

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В СНИЖЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Р.А. Оморов, А.У. Айткеев, Р.К. Кубатбеков

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии им. акад. Рыскуловой К.Р.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе приведены данные сравнения использования мер по снижению болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии с использованием традиционных медикаментозных средств и усовершенствованного нашего метода. У 79 больных после лапароскопической холецистэктомии применены обезболивающие средства внутримышечно, а у 68 больных применен усовершенствованный метод. Сравнение показало более высокую эффективность при использовании усовершенствованного метода.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, постлапароскопический болевой синдром.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КИЙИНКИ ООРУ СИНДРОМУН ТӨМӨНДӨТҮҮҮҮЧҮН КОМПЛЕКСТҮҮ МАМИЛЕ

Р.А. Оморов, А.У. Айткеев, Р.К. Кубатбеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Акад. Рыскулова К.Р. атындагы факультеттик хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште келтирилген маалыматтар салттуу дары-дармектер менен биздин жакшыртылган ыкма менен жасалган лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромун басаңдатуу боюнча чаралардын салыштыруусу берилген. Лапароскопиялык холецистэктомиядан кийин 79 бейтапка анестетик дары-дармектери колдонулган, 68 оорулуга биздин жакшыртылган ыкма колдонулду. Салыштыруунун негизинде жакшыртылган ыкманын пайдалануусу жогорку натыйжалуулугун көрсөттү.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу, лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы, лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромы.

COMPLEX APPROACH IN REDUCING THE PAIN SYNDROME AFTER VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

R.A. Omorov, A.U. Aitikeev, R.K. Kubatbekov

The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Chair of faculty surgery named after acad. Ryskulova K.R.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The work presents data comparing the use of measures to reduce pain after laparoscopic cholecystectomy using traditional medicines and our improved method. In 79 patients after laparoscopic cholecystectomy, analgesics were used intramuscularly, and in 68 patients, an improved method was applied. The comparison showed a higher efficiency when using an improved method.

Keywords: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, post laparoscopic pain syndrome.

Введение. Золотым стандартом в лечении желчекаменной болезни (ЖКБ) является, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Лечение ЖКБ насчитывает немногим более 100 лет. Ежегодно в мире выполняется около полутора миллионов холецистэктомий (ХЭ), причем в США – 600-700 тыс в год, в России – 200-300 тыс. [1]. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия во всем мире выполняется примерно у 80-90% пациентов. Она имеет значительные преимущества перед открытой холецистэктомией,

проявляющееся уменьшением числа осложнений и ранним восстановлением пациентов. Сложилось представление, что ЛХЭ не только безопасна, но и безболезненна в послеоперационном периоде. Боль после лапароскопических операций пространственно распределена и настолько уникальна, что часто упоминается как «постлапароскопический болевой синдром» [2,3].

В литературных данных исследователи отмечают необходимость применения обезболивающих средств на протяжении 3-5 дней, так как у больных

боли имеют место не только в области троакарных ран, но и боли в правом подреберье с иррадиацией в плечо и руку. Идут поиски мер, которые бы снизили выраженность болевого синдрома. Боль препятствует активизации в полном объеме и увеличивает сроки пребывания в стационаре. Клинические наблюдения показывают, что именно болевой синдром вкупе с тошнотой и рвотой является одной из наиболее распространенных жалоб пациентов в первые сутки после ЛХЭ [4, 5].

Целью исследования является обоснование применения усовершенствованного подхода в снижении болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы

В данной работе представлен анализ лапароскопического лечения ЖКБ в период с сентября по декабрь (включительно) 2017 г. В программу были включены 147 пациентов, поступивших в плановом и экстренном порядке с диагнозом хронический и острый калькулёзный холецистит. Возраст пациентов колебался от 21 до 78 лет, женщин – 108 (73,5%), мужчин – 39 (26,5%). Больные разделены на 2 группы: группа А (79 чел) и группа Б (68 человек), в группе А после ЛХЭ применялись медикаментозные средства: морфин, кетонал, кетопрофен и ксефокам внутримышечно, а в группе Б исполь-

зовался усовершенствованный метод по уменьшению боли после ЛХЭ, который заключался в следующем:

- использовался лидокаин 1% – 40 мл или 0,5%-80 мл в троакарные раны после выполнения операции инфильтративно, в ложе желчного пузыря и в правый купол диафрагмы в виде орошения.
- удаление остаточного газа (СО2) из брюшной полости электроотсосом.
- применение нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, кетопрофел, ксефокам и т.п.) в послеоперационном периоде и отказ от наркотических анальгетиков.

В программу не были включены пациенты с осложнениями ЖКБ (холедохолитиаз, холангит, синдром Мириizzi, стриктура сфинктера Одди), и тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом, использовали 3 порта (2-10 мм и 1-5 мм) или 4 порта (2-10 мм и 2-5 мм).

Для выявления интенсивности болевого синдрома через 2, 4, 16, 24, 48, 72 часа после операции использовали показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (табл. 1) [6], которой пользуются анестезиологи и реаниматологи.

Таблица 1

Показатели ВАШ

0	1	2	3	4	5
Отсутствует боль	Легкая боль	Средняя боль	Выраженная боль	Сильная боль	Невыносимая боль
0	1-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Результаты и обсуждение

Применение у 68 пациентов группы «Б» с ЖКБ мер по комплексному подходу в снижении болевого синдрома при ЛХЭ позволило снизить болевой синдром на 1,5 раза по интенсивности по сравнению с группой «А» и на 8-12 часов по продолжительности.

В группе «А» больным в послеоперационном периоде однократно проводилась анестезия наркотическим анальгетиком, что увеличивало время нахождения больного в реанимации и отдаляло время активизации больного на 2-4 часа. ВАШ у группы «А» в первые сутки находился в районе 3-4 (у 64 чел. – 81%), и держался до конца 2 суток, тогда как у группы «Б» ВАШ был в районе 1-2 (у 62 чел. – 91%) и продолжался только первые сутки, далее рекомендовали обезболивание по мере появления боли и обязательно перед сном.

Локализация боли тоже отличалась у двух групп: у группы «А» (рис. 1) боли локализовались в плече, в правом подреберье (в области дренажной трубки) и в области троакарных ран, тогда как у группы «Б» (рис. 2) боли локализовались лишь в области эпигастрия – троакарной раны из которой извлекался желчный пузырь. Это объясняется тем, что боль возникает в тех местах под воздействием ряда факторов:

- травматизация и перерастяжение мышц передней брюшной стенки [6] (предпочтение 1 портового и 3 портовых манипуляций)
- воздействие на правый купол диафрагмы (при наполнении брюшной полости газом)
- оставление дренажа всем больным без разбора.
- поздняя активизация и удаление остатков газа.

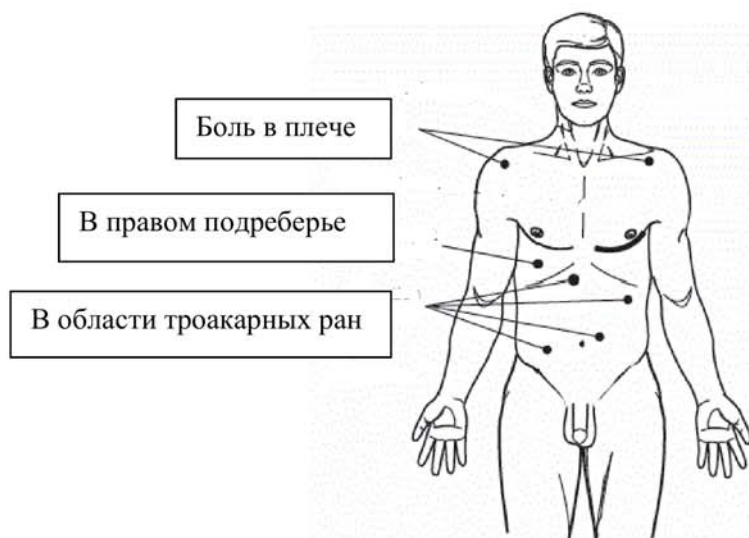


Рис. 1. Локализация болей у больных группы «А».

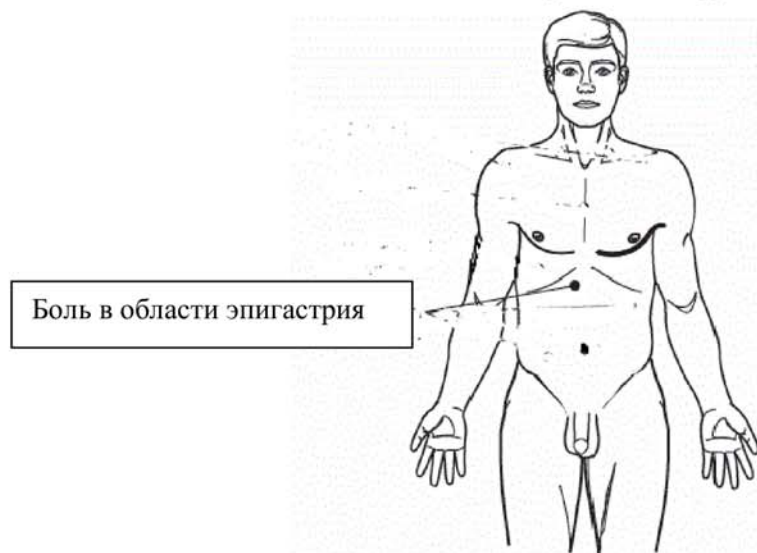


Рис. 2. Локализация болей у больных группы «Б».

При анализе болевого синдрома в группе "Б" было установлено, что после применения инфильтрации зон троакарных ран, ложа желчного пузыря и купола диафрагмы раствором лидокаина в первые сутки не требовалось применение наркотических анальгетиков, а в последующие дни нестероидные противовоспалительные средства в количестве 2-3 раза в 1 и 2 сутки.

Выводы:

1. После ЛХЭ возникновение болевого синдрома имеет немаловажное значение в оценке состояния больного и требует применения обезболивающих средств.
2. Использование раствора Лидокаина для обезболивания брюшной полости и троакарных ран снижает интенсивность болевого синдрома в 1,5 раза и продолжительность на 6-12 часов.
3. Предложенная методика проста по выполнению и не требует повышения материальных затрат и должна найти применение при ЛХЭ.

Литература

1. Ильченко, А.А. *Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп.* / А.А. Ильченко. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 880 с.
2. Riedel, H.H. *Das postpelviskopische-(laparoskopische) Schmerzsyndrom [The postlaparoscopic pain syndrome].* / H.H. Riedel, K. Semm//, *Geburtsh Frauenheilk - 1980; vol.40.- P. 635-643.*
3. Pier, A. *Das postlaparoskopische Schmerzsyndrom. Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten Studie* / [A Pier, M Benedic, B Mann et al.]// *Chirurg. - 1994; vol. 65. - P. 200-208.*

4. Hashemi, S. *Paravertebral block using bupivacaine with/without fentanyl on postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: A double blind, randomized, control trial*, / S.Hashemi, S.Heydari, S. Hashemi // *Adv. Biomed Res.* 2014. - vol. 4. №3. - P. 187-188.
5. Hwang, B.Y. *Oxycodone vs. fentanyl patient-controlled analgesia after laparoscopic cholecystectomy* / [B.Y. Hwang, J.Y. Kwon, E. Kim et al.] // *Int. J. Med. Sci.* - 2014. - vol. BP, №7. - P. 658-662.
6. Michaloliakou, C. *Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy*. / C. Michaloliakou, F. Chung, S. Sharma // *Anesth Analg.* - 1996. - Vol. 82. - P. 44-51.