањакњои назорати боравиши шиддатнокии дарди

байдазъаррої, нишондоди кардионазмнигор ёттара асоси бањодињии зариби шиддатнокї ба юисоб меравад, чунки натиљањои ченкунин он бо як сатњи баланди муносибат бо сатњи бањодињии субъективии алоими дард аз льониби ниёзмандон, инчунин бањодињи ёттири лъадвали бинои шабењи мувофиќат менамояд [3, 4, 5].

5. Тасриби якљоянамоии бедардкунандањои нашъадор ва мавзеї дар минтаќаи периуралї дар давраи байдазъаррої барои кам кардани масрафи бедардкунандањои мавзеї ъянгоми (БПНН) то 8,2%, ъянгоми (БНП) то 6,3%, ъянгоми (БТП) то 10,5% ва маводњои нашъадор ъянгоми (ПАКП) то 19,1%, ъянгоми (БПА) то 15,2%, ъянгоми (ИПА) то 21,4% имконият медињад [1, 2, 4, 6, 8].

6. Мувофиќи натиљањои тањлил усули бедардкунин дарозкардашудаи периуралї дар давраи байдазъаррої метавон хулоса баровард, ки усули мазкур ба таври возењ хавфи баамалоии таъсироти номатлубро аз маводњои нашъадор (вайроншавии нафас, хоболудии зиёд, хориши пўст ва нимфалали рудањо)-ро паст менамояд [2, 4, 6, 7, 8].

Тавсияњо оид ба истифодаи амалии натиљањо

1. Дар давраи барвактии байдазъаррої, ъянгоми истифодаи бедардкунин периуралї якљоянамоии бедардкунандањои мавзеї ва нашъадор, усули интихоб мебошад.

2. Протоколи тавсияшаванди бедардкунї: байд аз вориднамоии қисмии вояи 3-7 мл омехтаи бедардкунанда, тасриби мунтазами он бо суръати 1,8 мл/соат гузашта мешавад. Вояи максималии барномарезишудаи морфин ва бупивикаин набояд аз 25 ва 380 мг мутаносибан зиёд бошад.

3. Вориднамоии қисмии бедардкунандањо дар минтаќаи периуралї байд аз дахолати лъаррої дар калонсолон мувофиќи наќша: мањлули 0,5% бупивикаин (10-15мг байд аз 3 соат) ва морфин 0,07-0,08 мг/кг (5 мг байд аз 12 соат). Ъянгоми зарурят ё бо дарҳости ниёзманд вояи иловагии морфин бо 1 ммг дар 3 мл мањлули физиологї ба таври периуралї ворид карда мешавад.

4. Вориднамоии қисмии бедардкунандањо дар минтаќаи периуралї аксар ваќт бо баамлоии таъсироти номатлуби аз маводњои нашъадор пайдошуда бо намуди бадњазмї, хориши пўст, хоболудии зиёд бо пастшавии нафас ва вайроншавии пешобкунии гайриихтиёри мегузарад ва аз ин лињоз дар беморони хавфи баланд дошта (пиронсолон ва солхурдагон) истифодаи усули тасриби бедардкунї дурустар мебошад.

5. Вориднамоии қатрагии маводњои бедардкунанда дар ъамроњнамоии бедардкунандањои мавзеї ва маводњои нашъадор дар минтаќаи периуралї,

баъд аз дахолати лъарроңї дар узвъюи ковокии шикам, бо суръати оғоз ёфтанд 6 мл/соат тавсия кардан мумкин аст. Йангоми самараи нокифоя суръати вориднамои омехтаи бедардкунанда бо 1 мл ынтар як соат зиёд карда мешавад.

6. Барои баъодињии самаранокии сифати бедардкунии баъдазъарроңї истифода намудани усули субъективии баъодињии дард бо ёрии ЛБШ дар амалияи ынтаррӯза лозим аст.

Рўйхати нашрияњои увонъўийи дараљаи илмӣ Маќолањо дар маъаллањои тақризшаванда

- [1-А] Достиев Л.Р. Омӯхтани усуљои самаранокии бедардкунӣ дар давраи баъдазъарроңї / Л.Р.Достиев, Н.Т.Турсунов, Д.А.Шамсиев // Паёми Донишгоњи миллии Тольикистон. - 2015. - №4. -С.209-213.
- [2-А] Достиев Л.Р. Бедардкунни перидуралӣ дар давраи баъдазъарроңї йангоми дахолатъо дар ковокии шикам / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхулоев // Тандурустии Тольикистон. - 2020. - №3. -С.16-21.
- [3-А] Достиев Л.Р. Самаранокии бедардкунни перидуралӣ дар давраи баъдазъарроңї / Л.Р.Достиев, З.К.Фатхуллоев, Х.А.Шамсода // Паёми таъсилоти баъдидипломӣ дар соњаи тандурустӣ. - 2020. - №3. - С. 5-9.

Маќолла ва фишурдањо дар маълмуи конференсияњо

- [4-А] Достиев Л.Р. Бедардкунни дарозкардашудаи эпидуралии бедардкунни баъдазъарроңї дар лъарроњии ковокии шикам / Л.Р. Достиев, Х.Р. Кодиров, С.А. Зарипов // Педиатрия ва лъарроњии кӯдаконаи Тольикистон. - 2011. - №2. - С.32-35.
- [5-А] Достиев Л.Р.Бедардкунни дарозкардашудаи эпидуралӣ ўамчун тарзи пешгирӣ ва табобати ногузаришии рудањо / Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, Х.Р. Кодиров// Педиатрия ва лъарроњии кӯдаконаи Тольикистон. - 2011. - №2. - С.36-39.
- [6-А] Достиев Л.Р.Усуљои бедардкунӣ дар давраи баъдазъарроңї ба баъодињии мукоисавии онъю / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия ва лъарроњии кӯдаконаи Тольикистон. - 2012. - №4(16). - С.21-24.
- [7-А] Достиев Л.Р.Бедардкунни баъдазъарроңї йангоми лъарроњинъо дар ковокии шикам / Л.Р.Достиев, М.Т.Аминов // Педиатрия ва лъарроњии кӯдаконаи Тольикистон. - 2013. - №3. - С.47-51.
- [8-А] Достиев Л.Р.Бедардкунни перидуралӣ дар давраи барвактии баъдазъарроңї / Л.Р. Достиев, З.К. Фатхулоев // Педиатрия ва лъарроњии кӯдаконаи Тольикистон. - 2013. - №3. - С.51-58.

Рўйхати инхисорот ва ишорањои шартї

БАНН–бедардкунни аз лъониби ниёзманд назоратшаванда
ФШ–фишори шараёнї
НЬРН – норасони ъубобагї-респиратории нафас
ХА – хавфи анестезиологї
БНП – бедардкунни њабии периуралї
ЛъБШ–љадвали биної-шабењї
ТНД–таѓирпазирии назми дил
УМР–увзъюи мейдаю руда
ЗВБ – зариби вазни бадан
ЗШ–зариби шиддатнокї
БТП – бедардкунни тасрибии периуралї
ТИ–табобати интенсивї
КНН - кардионазмнигорї
ЊАА–њолати атсидї-асосї
МТП–муассисањои табобатї-пешгирої
ЗЛЗ – зариби лейкотситарии занъролудї
ЊДД – њальми даќиќагии дил

НММ – нъальмъои миёнаи молекула
ММТ – Маркази миллии тиббї
МЗИН–маводъои зиддиилтињобии нестероидї
ХЉ – хавфи лъарроњї
МУГР–муќовимати умумии ғайримарказии рагї
ШАЭВТИ–шульбаи анестезиология, эњёва табобати интенсивї
БДП –бедардкунни дарозкардашуудаи периуралї
ЛъТ–Лъумъурии Тольикистон
ЗД – зариби дил
СДР– системаи дилу рагї
НЗ – нъальми зарбавї
ФМВ–фишори марказии варидї
ЗЭ – зањролудии эндогенї
БП –бедардкунни периуралї
БПНН–бедардкунни периуралии ниёзманд назораткунанда
Нв - 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 гемостаза. 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 (10-15мг 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.

Капельное введение обезболивающих препаратов комбинацией с местными и 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

**Аннотация
Достиев Латиф Рањмонович**

**Бедардкунни периодуралі ва ыная анальгезия и контроль её
эффективности после абдоминальных операций**

Калимањои калиді: бедардкунни периодуралі, дард, давраи баъдазъарроњї, табобати интенсиві.

Маќсади тањќикот. Беңтар кардан натиљањои ташхис, назорат ва сифати бедардкунни баъдазъарроњї ъянгоми дахолатњои лъарроњї дар ковокии шикам.

Объекти тањќикот. Объекти тањќикот 96 нафар беморон баъд аз дахолатњои лъарроњии дараљаи вазниниашон гуногун дар узвъюи ковокии шикам дар давраи аз соли 2014 то соли 2016, баъд аз дастамалъюи лъарроњї дар шароити шуъбаи анестезиология ва эъёи МД Маркази миллии тиббии йилеми Тољикистон “Шифобахш” буданд.

Маводи тањќикот. Маводи тањќикот сатъи возењияти алоими баъдазъарроњии дард дар заманаи тарзъюи гуногуни якъояннамоии воридсозии бедардкунандањои мавзеї ва нашъадор дар фосилаи периодуралі мебошад.

Маводъю омӯзиши илмї баъодињии ъюлати бемор дар давраи пеш аз лъарроњї ва давраи барвактии баъдазъарроњї, таъсир ба раванди онъю бо усуљои гунонуни бедардкунни баъдазъарроњї мебошад.

Усуљои тањќикот: Дар кор усуљои клиникї-лабораторї, биохимияї ва омории тањќикот истифода бурда шуданд. Методологияи кор аз тањлили усуљои бонизом ва маъмуни маълумоти адабиёт, клиникї, лабораторї ва таъњизотии тањќикот иборат ёфтааст. Усуљое, ки дар кор истифода шудаанд: хулосагирии тањлилии адабиёт оид ба масъала; тањлили таръеени тарьихъюи беморї бо муайяннамоии шумораи воҳӯриш, сабаби баамалои бемории асосї, оризањои он, лъанбањои мушкилидор дар ташхис ва табобати гурӯњи мазкури беморон; тањияи таръи тањќикот ва табобат дар гурӯњи бартаридошта; коркарди омории натиљањо ва ғайра. Муоинаи холисонаи клиникї-лаборатории беморон. Бо ёрии усуљои дар боло зикргардидаи муоинаи клиникии беморон барои баъодињии ъюлати умумии ниёзманд, муайян кардани мавъудияти беморињои ъамрадиф ва нишонањои талофинопазирии он имконият ба миён омад.

Натиљањои бадастомада ва навоварии онъю: Бедардкунни периодуралі ба нишондодъюи асосии гардиши хун, нафас ва гемостаз таъсири манғї намерасонад. Тасриби якъояннамоии бедардкунандањои нашъадор ва мавзеї дар минтақаи периодуралі дар давраи баъдазъарроњї барои кам

кардани масрафи бедардкунандањои мавзеј ъянгоми (БПНН) то 8,2%, ъянгоми (БЊП) то 6,3%, ъянгоми (БТП) то 10,5% ва маводњои нашъадор ъянгоми (ПАКП) то 19,1%, ъянгоми (БПА) то 15,2 %, ъянгоми (ИПА) то 21,4% имконият медињад.

Мувофики натиљањои тањлил усули бедардкунни дарозкардашудаи периуралӣ дар давраи бъядазъарроњи метавон хулоса баровард, ки усули мазкур ба таври возеъ хавфи баамалоии таъсироти номатлубро аз маводњои нашъадор (вайроншавии нафас, хоболудии зиёд, хориши пуст вималали рудањо)-ро паст менамояд

Тавсияњо оид ба тањкиќот: Дар давраи барвактии бъядазъарроњи, ъянгоми истифодаи бедардкунни периуралӣ якъоянамоии бедардкунандањои мавзеј ва нашъадор, усули интихоб мебошад. Вориднамоии қисмии бедардкунандањо дар минтаќаи периуралӣ бъяд аз дахолати лъарроњи дар калонсолон мувофики наќша: мањлули 0,5% бупивикаин (10-15мг бъяд аз 3 соат) ва морфин 0,07-0,08 мг/кг (5 мг бъяд аз 12 соат). Ўянгоми зарурият ё бо дарҳости ниёзманд вояи иловагии морфин бо 1 ммг дар 3 мл мањлули физиологӣ ба таври периуралӣ ворид карда мешавад.

Вориднамоии қатрагии маводњои бедардкунанда дар ъямроњнамоии бедардкунандањои мавзеј ва маводњои нашъадор дар минтаќаи периуралӣ, бъяд аз дахолати лъарроњи дар узвъи ковокии шикам, бо суръати оғоз ёфтани 6 мл/соат тавсия кардан мумкин аст. Ўянгоми самараи нокифоя суръати вориднамоии омехтаи бедардкунанда бо 1 мл ъяр як соат зиёд карда мешавад.

Соњаи истифоданамої: Иншоршиносӣ ва таҳдиромӯзӣ, лъарроњи.

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.