

Анализ эпизодов тошноты и рвоты после операций на щитовидной железе

Г.В.ГАВРИЛЕНКО, Ю.В.СТРУК

Analysis of episode nausea and vomiting after surgery on the thyroid gland

G.V.GAVRILENKO, Yu.V.STRUK

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Проблема послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) в клинической практике стала известна с 1956 г. с момента использования галотана для наркоза [1]. Исследование этиологии и патогенеза ПОТР, появление новых антиэметиков снизило частоту этого осложнения, однако проблема остается актуальной и сегодня. Сбалансированная анестезия с введением различных лекарственных средств, влияющих на ЦНС, не позволяет однозначно выявить причину тошноты и рвоты в послеоперационном периоде. Факторы риска, ответственными за повышенную частоту ПОТР, являются: пол (у женщин увеличивается частота), некурящие пациенты, ингаляционная анестезия, интраоперационное введение опиоидов, купирование мышечного блока по окончании хирургического вмешательства, послеоперационные боли [3, 4]. Большинство исследователей признают полиэтиологичность ПОТР и выделяют четыре группы факторов: 1) общеклинические, связанные с психосоматическим статусом пациента; 2) хирургические (тип операции); 3) анестезиологические; 4) послеоперационные [2].

Цель исследования: 1) выявить частоту эпизодов ПОТР при операциях на щитовидной железе; 2) провести анализ карт больных с состоявшимися эпизодами ПОТР, выявляя известные факторы риска.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 300 медицинских карт пациентов, которым в плановом порядке в отделении эндокринной хирургии Воронежской областной клинической больницы №1 были проведены операции на щитовидной железе. Было отобрано 100 пациентов с диффузным токсическим зобом (первая

группа), 100 пациентов с многоузловым нетоксическим зобом (вторая группа) и 100 с узловым нетоксическим зобом в одной из долей щитовидной железы (третья группа). Демографические данные пациентов представлены в таблице 1 (среди них 260 женщин и 40 мужчин). Степень анестезиологического риска оценивалась по шкале ASA. Больных с классом II по ASA - 62% (186 чел.), с III - 38% (114 чел.). Все пациенты с токсикозом получали предоперационную подготовку (мерказолил, анаприлин, преднизолон) и доведены до медикаментозной компенсации.

Премедикация включала внутримышечное введение сибазона 10 мг и атропина сульфата 0,5 мг. Всем пациентам проведена анестезия с использованием дипривана, фентанила, ардуана, закиси азота в стандартных дозах. Вводная анестезия: диприван 2 мг/кг и фентанил 0,001-0,002 мг/кг. Интубацию проводили на фоне миоплегии ардуаном 0,04 мг/кг. После интубации – поддержание анестезии смесью закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Глубина анестезии оценивалась по электроэнцефалограмме методом би-спектрального индекса. Дополнительно вводился фентанил по 0,1 мг болюсно при появлении признаков недостаточности анальгезии.

Во время и после операции проводился мониторинг ЧСС, АД, ЭКГ, SpO₂. В послеоперационном периоде в течение 24 ч с интервалом в 6 ч оценивали частоту послеоперационной тошноты и рвоты, частоту побочных эффектов, частоту развития и интенсивность послеоперационной боли (по визуально-аналоговой шкале: 0 - без боли, 10 - максимальная боль).

В исследовании ПОТР учитывали следующие определения этих явлений. Рвоту определяли как вы-

Таблица 1

Демографические данные пациентов исследуемых групп

Показатель	Группа I (n=100)	Группа II (n=100)	Группа III (n=100)
Возраст, годы	48±12	50±15	47±12
Масса тела, кг	68±12	75±12	70±10
Пол (М/Ж)	5/95	20/80	15/85
ASA (II/III)	26/74	66/34	94/6
Длительность анестезии, мин	120±12	80±12	40±12

Характер и частота послеоперационных осложнений у больных исследуемых групп

Осложнение	Группа I (n=100)	Группа II (n=100)	Группа III (n=100)	p
Тошнота, %	20	15	7	< 0,05
Рвота, %	15	8	5	< 0,05
Артериальная гипертензия, %	25	23	7	< 0,05
Болевой синдром, %	27	25	16	< 0,05
Озноб, %	13	10	5	< 0,05

Примечание: сравнивались группа I (с токсикозом) и группах II (без токсикоза); группа I (с токсикозом) и группа III (без токсикоза). Достоверность различий ($p < 0,05$).

нужденную потерю желудочного содержимого. Отрыжка и тошнота не считались рвотой. Тошнота определялась как неприятное ощущение неизбежности рвоты.

У больных с состоявшимися эпизодами ПОТР, выявляли известные факторы риска. Полученные результаты обрабатывали с помощью стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. При сравнении результатов изучаемых групп считалась статистически важной вероятность $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде в течение 24 ч наблюдались следующие осложнения: послеоперационная тошнота и рвота, артериальная гипертензия, болевой синдром, озноб. Частота возникновения осложнений в группах представлена в таблице 2. Проводилось симптоматическое лечение, (болевой синдром купировали кеторолом в/м в дозе 30 мг, артериальную гипертензию - обзиданом в/в 5 мг, тошноту и рвоту метклопрамидом в дозе 10 мг в/м).

При изучении медицинских карт пациентов с ПОТР из всех трех групп (70 чел.) было выявлено, что все они были женского пола, 92,85% (65 чел.) имели некурящий статус, 74,28 % (52 чел.) – имели избыточную

массу тела, 50% (35 чел.) имели тиреотоксикоз, 68,57% (48 чел.) – страдали болезнями желудочно-кишечного тракта, 45,71% (32 чел.) отмечали наличие ПОТР в анамнезе, 30% (21 чел.) – имели сопутствующий шейный остеохондроз.

Заключение

ПОТР при операциях на щитовидной железе – частое осложнение. Частота развития эпизодов ПОТР выше при операциях у больных с тиреотоксикозом. Это связано с увеличением длительности операции, высокой эмоциональной лабильностью этих пациентов. При сравнении II и III групп (пациенты с нетоксическими формами многоузлового и узлового зоба) статистически достоверной разницы в частоте возникновения ПОТР не выявлено ($p > 0,05$). Женский пол, избыточный вес, болезни желудочно-кишечного тракта, шейный остеохондроз, некурящий статус, ПОТР в анамнезе – основные факторы риска тошноты и рвоты в послеоперационном периоде пациентов с патологией щитовидной железы. При выявлении этих факторов при осмотре больного анестезиологом до операции необходимо предусмотреть антиэметическую поддержку.

Список литературы

1. Заболотский И.Б. Послеоперационная тошнота и рвота. М. Практическая медицина. 2009; 6-9.
2. Стамов В.И., Долбнева В.Л. Профилактика послеоперационной тошноты и рвоты с помощью высокоселективных антагонистов 5-HT₃ серотониновых рецепторов в различных областях хирургии. Анест. и реаниматол. 2002; 5: 58-63.
3. Apfel C.C., Laara E. et al. Anesthesiology. 1999; 91: 693-700.
4. Cohen M.M., Duncan P.G., DE Boer D.P. Anesth. Analg. 1994; 78: 7-16.

Поступила 27.11.2011 г.

Информация об авторах

1. Гавриленко Геннадий Васильевич – врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реаниматологии №1 Воронежской областной клинической больницы №1; e-mail: gavrilenko48@yandex.ru
2. Струк Юрий Владимирович – д.м.н., проф., зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИДПО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н Бурденко, e-mail: strukvgma@yandex.ru