

УДК: 616-08

DOI:10.55359/2782-3296.2022.40.20.029

СРАВНЕНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ И НИЗКООПИОИДНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Мартынов Д.В., Руденко Ж.А., Вовкочин А.И.**ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Ростов-на-Дону*

Резюме: В настоящее время наиболее рациональным подходом к периоперационному обезболиванию является мультимодальная аналгезия, т.е. одновременное воздействие как минимум на два уровня формирования болевого синдрома. Цель исследования: оптимизировать интра- и послеоперационное обезбоживание, а также снизить количество опиоид-индуцированных побочных эффектов анестезии при тиреоидэтомии за счет уменьшения применения опиоидов. Применение опиод-сберегающих технологий позволяет достоверно уменьшить расход наркотических анальгетиков во время операции и удлиняет время первого требования анальгетика в послеоперационном периоде. Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде была достоверно меньше только в первые два часа. В последующие часы отмечена четкая тенденция к уменьшению болевого синдрома. Частота случаев ПОТР также была значимо меньше в группе низкоопиоидной анестезии. Уменьшение расхода наркотических анальгетиков является несомненно важным преимуществом, позволяющим минимизировать количество опиоид-индуцированных побочных эффектов анестезии в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациентов.

Ключевые слова: обезбоживание, низкоопиоидная анестезия

COMPARISON OF TRADITIONAL AND LOW-OPIOID ANESTHESIA DURING THYROID SURGERY

*Martynov D.V., Rudenko Zh.A., Vovkochin A.I.**Rostov State Medical University
Ministry of Health of the Russian Federation», Rostov-on-Don*

Summary: Currently, the most rational approach to perioperative analgesia is multimodal analgesia, i.e. simultaneous exposure to at least two levels of pain syndrome formation. The aim of the study was to optimize intra- and postoperative anesthesia, as well as to reduce the number of opioid-induced side effects of anesthesia during thyroidectomy by reducing the use of opioids. The use of opioid-saving technologies makes it possible to significantly reduce the consumption of narcotic analgesics during surgery and lengthens the time of the first analgesic requirement in the postoperative period. The intensity of the pain syndrome in the postoperative period was significantly less only in the first two hours. In the following hours, there was a clear tendency to decrease the pain syndrome. The incidence of PTR cases was also significantly lower in the low-opioid anesthesia group. Reducing the consumption of narcotic analgesics is undoubtedly an important advantage, allowing to minimize the number of opioid-induced side effects of anesthesia in the early postoperative period, promotes earlier activation of patients.

Keywords: anesthesia, low-opioid anesthesia

Актуальность: Синтетические опиоидные анальгетики длительное время считались эталонными препаратами для анестезиологического обеспечения большинства хирургических вмешательств. Эти препараты достоверно уменьшают ноцицептивную соматическую, висцеральную и невропатическую боль. Однако, в последние годы накоплено достаточно убедительных данных о том, что они также могут приводить к нежелательным

эффектам, таким как угнетение дыхания, задержка мочи, тошнота и рвота, запор, зуд, опиоид-индуцированная гипералгезия, толерантность и нарушения иммунной системы. Операции на щитовидной железе, несмотря на кажущуюся невысокую травматичность, традиционно выполняются с применением опиоидов интраоперационно, и довольно часто требуется их применение и после операции. В настоящее время наиболее рациональным подходом к периоперационному обезболиванию является мультимодальная аналгезия, т.е. одновременное воздействие как минимум на два уровня формирования болевого синдрома.

Цель исследования: оптимизировать интра- и послеоперационное обезбоживание, а также снизить количество опиоид-индуцированных побочных эффектов анестезии при тиреоидэктомии за счет уменьшения применения опиоидов.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 96 пациентов хирургического отделения клиники Ростовского ГМУ в возрасте от 24 до 69 лет, обоих полов, которым выполнялась тиреоидэктомия по поводу рака щитовидной железы или многоузлового нетоксического зоба. Риск по ASA у всех пациентов соответствовал 1-2 степени. Критерием исключения было наличие аллергии на применяемые препараты.. Всем пациентам операции выполнялись в условиях индукции пропофолом, ингаляционной анестезии севофлураном и миоплегией рокурония бромидом. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом, всем пациентам выполнялась тиреоидэктомия, в отдельных случаях дополняемая лимфодиссекцией.. В 1 группе (n = 47) использовалась традиционная схема дозирования фентанила по гемодинамическим показателям, во 2 группе (n = 52) - после введения вместе с индукцией 100 мкг фентанила проводилась дозированная инфузия дексметомидина в дозе 0,3 – 0,8 мкг/кг в час и кетамина (болюс 0,25 мг/кг, поддержание – 0,1 мг/кг в час). В послеоперационном периоде всем пациентам для обезбоживания использовался 5% р-р кетопрофена в дозе 2 мл по требованию пациента. Для оценки результатов принимались во внимание: расход фентанила во время операции, время первого требования анальгетика в после операции, выраженность болевого синдрома на различных этапах послеоперационного периода, частота послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Для оценки выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде использовалась 10-ти балльная визуально – аналоговая шкала (ВАШ) через 2, 6 и 18 часов после операции. Результаты обрабатывались статистически с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 10.0.

Результаты. В результате проведенного исследования получены следующие результаты. Расход фентанила во время операции во II группе оказался достоверно ($p = 0,001$) ниже ($1,2 \pm 0,3$ мкг/кг веса) против показателей I группы ($6,1 \pm 0,4$ мкг/кг веса). Время первого требования анальгетика в I группе составило в среднем 80,6 мин, тогда как во II группе – 124,3 мин ($p = 0,001$). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в первые два часа после операции составила в I группе 4,3 против 2,2 во II группе ($p = 0,05$); после 6 часов 3,3 и 2,1 соответственно ($p = 0,04$); 0,8 и 0,6 – после 18 часов от окончания операции ($p = 0,29$). Частота случаев ПОТР составила в I группе 18 против 5 во II группе ($p = 0,002$).

Закключение. Применение опиоид-сберегающих технологий позволяет достоверно уменьшить расход наркотических анальгетиков во время операции и удлиняет время первого требования анальгетика в послеоперационном периоде. Интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде была достоверно меньше только в первые два часа. В последующие часы отмечена четкая тенденция к уменьшению болевого синдрома. Частота случаев ПОТР также была значимо меньше в группе низкоопиоидной анестезии.

Уменьшение расхода наркотических анальгетиков является несомненно важным преимуществом, позволяющим минимизировать количество опиоид-индуцированных побочных эффектов анестезии в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациентов.