

КРИТЕРИИ НЕОБХОДИМОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛОР ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

© Маркувенайте Вера Антоновна

Научный руководитель: к. м. н., доцент Власова Г.В.

Кафедра оториноларингологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Контактная информация: Маркувенайте Вера Антоновна — студентка 4 курса Педиатрического факультета.

E-mail: verrallm15@gmail.com

Ключевые слова: послеоперационный болевой синдром, дети.

Актуальность исследования: в детской оториноларингологии послеоперационный период характеризуется болевым синдромом слабой и средней интенсивности. Такой уровень боли позволяет использовать контролируемую пациентом анальгезию (КПА), т.е. применять обезболивание тогда, когда пациент в нем нуждается. В детской практике КПА должна осуществляться под контролем врача, дающего комплексную оценку боли на основании ее критериев: интенсивность, характер, длительность и болевое поведение [1,2,3].

Цель исследования: выявить наиболее значимые критерии болевого синдрома у детей, свидетельствующие о необходимости послеоперационного обезболивания.

Материалы и методы: в ЛОР отделении СПбГПМУ проведена оценка болевого синдрома и частоты послеоперационного обезболивания в раннем послеоперационном периоде у 250 детей 3–17-ти лет. Дети разделены на группы в зависимости от проведенной операции: аденотомия (n=100; ср. возраст — 6,3+2,2 лет); аденотонзиллотомия (n=40; ср. возраст — 5,2+1,3 лет); двусторонняя тонзиллэктомия (n=20; ср. возраст — 14,1+3,1 лет); септопластика (n=20; ср. возраст — 16,7+0,9 лет); эндоларингеальное удаление папиллом гортани (n=20; ср. возраст — 9,6+3,1 лет); операции на среднем ухе (n=50; ср. возраст — 11,1+3,1 лет). Оценка болевого синдрома проводилась по критериям: интенсивность, характер, длительность боли и болевое поведение. Обезболивание осуществлялось по требованию внутривенным введением метамизола натрия в возрастной дозировке и у детей старше 16 лет — кеторола.

Результаты: в 90% случаев причиной требования пациентом обезболивания оказалась интенсивность боли. В группе детей, перенесших тонзиллэктомию, у 67% отмечался болевой синдром средней и у 33% — сильной интенсивности; в первые сутки обезболивание осуществлялось у 100% больных. У 70% детей, перенесших операцию на ухе, боль была средней и у 6% — сильной интенсивности. В обезболивании в 1-е сутки нуждались 69% пациентов. 64% пациентов после септопластики оценивали боль как среднеинтенсивную, в обезболивании нуждались 60%. Боль после эндоларингеального удаления папиллом гортани была средней интенсивности у 63% пациентов, в обезболивании нуждались 50%. После аденотонзиллотомии боль средней интенсивности испытывали 62% детей, однако в обезболивании нуждались 84% пациентов. В группе детей, перенесших аденотомию средний болевой синдром — 3%, сильный — 2%, а слабый — 68%. Но в обезболивании нуждались 60% пациентов. Характерно, что операции на глотке ограничивают значимые функции организма, формируется болевое поведение. Боль в горле влияет на возможность приема пищи, резко ограничивает физическую активность, является причиной вынужденного положения больного, нарушения сна, поведения.

Выводы: основными критериями необходимости обезболивания являются: 1) оценка интенсивности пациентом испытываемой боли как средней или сильной; 2) формирование болевого поведения, свидетельствующего о нарушении значимых функций организма (отказ от еды, вынужденное положение, нарушение сна, необычное поведение).

Литература

1. Власова Г.В., Вагин А.В. Послеоперационный болевой синдром в детской оториноларингологии. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2021. Т. 27. № 1. С. 61–71.
2. Маркувенайте В.А. Особенности диагностики послеоперационного болевого синдрома в детской оториноларингологии. *Forcipe*. 2021. Т. 4. № S1. С. 648–649.
3. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1072 с.: ил.