

УДК: 616.35-089.5

КОЛОПРОКТОЛОГИК ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ



Гойибов Салим Сайдуллаевич

Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕАЦИЯХ

Гойибов Салим Сайдуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

EFFECTIVENESS OF ANESTHESIA METHOD IN COLOPROCTOLOGICAL OPERATIONS

Goyibov Salim Saydullayevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Хорижий адабиётларнинг ретроспектив таҳлили маълумотларига кўра, сурункали геморройнинг аниқланиш частотаси 1000 нафар вояга етган аҳоли орасида 250 кишини ташкил этади, уларнинг 75 фоизи эса меҳнат фаолияти билан банд бўлган шахслардир. Тадқиқотнинг мақсади: проктологик жарроҳлик амалиётлари вақтида таклиф этилган оғриқсизлантириш усулининг самарадорлигини баҳолашдир. Проспектив тадқиқотимизга 24 ёшдан 53 ёшгача бўлган, 3-4-босқич геморрой касаллиги билан оғриган 80 нафар бемор жалб қилинди. Барча беморлар 40 нафардан иборат икки гуруҳга тақсимланди. Ҳар иккала гуруҳда жарроҳлик амалиёти спинал анестезия остида, пропофол ёрдамида седация қилиниб бажарилди. Гуруҳлар таққосланганда мотор ва сенсор блок, бупивакаин 10,0 мг дозада юборилганда Бромейдж шкаласи бўйича мотор блок даражаси ҳар иккала гуруҳда $2,35 \pm 0,4$ баллни, 7,5 мг дозада эса $2,15 \pm 0,3$ баллни ташкил этди.

Калит сўзлар: спинал анестезия, геморрой, бупивакаин, тамсулазин.

Abstract. According to data from a retrospective analysis of foreign literature, the prevalence of chronic hemorrhoids is 250 individuals per 1000 adult population, 75% of whom are professionally active. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of the proposed anesthesia method during proctological surgical procedures. A prospective study included 80 patients aged 24 to 53 years with stage III–IV hemorrhoidal disease. All patients were divided into two groups of 40 individuals each. In both groups, surgical procedures were performed under spinal anesthesia combined with intravenous sedation using propofol. Assessment of motor and sensory block in the compared groups showed that administration of bupivacaine at a dose of 10.0 mg resulted in a Bromage motor block score of 2.35 ± 0.4 points in both groups, while a dose of 7.5 mg corresponded to a score of 2.15 ± 0.3 points.

Key words: spinal anesthesia, hemorrhoids, bupivacaine, propofol.

Кириш. Оралик соҳа патологияси кўп йиллар давомида умумий жарроҳлар эътиборини тортиб келмоқда ва асосли равишда бу соҳага нафақат колопроктолог-жарроҳлар, балки даволаш жараёнига иштирок этадиган турдош мутахассис шифокорларининг ҳам қизиқиши юқори эканлигини кўрсатмоқда. Ўрганилган адабиётларнинг ретроспектив таҳлили маълумотларига кўра, сурункали геморройнинг учраш частотаси 1000 нафар аҳоли орасида 250 кишини ташкил этади, уларнинг 75 фоизи эса меҳнат фаолияти билан банд бўлган аҳолидир [2, 5]. Геморройнинг йўғон ичак касалликлари

таркибидаги улуши турли мамлакатларда фарқ қилади: Европа давлатларида - 35-60%, АҚШда - 42-61%, Россияда - 32-42%, Ўзбекистонда - 37-45% ни ташкил этади [8, 9]. Ушбу патологияни асосан турли ёшдаги одамларда учрашини ҳисобга олсак, унинг ҳаёт сифатига ва меҳнат қобилиятига қандай таъсир кўрсатишини тасаввур қилиш қийин эмас. Бундан ташқари, колопроктологик патологияга боғлиқ психологик муаммолар ҳам мавжуд бўлиб, улар соматик ва психологик саломатликка ўз таъсирини ўтказиши.

Шу билан бирга, геморрой касаллигининг клиник кечиши кўпинча сурункали характерга эга

бўлиб, унинг қайталаниш эҳтимоли юқори ҳисобланади. Беморларнинг аксариятида касаллик узоқ вақт давомида яширин кечади ва фақат асоратлар пайдо бўлгандан кейин аниқланади. Бу эса ўз навбатида даволаш жараёнини мураккаблаштиради ва жарроҳлик аралашув заруратини оширади. Сўнги йилларда турмуш тарзининг ўзгариши, гиподинамия, нотўғри овқатланиш ва стресс омилларининг ортиб бориши геморройнинг кенг тарқалишига олиб келаётган асосий сабаблар сифатида кўрилмоқда.

Бундан ташқари, геморрой касаллигининг этиопатогенезида веноз қон айланишининг бузилиши, каверноз жисмларнинг кенгайиши ва бириктирувчи тўқималарнинг заифлашуви муҳим рол ўйнайди. Ушбу жараёнлар натижасида геморроид тугунлар катталашиб, клиник симптоматика - оғриқ, қон кетиш, дискомфорт ва дефекация жараёнининг бузилиши билан намоён бўлади. Бу белгилар беморларнинг кундалик фаолиятини сезиларли даражада чеклаб, уларнинг ижтимоий мослашувиغا салбий таъсир кўрсатади.

Замонавий жарроҳлик усуллари геморройни даволашда икки гуруҳга бўлинади: инвазив ва кам инвазив. Инвазив даволаш усуллари қаторига геморроидектомия киради: очик - Миллиган-Морган усули; ёпиқ - Фергусон усули; субмукозал - Паркс операцияси ва юқори технологик ускуна ёрдамида бажариладиган операциялар [1].

Ҳозирги кунда кам инвазив даволаш усуллари кенг қўлланилади: латекс ҳалқалар билан лигатсия қилиш; ички геморроид тугунларни склерозлаш; степлер ёрдамида геморроидопексия (Лонго операцияси); геморроид тугунларни дезартеризация қилиш, мукопексия билан ёки мукопексиясиз [3, 4].

Албатта, юқорида санаб ўтилган ҳар бир даволаш усулининг ўзининг афзалликлари ва камчиликлари мавжуд. Ҳар бир клиник ҳолатда даволаш усулини танлаш индивидуал ёндашувни талаб қилади ва бу беморнинг умумий ҳолати, касаллик босқичи ҳамда мавжуд асоратлар билан белгиланади.

Дошплер назорати остида ички геморроид тугунларни дезартеризация қилиш ва мукопексия операцияси ҳозирда геморройнинг васкуляр ҳамда механик факторларини ҳисобга олган ҳолда бажарилувчи, кам инвазив даволаш усули ҳисобланади. Ушбу усул геморроид тугунларга артериал қон оқимини тўхтатади ва уларни анал каналнинг тишли чизигидан юқорида ишончли тарзда маҳкамлаш имконини беради [7]. Ушбу технология кам травматиклиги, қисқа реабилитация даври ва бемор учун юқори комфорт даражаси билан ажралиб туради.

Жарроҳлик амалиётида аноректал соҳада амалга ошириладиган операцияларда турли ҳил-

даги оғриқсизлантириш усуллари қўлланилади: маҳаллий, томир ичи анестезия, икки томонлама нервлар блокадаси билан бирга томир ичи седацияси. Бироқ булардан энг афзал усул - спинал (эгарсимон) оғриқсизлантириш усули бўлиб, у колоректал соҳада самарали оғриқсизлантириш ва мушакларни бўшаштиришни таъминлаш билан бирга, нейроксиал блокадалар билан боғлиқ асоратларни камайтиради. Шу сабабли ушбу спинал анестезия тури жарроҳлик амалиёти вақтида самарадорли ва хавфсиз талабларига мос усул сифатида белгиланган [12].

Ўрганилган адабиётларга кўра, селектив нейроксиал блокадаларда (эгарсимон блок) билатерал субарахноидал анестезияга нисбатан операция вақтида ва кейинги даврда камроқ асоратлар юзага келади [10]. Кўпчилик муаллифлар ҳар қандай нейроксиал блокада усуллари қўлланишидан қатъий назар, операсиядан кейинги даврда ўткир сийдик тутилиши ва постоперацион оғриқ синдроми асорати ривожланишини қайд этишади [6].

Амалиётда аноректал соҳада амалга ошириладиган операцияларда самарали ва сифатли анестезия ўтказилиши тиббий ёрдам кўрсатиш шароитлари, техник ва функционал имкониятларига, мутахассисларнинг касбий малакасига боғлиқ, лекин бошқа муаллифлар, ушбу операцияларни амбулатор шароитда оптимал, хавфсиз ва самарали тарзда бажариш мумкинлигини таъкидлайди, бошқалар бу ишни қисқа муддатли стационар (стационар ўрнини босувчи) доирасида бажариш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайди. Шу билан бирга, регионал нейроксиал блокадалар бажарилгандан сўнг анестезиологик хавфсизлик юзасидан беморни камида 24 соат давомида динамик кузатиб бориш зарурати мавжуд [11].

Бундай талаблар, спинал анестезия амалга оширилганда постпунксион асоратлар ривожланиш хавфи сақланиб қолиши билан боғлиқ бўлиб, бу хавф қўлланилган препарат дозасидан, пунция игнасининг диаметридан ва унинг техник тузилишидан (кесилиш шакли) қатъий назар юзага келади, шунингдек, постоперацион даврда ўткир сийдик тутилишининг юқори частотаси билан ҳам изоҳланади.

Шу муносабат билан, замонавий анестезиологияда спинал анестезия техникасини такомиллаштириш, дори воситаларининг оптимал дозаларини аниқлаш ҳамда кўшимча фармакологик препаратларни қўллаш орқали ножўя таъсирларни камайтириш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда. Айниқса, операциядан кейинги даврда беморнинг тез тикланиши, оғриқ синдромининг минимал даражада бўлиши ва асоратларнинг олдини олиш колопроктологик жарроҳлик амалиётининг самарадорлигини белгиловчи асосий мезонлардан бири ҳисобланади.

Жадвал 1. Тадқиқотда иштирок этган беморлар тавсифи

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ (n=40)	Таққослаш гуруҳи (n=40)
Эркаклар/аёллар	28/12	26/14
Ёши, йил	38,6±8,3	36,9±9,6
Тана вазни, кг	78,3±10,2	79,8±11,5
Бўйи, см	169,7±8,4	168,3±9,2
ASA бўйича ҳолати, I/II	16/24	14/26
Касаллик босқичи, 3/4	17/23	15/25
Амалиёт давомийлиги, мин	41,5±5,1	38,3±3,7

Юқоридагилардан келиб чиқиб тадқиқотнинг **мақсади:** проктологик жарроҳлик амалиётлари вақтида таклиф этилган оғриқсизлантириш усулининг самарадорлигини баҳолашдир.

Материаллар ва усуллар. Проспектив тадқиқотимизга 24 ёшдан 53 ёшгача бўлган, 3-4-босқич геморрой касаллиги билан оғриган 80 нафар бемор жалб қилинди. Текширув гуруҳидаги бўлган беморлар икки гуруҳга тақсимланди. Таққосланган гуруҳлар жинс, ёш, геморрой касаллигининг босқичи, антропометрик маълумотлар, ASA (American Society of Anesthesiology) бўйича жисмоний ҳолат (I-II), касаллик босқичи ва операция давомийлиги бўйича мос келди (жадвал 1).

Тадқиқотга киритмаслик мезонларини қуйидагилар ташкил қилди: -сурункали оғриқ синдромига эга беморлар; -тадқиқотда қўлланиладиган ҳар қандай дори воситаларига аллергик реакция мавжудлиги; -геморрагик касалликлар; -жигар, буйрак ёки юракнинг оғир касалликлари; -анал соҳада фистулалар ва ёриқлар; -руҳий касалликлар -семизлик, тана вазни индекси 40 кг/м² дан юқори бўлган беморлар; -уйқудаги обструктив апное синдроми; -эркакларда простата безининг яхши сифатли гиперплазияси; ҳомиладорлик ва лактация даври.

Барча беморлар операциядан олдин ностероид яллиғланишга қарши препаратлар ва бошқа оғриқ қолдирувчи воситаларни қабул қилишни тўхтатдилар.

Беморларни асосий гуруҳга киритиш мезони сифатида эрта постоперацион даврда, нейроаксиал блок ечилишидан олдин, алфа-1-адреноблокатор - тамсулозин гидрохлоридни 0,4 мг/кун дозада буюриш белгиланди. Сийдик тутилишининг ривожланиш частотаси беморлар вертикал ҳолатга келтирилгач ва нейроаксиал блок ечилгандан сўнг сийдик пуфагини бўшата олмаслик ҳолатлари орқали баҳоланди; бунда сийдик пуфаги ҳажми ултратовуш текшируви маълумотларига кўра 500 мл дан ортиқ бўлиб, сийдик катетерини ўрнатишни талаб қилган.

Постоперацион даврда оғриқ интенсивлиги 10 баллик рақамли рейтинг шкаласи (РРШ) ёрдамида баҳоланди. Беморларга оғриқни баҳолашда РРШдан фойдаланиш методикаси бўйича йўриқнома тушунтирилди; бунда 0 балл -

оғриқнинг йўқлиги, 10 балл эса - кучли, чидаб бўлмас оғриқни англатади. Оғриқ интенсивлиги нейроаксиал блок ечилгандан сўнг тинч ҳолатда 3, 6, 12, 24, 36 ва 48 соатларда, шунингдек юриш вақтида 12, 24, 36 ва 48 соатларда баҳоланди. Стандарт постоперацион аналгетик терапия ўтказилганда РРШ бўйича оғриқ интенсивлигининг мақсадли даражаси 2-3 балл деб белгиланди. РРШ бўйича оғриқ интенсивлиги 5 баллдан юқори бўлганда постоперацион оғриқсизлантириш режасини коррекция қилиш ва марказий таъсир механизмига эга бўлган опиоид аналгетик - трамадолни буюриш зарурати юзага келди. Қўшимча равишда, биринчи дефекация актидан кейинги оғриқ интенсивлиги ҳам баҳоланди.

Операциядан кейинги оғриқни самарали назорат қилиш мақсадида оғриқ синдромининг олдини олиш ва уни бартараф этишга қаратилган мултимодал аналгезия стратегияси қўлланилди. Аналгетик терапиянинг асосий схемаси ностероид яллиғланишга қарши препаратларни ўз ичига олди: кетопрофен 200 мг/сут вена ичига ҳамда парацетамол 1000 мг вена ичига инфузия кўринишида 15-20 дақиқа давомида (суткалик доза - 3 г). Кетопрофен ёки парацетамолнинг дастлабки инфузияси беморлар реанимация бўлимга ўтказилганидан 60 дақиқа ўтгач, спинал анестезия клиник таъсири сусайишидан ва операциядан кейинги оғриқнинг илк белгилари пайдо бўлишидан олдин амалга оширилди. Оғриқ интенсивлиги РРШ бўйича 5 баллдан юқори бўлган ҳолларда қўшимча равишда нефопам 20 мг 100 мл физиологик эритмада суюлтирилиб, вена ичига 15-20 дақиқа давомида юборилди (суткалик доза - 40 мг). Кўрсатилган аналгетик терапия етарли самара бермаган ҳолатларда трамадол 100 мг мушак ичига буюрилди.

Спинал анестезия 0,5% изобарик бупивакаин эритмаси ёрдамида бемор ёнбошлаб ётган ҳолатда, L3-L4-L5 даражасида 27G диаметрли Куинске туридаги игна билан бажарилди. Анестетик 2 дақиқа давомида юборилгандан сўнг бемор Ллойд-Давиес ҳолатига ўтказилди. Оператив аралашувлар 10-15% Тренделенбург ҳолатида амалга оширилди. Операция давомида дори воситасида седация 1% пропофол эритмасининг узлуксиз инфузияси орқали, мақсадли концентрация 5-4-3 мг/кг/соат бўйича таъминланди.

Ҳар иккала гуруҳда жарроҳлик амалиёти спинал анестезия остида, пропофол ёрдамида седация қилиниб бажарилди. Беморлар операция хонасига қабул қилинган, периферик вена катетеризацияси амалга оширилди. Анестезиологик мониторингда электрокардиография (ЭКГ), юрак уриш сони (ЮУС), пулсоксиметрия (SpO_2), нафас олиш частотаси, перфузия индекси ҳамда артериал қон босимини (АҚБ) ноинвазив назорат қилиш киритилди. Кислород билан таъминлаш биназал канюлалар орқали, оқим тезлиги 2-3 л/мин бўлган ҳолда амалга оширилди. Барча беморларга ихтисослаштирилган бўлимга ўтказилган 30-40 дақиқа ўтиб, дозаланган ҳажмда энтерал суюқлик қабул қилишга руҳсат этилди.

Мотор блокни баҳолаш Бромейдж шкаласи бўйича баҳоланди:

0 – сон (тос-сон), тизза ва тўпиқ бўғимларида ҳаракат қилиш қобилияти мавжуд;

1 – фақат тизза ва тўпиқ бўғимларида ҳаракат қилиш қобилияти мавжуд;

2 – фақат тўпиқ бўғимида ҳаракат қилиш қобилияти мавжуд;

3 – учала бўғимда ҳам ҳаракат қилиш қобилияти йўқ.

Сенсор блокни баҳолаш икки баллик тизим бўйича амалга оширилди (В.Светлов, С.Козлов):

0 балл – игна билан таъсир қилганда оғрик сезувчанлиги сақланган;

1 балл (аналгезия) – игна билан таъсир қилганда фақат тўмтоқ тегинишни сезиш;

2 балл (анестезия) – игна билан таъсир қилганда умуман сезги йўқ.

Нейроксиал блокнинг тарқалиш чегаралари тана иннервациясининг стандарт схемасига мувофиқ аниқланади:

Th12 – L1 – қов юқори қирраси ва чов (қорин-пастки) бурмалари;

Th10 – киндик чизиғи;

Th6 – қиличсимон ўсимта (кўкрак суяги пастки қисми).

Операция яқунланган ва беморлар ихтисослаштирилган бўлимга кўчирилгандан сўнг мотор ва сенсор блок, шунингдек нейроксиал блок даражаси ҳар 1 соатда мониторинг қилинди. Спинал блокнинг давомийлиги бупивакаиннинг интратекал юборилишидан сўнг блок ривожланган пайдан бошлаб, унинг тўлиқ йўқолишигача бўлган вақт оралиғида баҳоланди; бунда беморларнинг мустақил равишда барқарор тик туриши ва кузатувсиз юриши мумкинлиги мезон сифатида қабул қилинди.

Тадқиқот давомида қўшимча равишда гемодинамик кўрсаткичлар динамикаси ҳам баҳоланди. Юрак уриш тезлиги, артериал қон босими ва кислород сатурацияси операция давомида ва эрта постоперацион даврда мунтазам қайд этиб борилди. Ушбу кўрсаткичларнинг ўзгариши ане-

стезиянинг адекватлигини ва беморнинг умумий ҳолатини баҳолашда муҳим мезон сифатида хизмат қилди.

Шунингдек, операция давомида ва ундан кейин юзага келган ножўя ҳолатлар - артериал гипотензия, брадикардия, кўнгил айниши ва қусиш ҳолатлари ҳам алоҳида қайд этилди. Уларнинг ривожланиш частотаси гуруҳлар кесимида солиштирилиб, қўлланилган анестезия усулининг хавфсизлик даражаси баҳоланди.

Тадқиқот натижаларининг ишончилигини таъминлаш мақсадида олинган маълумотлар статистик қайта ишловдан ўтказилди. Микдорий кўрсаткичлар ўртача қиймат (М) ва стандарт оғиш ($\pm SD$) кўринишида ифодоланди. Гуруҳлар ўртасидаги фарқларни баҳолашда параметрик ва нопараметрик статистик усуллар қўлланилди ҳамда $p < 0,05$ қиймати статистик аҳамиятли деб қабул қилинди.

Натижалар. Операция жараёнида ҳар иккала гуруҳдаги беморларда АҚБ дастлабки кўрсаткичларга нисбатан 10-15% га пасайиши кузатилди. Асосий гуруҳда икки ҳолатда, таққослаш гуруҳида эса уч ҳолатда артериал босимнинг 90/60 мм сим.уст. дан пастга қисқа муддатли тушиши қайд этилди, бу эса мезатонни 0,3-0,5 мг дозада бир марталик юборишни талаб қилди. Бупивакаин юборилгандан сўнг анестезиянинг бошланиш вақти ҳар иккала гуруҳда, препарат дозасидан (7,5 ёки 10,0 мг) қатъий назар, $4,7 \pm 1,26$ дақиқани ташкил этди.

Мотор ва сенсор блок баҳоланганда текширилаётган гуруҳларда, бупивакаин 10,0 мг дозада юборилганда Бромейдж шкаласи бўйича мотор блок даражаси ҳар иккала гуруҳда $2,35 \pm 0,4$ баллни, 7,5 мг дозада эса $2,15 \pm 0,3$ баллни ташкил этди. Сенсор блок кўрсаткичлари мос равишда $1,82 \pm 0,8$ балл ва $1,64 \pm 0,5$ баллни ташкил этди, бу эса ҳар иккала гуруҳда спинал блокнинг етарли самарадорлигини кўрсатади. Таққосланаётган гуруҳларда спинал блок давомийлиги 10,0 мг бупивакаин қўлланилганда деярли 55 дақиқага узоқроқ бўлди. Спинал анестезия учун 7,5 мг бупивакаин юборилган 31 бемордан фақат 4 нафаридан блок Th10 даражасидан юқорига тарқалган бўлса, 10,0 мг дозада анестетик қўлланилганда 49 бемордан 27 нафаридан нейроксиал блок даражаси Th10 дан юқори қайд этилди (жадвал 2).

Таққосланаётган гуруҳларда интраоперацион инфузион терапия ҳажми ўртача $978 \pm 21,6$ млни ташкил этди. Операция яқунланган, тўлиқ ҳушёр ҳолатда ва спинал блок клиник белгилари сақланиб қолган беморлар артериал қон босими (АҚБ), юрак уриш сони, электрокардиография (ЭКГ), пулсоксиметрия (SpO_2), шунингдек мотор ва сенсор блок ҳамда унинг сегментар даражаси мониторинги остида ихтисослаштирилган бўлимга кўчирилди.

Жадвал 2. Нейроаксиал блокаданинг самарадорлиги, тарқалиши ва давомийлиги

Кўрсаткич	Бупивакаин 7,5 мг (n=31)	Бупивакаин 10,0 мг (n=49)
Мотор блок, балл	2,15±0,3	2,35±0,4
Сенсор блок, балл	1,82±0,8	1,64±0,5
Блок чегараси юқори/паст Th10	4/27	27/22
Блок давомийлиги, мин	169±11,5	217±13,8

Жадвал 3. РРШ бўйича оғриқ синдроми интенсивлиги

Оғриқ синдроми интенсивлигини баҳолаш вақти, соат	Асосий гуруҳ (n=40)	Таққослаш гуруҳи (n=40)
3	3,1±0,35	3,2±0,41
6	3,2±0,48	3,3±0,42
12	3,6±0,35	3,5±0,36
24	2,2±0,41	2,1±0,42
36	2,0±0,32	2,0±0,35
48	1,9±0,37	1,8±0,38

Жадвал 4. Таққосланган гуруҳларда сийдик тутилиши частотаси

Кўрсаткич	Бупивакаин, 7,5 мг	Бупивакаин, 10,0 мг
Асосий гуруҳда сийдик тутилиши (n=40)	0/19	3,2±0,41
Таққослаш гуруҳида сийдик тутилиши (n=40)	0/17	3,3±0,42
Блок чегараси Th10 дан юқори/паст	4/27	27/22
Блок давомийлиги, мин	169±11,5	217±13,8

Таққосланаётган гуруҳларда оғриқ синдроми интенсивлиги 10 балли рақамли рейтинг шкаласи (РРШ) бўйича баҳоланганда, асосий гуруҳда 40 бемордан 4 нафаридан, таққослаш гуруҳида эса 40 бемордан 3 нафаридан нейроаксиал блок бартараф бўлганидан 3, 6 ва 12 соат ўтгач, оғриқ интенсивлиги 5-6 баллни ташкил этди. Бу ҳолатлар операциядан кейинги оғриқсизлантиришнинг асосий мултимодал схемаси фонидан кўшимча равишда трамадол 100 мг буюришни талаб қилди (жадвал 3).

Шу билан бирга, гуруҳлар ичида операциядан кейинги оғриқ синдроми интенсивлигини динамик кузатувнинг турли босқичларида баҳолаш ва таҳлил қилиш натижасида, спинал анестезия бартараф бўлганидан 12 соат ўтгач оғриқнинг максимал интенсивлиги қайд этилгани аниқланди. Мазкур даврда оғриқ интенсивлиги асосий гуруҳда 3,6±0,35 балл, таққослаш гуруҳида эса 3,5±0,36 баллни ташкил этди. Шунингдек, айнан ушбу вақт оралиғида барча беморларда оғриқ синдромининг энг юқори даражаси тинч ҳолатда қайд этилгани аниқланди.

Асосий гуруҳда беморларга нейроаксиал блок бартараф бўлганида операциядан кейинги даврда ўткир сийдик тутилиши частотасини таҳлил қилиш натижасида операциядан кейинги эрта даврда, алфа-1-адреноблокатор тамсулозин гидрохлорид 0,4 мг/сут дозасида буюрилганда, 40 бемордан фақат 1 нафаридан ўткир сийдик тутилиши ва мотор ҳамда сенсор блок тўлиқ бартараф бўлгач мустақил сийдик чиқара

олмаслик аниқланган (жадвал 4). Ушбу ҳолатда беморга 3 соатгача сийдик катетери ўрнатилиши талаб қилинди, кейинчалик сфинктер-детрузор дисфункцияси мустақил равишда бартараф бўлди.

Таққослаш гуруҳида ўткир сийдик тутилиши 10,0 мг доза қўлланганда, эрта постоперацион даврда 45% дан ортиқ беморларда сийдик пуфагининг катетеризацияси ва дори воситасини қўллаш талаб қилинди.

Хулоса. Ўтказилган клиник тадқиқот натижаларига кўра, тезлаштирилган тикланиш дастури асосида олиб борилган операциягача тайёргарликни, 7,5-10,0 мг дозада изобарик бупивакаин эритмасидан фойдаланган ҳолда спинал анестезия ва пропофол билан (5-4-3 мг/кг/соат йўналтирилган концентрацияда) седацияни, турли йўналишдаги таъсир механизмига эга препаратлар комбинациясига асосланган мултимодал постоперацион оғриқсизлантириш дастурини ҳамда алфа-1-адреноблокатор - тамсулозин гидрохлоридни 0,4 мг/кун дозада анестезиологик таъминот тизими 3-4-босқич геморрой касаллиги бўлган беморларда юқори сифатли ва хавфсиз жарроҳлик даволашни таъминлаш имконини беради. Мазкур ёндашув рақамли рейтинг шкаласи (РРШ) бўйича оғриқ интенсивлигининг мақсадли даражасини 2-3 балл оралиғида сақлашга ҳамда постоперацион даврда ўткир сийдик тутилишининг ривожланишини олдини олишга имкон беради, бу эса умуман олганда сурункали геморрой билан оғриган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш самарадорлигини оширади.

Адабиётлар:

1. Бегматов Ж.А., Гойибов С.С. Improvements after surgical anesthesia in elderly and old age patients in the intervention of the hip joint // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. — 2023. — Т. 4, № 2. — Сведения о страницах требуют уточнения.
2. Гойибов С.С. Ретроспективное исследование факторов риска развития брадикардии, связанной с применением дексмететомидина при проведении спинальной анестезии // Journal of New Century Innovations. — 2024. — Т. 54, № 1. — С. 23–29.
3. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. — 2020. — №. 3 (34). — С. 33-36.
4. Кубаев А. С., Абдукадыров А. А., Юсупов Ш. Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. — 2013. — №. 2. — С. 117-119.
5. Матлубов М.М., Гойибов С.С. Оптимизация предоперационной подготовки у больных с сахарным диабетом при проктологических операциях // International Scientific Review. — 2020. — № LXXV. — С. 66–70.
6. Нематуллоев Т.К., Гойибов С.С. Детерминанты периоперационных исходов в колоректальной хирургии: роль коморбидности и застойной сердечной недостаточности // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. — 2023. — Т. 4, № 2. — Сведения о страницах требуют уточнения.
7. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадыров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. — 2020. — №. 3. — С. 162-165.
8. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. — 2022. — Т. 2. — №. 3. — С. 18-25.
9. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. — 2022. — №. 1 (81). — С. 75-79.
10. Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение Краткосрочной Адаптации К Физическим Нагрузкам У Спортсменов Со Вторичными Им-

- мунодефицитами // Журнал гуманитарных и естественных наук. — 2023. — №. 6. — С. 128-132.
11. Apfelbaum J.L. et al. Practice guidelines for post-operative pain management // Anesthesiology. — 2012. — Vol. 116. — P. 248–273.
 12. Gupta P.J. Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: a critical appraisal // World Journal of Gastroenterology. — 2010. — Vol. 16, № 42. — P. 5387–5392.
 13. Horlocker T.T., Wedel D.J. Neurologic complications of spinal and epidural anesthesia // Regional Anesthesia and Pain Medicine. — 2000. — Vol. 25. — P. 83–98.
 14. Liu S.S., McDonald S.B. Current issues in spinal anesthesia // Anesthesiology. — 2001. — Vol. 94. — P. 888–906.
 15. Longo A. Treatment of hemorrhoidal disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular stapling device // Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. — Rome, 1998.
 16. Milligan E.T.C., Morgan C.N. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids // Lancet. — 1937. — Vol. 230. — P. 1119–1124.
 17. Shander A., Lobel G. Multimodal analgesia in ambulatory surgery // Ambulatory Surgery. — 2017. — Vol. 23, № 1. — P. 12–18.
 18. Tamsulosin for prevention of postoperative urinary retention: a randomized trial // Journal of Urology. — 2014. — Vol. 191. — P. 174–179.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Гойибов С.С.

Резюме. Согласно данным ретроспективного анализа зарубежной литературы, частота выявления хронического геморроя составляет 250 человек на 1000 взрослого населения, из которых 75% - лица, занятые профессиональной деятельностью. Цель исследования: оценка эффективности предложенного метода обезболивания при проктологических хирургических вмешательствах. В проспективное исследование были включены 80 пациентов в возрасте от 24 до 53 лет с геморроидальной болезнью III-IV стадии. Все пациенты были распределены на две группы по 40 человек. В обеих группах хирургические вмешательства выполнялись под спинальной анестезией в сочетании с внутривенной седацией пропофолом. При оценке моторного и сенсорного блока в сравниваемых группах установлено, что при введении бупивакаина в дозе 10,0 мг уровень моторного блока по шкале Бромейдж составил $2,35 \pm 0,4$ балла в обеих группах, а при дозе 7,5 мг - $2,15 \pm 0,3$ балла.

Ключевые слова: спинальная анестезия, геморрой, бупивакаин, пропофол.