

УДК 616-089.168.1:615.212

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АНАЛЬГЕЗИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Губко А. Ю., Грибанова В. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Е. И. Михайлова*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эффективная анальгезия является одной из приоритетных задач раннего послеоперационного периода. Снижение интенсивности болевого синдрома способствует более ранней активизации пациента, снижает частоту возникновения послеоперационных осложнений и хронических болевых синдромов [1]. Несмотря на то, что в настоящее время имеется широкий выбор лекарственных препаратов, обладающих анальгетической активностью, а также методов немедикаментозного обезболивания, многочисленные исследования, проведенные в разных странах, выявили недостаточную анальгезию раннего послеоперационного периода почти у 50 % пациентов [2, 3]. В связи с этим, оценка интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде с последующим подбором анальгетика имеет большое практическое значение.

Цель

Провести анализ качества анальгезии в раннем послеоперационном периоде у пациентов хирургического отделения № 1 ГУЗ ГОКБ.

Материал и методы исследования

В ходе исследования было проведено анкетирование 120 пациентов подвергшихся оперативному вмешательству. 60 пациентам была выполнена холецистэктомия (из них 30 пациентов были прооперированы открытым способом и 30 лапароскопически). Другим 60 пациентам была произведена аппендэктомия (из них 30 пациентов были прооперированы открытым способом и 30 лапароскопически). Для оценки интенсивности болевого синдрома использовалась 5-балльная вербальная шкала оценки боли (А. J. M. Frank, J. M. H. Moll, J. F. Hort, 1982). Обработка результатов исследования производилась при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

С целью купирования болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде применялись препараты группы НПВС, такие как кеторолак или анальгин (метамизол натрия). Препараты вводились внутримышечно. Оценка болевого синдрома производилась до применения препарата и через час после его применения. Пациенту предлагалась оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале, где 0 — отсутствие боли; 1 — боль слабой интенсивности; 2 — боль средней интенсивности; 3 — сильная боль; 4 — очень сильная боль. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка степени обезболивания

Вид оперативного вмешательства	Холецистэктомия		Аппендэктомия	
	лапароскопический	открытый	лапароскопический	открытый
До применения Кеторолака	1,93	2,86	1,60	2,33
После применения Кеторолака	0,67 (-65,28 %)	1,66 (-41,9 %)	0,93 (-41,81%)	1,40 (-40,26 %)
До применения Анальгина	1,86	2,73	1,53	2,46
После применения Анальгина	0,93 (-50 %)	1,86 (-31,86 %)	1,06 (-30,77 %)	1,73 (-29,62 %)

Из данных таблицы 1 следует, что оперативные вмешательства открытого типа, в сравнении с лапароскопическими, характеризуются большей степенью травматичности и, следовательно, более выраженным болевым синдромом. Вне зависимости от способа оперативного вмешательства, интенсивность болевого синдрома в группе холецистэктомии была несколько выше. В целом, купирование болевого синдрома при использовании кеторолака было более эффективным. В зависимости от вида и способа оперативного вмешательства, кеторолак снижал интенсивность боли на 65,28–40,26 %. Анальгин уменьшал интенсивность болевого синдрома на 29,65–50 %. Однако, после его применения у пациентов, перенесших оперативные вмешательства открытого типа, сохранялся болевой синдром, оцениваемый пациентами почти в 2 балла по шкале.

Выводы

Таким образом, был выявлен недостаточный уровень анальгезии при применении анальгина в раннем послеоперационном периоде в группе оперативных вмешательств открытого типа. Оперативные вмешательства открытого типа характеризуются более интенсивным болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде, что требует назначения более эффективных анальгетиков, таких как кеторолак, либо препаратов из группы наркотических анальгетиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овечкин А. М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания / А. М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2015. — Т. 9, № 2. — С. 29–40.
2. Котаев, А. Ю. Принципы обезбоживания в послеоперационном периоде / А. Ю. Котаев, А. В. Бабаянц // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 7. — С. 479–481.
3. Послеоперационная анальгезия в комплексе анестезиологического пособия на основе объективизации периоперационной оценки боли / А. С. Попов [и др.] // Фундаментальные исследования. — 2015. — № 1–9. — С. 1907–1910.

УДК 616-092.19

ВЛИЯНИЕ ВВЕДЕНИЯ СЕМАКСА НА ИЗМЕНЧИВОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ И МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-БОЛЕВОМ СТРЕССЕ

Драгозов И. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *О. М. Шепелева*

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

На сегодняшний день в многочисленных исследованиях представлен множественный характер биологических эффектов регуляторных пептидов и препаратов, которые создавались на их основе. Получены данные о влиянии препарата семакс на показатели, характеризующие морфофункциональное состояние печени в условиях стресса. При этом известно, что состояние органа в целом определяется рядом отдельных показателей, раздельное исследование которых часто не позволяет судить об изучаемом процессе в полной мере, что обуславливает необходимость анализа взаимосвязи между ними.