

ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ АНАЛЬГЕЗИИ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ТОРАКАЛЬНОГО И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

© *Беляева А.П., Михайленко А.В.*

Научный руководитель: доц. Гаврилова Е.Г.
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова

Контактная информация: студентка 5 курса, лечебный факультет.
E-mail: Stasy_Anastasy1999@mail.ru

Ключевые слова: анальгезия; болевой синдром; послеоперационное обезболивание.

Актуальность исследования: оценка болевого синдрома после различных оперативных вмешательств является недооцененной проблемой. Болевой синдром может быть причиной, влияющей на качество жизни пациента в послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить уровень болевого синдрома у пациентов после кардиохирургических и торакальных оперативных вмешательств в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: обследовано 24 пациента (55±). Было сформировано 2 группы: 12 пациентов после кардиохирургических оперативных вмешательств и 12 — после торакальных вмешательств. Критерии включения: возраст, операции на грудной клетке, с последующим дренированием плевральных полостей.

В рамках исследования регистрировалась субъективная оценка боли с использованием вербальной рейтинговой шкалы (ВРШ). Объективную оценку уровня боли проводили с помощью таких параметров, как АД и ЧСС.

Оценку болевого синдрома проводили в первые 3 часа после оперативного вмешательства и на 2-е сутки после операции, а также оценивался уровень боли до форсированного вдоха и на высоте форсированного вдоха.

Результаты: в 1 группе средний уровень боли до вдоха составил 4,3, после — 6,8. Обезболивание проводилось эпидуральной анальгезией ропивакаином, в сочетании с 30 мг кеторола в/в. При этом 50% пациентов оценили уровень боли более 5 баллов по ВРШ, в то же время после глубокого вдоха уже 100% говорили о выраженной боли.

В группе кардиохирургических операций средний уровень боли до вдоха составил 4, после — 4,9 по ВРШ. Количество пациентов, оценивших уровень боли как выраженная до и после вдоха, остался одинаковым — 50%. Обезболивание проводилось путем в/в постоянной инфузии фентанила 50 мкг/час, в сочетании с болюсом 30 мг кеторола.

Значимое изменение АД (более 10%) в группе торакальных больных отмечено у 8,3% пациентов, ЧСС — у 58,3%. В группе кардиохирургических больных изменение АД после провокации боли отмечено у 33%, ЧСС — у 8,3%.

Выводы: уровень боли более 5 по ВРШ и частота болевого синдрома были значительно выше у торакальных больных, чем у пациентов после кардиохирургических операций. Изменение ЧСС является наиболее быстро меняющимся параметром при увеличении интенсивности болевого синдрома.

Литература

1. Овечкин А.М. Лечение послеоперационной боли — качественная клиническая практика: общие рекомендации и принципы успешного лечения боли. Перевод и общая редакция А.М. Овечкина. М.: Astra Zeneca, 2006. — 55 с.
2. Hitt, J. M., Demmy, T. L. Managing pain after thoracic surgery. Lung Cancer Management, 2013. — 369–379.
3. Краев, М. А. Однолѳочная вентиляция как компонент анестезиологического пособия в торакальной хирургии у детей / М. А. Краев, Е. А. Капралова // Forcipe. — 2020. — Т. 3. — № S1. — С. 88–89. — EDN BARWCC.