

УДК 616-089.168:616.381-089

ГОМОН М.Л., ШАПРИНСЬКИЙ В.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА АНТИНОЦИЦЕПТИВНА ПРОТЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ АБДОМІНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ

Резюме. Мета дослідження — провести порівняльний аналіз методів антиноцицептивної протекції після оперативних втручань на органах черевної порожнини для вибору методу, оптимального за кінцевим результатом при даній патології.

Матеріал та методи. Проаналізовано ведення післяопераційного періоду в 65 хворих з оперативним ризиком III–IV ступеня за ASA, яким проводили планові високо- та середньотравматичні оперативні втручання на органах черевної порожнини. Оцінювалися середній артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, дози знеболюючих засобів та препаратів симптоматичної терапії, термін відновлення функції кишечника.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що оптимальною методикою анестезіологічного забезпечення раннього післяопераційного періоду є комбінація перидуральної аналгезії низькими концентраціями бупівакаїну з ненаркотичними анальгетиками порівняно з використанням наркотичних і ненаркотичних анальгетиків або перидуральної анестезії як окремих методик. Використання для післяопераційної протекції фармакологічних препаратів характеризується виникненням періодів гіперкінетичної гемодинаміки, що може стати причиною ускладнень. Використання перидуральної анестезії небезпечно через періоди гіпотонії. Запропонована методика забезпечує адекватне післяопераційне знеболювання, стабільність гемодинамічних показників, оптимальне використання фармакологічних засобів, кращі ранні результати хірургічного лікування в абдомінальній хірургії та меншу кількість ускладнень.

Висновки. Оптимальною методикою анестезіологічного забезпечення раннього післяопераційного періоду є комбінація перидуральної аналгезії низькими концентраціями бупівакаїну з ненаркотичними анальгетиками. Дана методика забезпечує адекватне післяопераційне знеболювання, стабільність гемодинамічних показників, оптимальне використання фармакологічних засобів порівняно із застосуванням комбінації опіоїдів із ненаркотичними анальгетиками та перидуральної анестезії. Дана методика забезпечує кращі ранні результати хірургічного лікування в абдомінальній хірургії та меншу кількість ускладнень.

Ключові слова: абдомінальна хірургія, післяопераційна аналгезія.

Вступ

Одним з головних питань, що продовжує залишатися в центрі уваги анестезіологів, є проблема захисту хворих від операційної травми та адекватності загальної анестезії. І це не дивно, тому що надмірна стресорна реакція, що виникає вже в доопераційному періоді під впливом основного й супутніх захворювань, інтоксикації, гіповолемії та психоемоційного напруження, під час оперативного лікування ще більше зростає й призводить до високого рівня нейроендокринної напруженості. Це, у свою чергу, веде до значної інтенсифікації метаболізму, виражених зрушень гемодинаміки та інших несприятливих змін, що викликають не тільки місцеві порушення, але й різні системні розлади [4, 6].

Перебігу післяопераційного періоду в анестезіологічному забезпеченні, як правило, приділяють менше уваги. Однак кінцевий результат лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини однаковою мірою залежить як від успішності виконаного оперативного втручання, так і від відсутності ускладнень у післяопераційному періоді [1, 3]. Основну увагу в післяопераційному періоді приділяють знеболю-

ванню. Як правило, використовуються опіати з нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) або перидуральна анестезія [5]. Однак у кожного напрямку післяопераційного знеболювання є свої недоліки й переваги. Так, використання опіатів із НПЗП може бути причиною депресії дихання й гемодинаміки, виразкоутворення, нерівномірного коливання знеболюючого ефекту і, як наслідок, загострень захворювань серця: гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця. Недоліком перидуральної анестезії є дилема між достатністю дози місцевого анестетика й гемодинамічною стабільністю: наслідком зменшення дози загального анестетика стає недостатній знеболюючий ефект, а її збільшення призводить до гіпотонії [2, 8]. Гемодинамічна стабільність післяопераційного

Адреса для листування з авторами:

Гомон Микола Лонгінович

E-mail: mgomon@meta.ua

© Гомон М.Л., Шапринський В.О., 2015

© «Медицина невідкладних станів», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

періоду є основним фактором загоєння операційної рани та відновлення функції травлення, а раннє відновлення перистальтики — швидкого відновлення ентерального живлення [7, 9]. Разом із тим у наших лікарнях контроль за післяопераційним станом хворого лягає переважно на палатну медсестру, яка забезпечує маніпуляціями та спостереженням велику кількість хворих. Тому введення знеболюючої терапії частіше є спорадичним, відбувається на етапі відновлення сильного болювого синдрому.

Метою нашого дослідження був порівняльний аналіз анестезіологічного забезпечення післяопераційного періоду після оперативних втручань на органах черевної порожнини (резекції та реконструктивні втручання на шлунку, жовчних шляхах, кишечнику) для виділення оптимального за кінцевим результатом хірургічного лікування.

Матеріали та методи

Проаналізовано ведення післяопераційного періоду 65 хворих з операційним ризиком III–IV ст. за ASA, яким проводили планові високо- та середньотравматичні оперативні втручання на органах черевної порожнини (резекція шлунка, кишечника, гастро-ентеро-, ентеро-ентероанастомози, резекції виразок) і які проходили лікування на клінічній базі Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова). Хворі рандомізовані за віком, характером, обсягом, тривалістю оперативних втручань та розподілені на 3 групи залежно від методики анестезіологічного забезпечення та ведення післяопераційного періоду. Тривалість анестезіологічного забезпечення оперативного втручання у всіх пацієнтів перевищувала 2 год. У 1-й групі використовувалась комбінація внутрішньовенної анестезії з газовою анестезією та ендотрахеальною (е/т) штучною вентиляцією легень (ШВЛ); у другій групі — загальна анестезія з е/т ШВЛ та перидуральною анестезією, у 3-й групі використовувалась запропонована комбінація загальної анестезії та е/т ШВЛ із перидуральною анальгезією (0,1–0,25% бупівакаїном). Післяопераційне знеболювання в першій групі проводилось наркотичними та ненаркотичними анальгетиками у разі потреби хворого; у другій групі — переважно за рахунок перидуральної анестезії, також при потребі; у третій групі використана комбінація перидуральної анальгезії низькими концентраціями бупівакаїну в комбінації з ненаркотичними анальгетиками з урахуванням динаміки інтегрального гемодинамічного показника. Основною підставою для вибору занижених концентрацій місцевого анестетика для післяопераційного знеболювання через перидуральний катетер була експериментально встановлена шляхом мікроскопічного дослідження зміна швидкості капілярного кровотоку в очеревині собак залежно від концентрації введеного в перидуральний простір бупівакаїну.

Серед гемодинамічних показників аналізували динаміку середнього артеріального тиску (САТ) протягом доби та післяопераційних днів, частоту серцевих скорочень (ЧСС). Порівнювалась також кількість використаних препаратів для знеболювання, інфузійної

та симптоматичної терапії в післяопераційному періоді. Аналізувався термін відновлення перистальтики та появи пасажу кишечника.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням методів параметричного аналізу. Для судження про вірогідність відмінностей між групами за аналізованим показником використовували t-критерій Стюдента. Рівень вірогідності коефіцієнта оцінювали стандартним способом і вважали прийнятним при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

У результаті аналізу гемодинамічних показників першої доби післяопераційного періоду встановлено, що вихідні рівні САТ в 1, 2, 3-й групах вірогідно не відрізнялись між собою (табл. 1). У першу добу післяопераційного періоду встановлена вірогідна відмінність підвищення максимального САТ в 1-й групі хворих до $112,7 \pm 4,5$ мм рт.ст. як щодо вихідного рівня $92,7 \pm 2,4$ мм рт.ст., так і щодо максимального САТ у 2-й та 3-й групах — $88,3 \pm 2,4$ мм рт.ст. та $96,3 \pm 2,7$ мм рт.ст. відповідно. У другій групі виявлено вірогідне зниження мінімального САТ до $81,2 \pm 1,9$ мм рт.ст. як щодо 1-ї, так і щодо 3-ї груп. У 1-й та 2-й групах виявлено вірогідне коливання між максимальним і мінімальним САТ за добу, чого не спостерігали в 3-й групі.

Таким чином, при використанні для знеболювання комбінації опіоїдів із НПЗП у післяопераційному періоді в першу добу зберігається нестабільний гіперкінетичний тип гемодинаміки, при використанні перидуральної анестезії — нестабільний гіпокінетичний тип гемодинаміки, лише використання низьких концентрацій бупівакаїну для перидуральної анальгезії забезпечило стабільну еукінетичну гемодинаміку. У наступну добу зберігалась вірогідно нестійка гемодинаміка між максимальними й мінімальними показниками в першій групі за гіперкінетичним типом, у другій — за гіпокінетичним типом, однак меншою мірою порівняно з мінімальним САТ 3-ї групи. З третьої доби післяопераційного періоду зберігались коливання САТ між максимальним і мінімальними показниками в 1-й та 2-й групах, однак вірогідної тенденції до гіпертензії в 1-й групі вже не відмічалось; у 2-й групі зберігалась вірогідна тенденція до зниження мінімального САТ. Лише в третій групі, у якій використовувалась комбінація НПЗП із низькими концентраціями бупівакаїну для перидурального знеболювання, вірогідного коливання САТ у післяопераційному періоді не виявлено.

Порівняльна характеристика динаміки ЧСС показала закономірність коливання цього показника, близьку до коливань САТ. Так, не виявлено вірогідної різниці у вихідній ЧСС у трьох групах хворих, що становила $79,8 \pm 2,9$ уд/хв, $83,4 \pm 3,1$ уд/хв та $82,6 \pm 3,4$ уд/хв відповідно. Встановлене вірогідне підвищення ЧСС у 1-й групі хворих до $121,4 \pm 1,2$ уд/хв як щодо вихідної, так і щодо максимальної ЧСС; у 2-й групі — $99,6 \pm 1,9$ уд/хв, у 3-й групі — $91,3 \pm 1,8$ уд/хв. У 2-й групі відмічені періоди зниження ЧСС до стану брадикардії, що клінічно збігалися з черговим введенням анестетика в перидуральний простір. Показники ЧСС у 3-й групі протягом доби вірогідно не відрізня-

лись від вихідних. У наступні дні продовжувала зберігатися тенденція до періодичної тахікардії в 1-й групі та до брадикардії у 2-й групі.

Таким чином, використання комбінації перидуральної аналгезії низькими дозами бупівакаїну з НПЗП для післяопераційного знеболювання забезпечує оптимальний тип гемодинаміки порівняно із застосуванням комбінації опіоїдів із НПЗП та перидуральною анестезією.

Одним із об'єктивних критеріїв адекватності антиноцицептивної протекції в післяопераційному періоді є зниження частоти використання та дози ліків для симптоматичного лікування, оскільки воно свідчить про адекватність патогенетичного лікування.

Наркотичні аналгетики найчастіше використовуються в післяопераційному періоді як найбільш потужні й універсальні засоби боротьби з післяопераційним больовим синдромом. Однак вони мають і найбільше ускладнень. Негативним компонентом наркотичних аналгетиків при оперативних втручаннях в абдомінальній хірургії є пригнічення дихання, негативний вплив на перистальтику кишечника, спазм сфінктера Одді. Перидуральна аналгезія, навпаки, є фактором стимуляції та покращення кровообігу в кишечнику, тому зменшення дози наркотичних засобів має принципове значення для антиноцицептивної протекції та гармонізації кінцевого результату лікування хворих. Аналіз використання наркотичних аналгетиків показав їх вірогідно більші дози в пацієнтів 1-ї групи (табл. 2). Так, у цій групі протягом перших трьох діб лікування використано $29,4 \pm 4,7$ мг/добу, $46,2 \pm 5,9$ мг/добу, $23,6 \pm 3,4$ мг/добу омнопону від-

повідно, що вірогідно більше, ніж у 2-й та 3-й групах. Отже, використання методик перидуральної анестезії та перидуральної аналгезії з НПЗП значно зменшує загальну дозу використаних наркотичних аналгетиків, що є важливим компонентом адекватної антиноцицептивної протекції та зменшення депресивного впливу на процеси відновлення функції кишечника.

Проведений аналіз використання НПЗП у хворих трьох груп. Слід відмітити, що НПЗП використовувались як обов'язкові фонові препарати у хворих 3-ї групи 2–3 рази на день залежно від маси тіла, стану хворого та ефективності перидуральної аналгезії (табл. 3).

З табл. 3 видно, що в першу добу кількість НПЗП, використаних у пацієнтів 1-ї групи ($79,5 \pm 7,0$ мг/добу), була вірогідно більшою, ніж у другій та третій групах ($41,4 \pm 3,2$ мг/добу та $54,3 \pm 5,1$ мг/добу), а використання перидуральної анестезії вимагає вірогідно найменшої кількості НПЗП протягом перших трьох днів післяопераційного періоду. Доза НПЗП у 3-й групі вірогідно нижча від першої групи. Аналогічна закономірність зберігається й на другу добу післяопераційного періоду, однак загальна доза НПЗП в усіх групах зростає. Вірогідне зниження загальної дози НПЗП починається з третьої доби, при цьому вірогідної відмінності між 1-ю та 3-ю групами не відзначалося. Починаючи з четвертої доби вірогідної різниці в дозі НПЗП між групами не встановлено. Важливим критерієм кінцевого результату лікування є використання знеболювальної терапії в останній день лікування. При виписці пацієнти третьої групи отримували вірогідно нижчу дозу НПЗП порівняно з 1-ю та 2-ю групами. Таким чином, використання перидуральної аналгезії

Таблиця 1. Динаміка САТ у післяопераційному періоді

Термін	Рівень САТ (мм рт.ст.)	Опіоїди та НПЗП (1-ша група, n = 23)	Перидуральна анестезія (2-га група, n = 20)	Перидуральна аналгезія + НПЗП (3-тя група, n = 22)
	Вихідний	$92,7 \pm 2,4$	$91,8 \pm 2,0$	$91,3 \pm 2,7$
1-ша доба	Максимальний	$112,7 \pm 4,5$ $p_2 = 0,001; p_3 = 0,009$	$88,3 \pm 2,4$ $p_1 = 0,001$	$96,3 \pm 2,7$ $p_1 = 0,009$
	Мінімальний	$87,6 \pm 2,5$ $p_2 = 0,047; p_4 = 0,002$	$81,2 \pm 1,9$ $p_3 = 0,001; p_4 = 0,02$	$88,1 \pm 2,2$ $p_2 = 0,02$
2-га доба	Максимальний	$105,2 \pm 3,4$ $p_3 = 0,005$	$97,4 \pm 3,2$	$93,8 \pm 3,1$ $p_1 = 0,001$
	Мінімальний	$86,4 \pm 2,7$ $p_4 = 0,001$	$83,7 \pm 2,1$ $p_3 = 0,008; p_4 = 0,001$	$85,9 \pm 2,8$
3-тя доба	Максимальний	$94,8 \pm 3,2$	$96,5 \pm 3,1$	$95,3 \pm 3,4$
	Мінімальний	$86,3 \pm 2,3$ $p_4 = 0,036$	$84,2 \pm 1,8$ $p_3 = 0,007; p_4 = 0,001$	$87,6 \pm 2,0$
4-та доба	Максимальний	$96,8 \pm 3,1$	$95,6 \pm 2,6$	$92,4 \pm 3,1$
	Мінімальний	$87,4 \pm 2,6$ $p_4 = 0,025$	$85,1 \pm 1,4$ $p_3 = 0,009; p_4 = 0,001$	$86,9 \pm 2,3$
При виписці		$94,1 \pm 3,2$	$94,6 \pm 2,5$	$92,3 \pm 3,4$

Примітки: p_1 – вірогідні відмінності порівняно з 1-ю групою; p_2 – порівняно з 2-ю групою; p_3 – порівняно з вихідним САТ; p_4 – порівняно з максимальним САТ.

Таблиця 2. Динаміка використання наркотичних аналгетиків (омнопону) в післяопераційному періоді

Термін	Опіоїди та НПЗП (1-ша група, n = 23)	Перидуральна анестезія (2-га група, n = 20)	Перидуральна аналгезія + НПЗП (3-тя група, n = 22)
1-ша доба	$29,4 \pm 4,7$	$12,4 \pm 2,1; p = 0,002$	$16,7 \pm 2,6; p = 0,022$
2-га доба	$46,2 \pm 5,9$	$18,6 \pm 3,2; p = 0,001$	$14,6 \pm 3,2; p = 0,001$
3-тя доба	$23,6 \pm 3,4$	$14,9 \pm 2,4; p = 0,042$	$12,9 \pm 2,7; p = 0,018$

Примітки: p – вірогідність відмінностей порівняно з 1-ю групою.

Таблиця 3. Динаміка використання ненаркотичних анагетиків у післяопераційному періоді (мг/добу)

Термін	Опіоїди та НПЗП (1-ша група, n = 23)	Перидуральна анестезія (2-га група, n = 20)	Перидуральна аналгезія + НПЗП (3-тя група, n = 22)
1-ша доба	79,5 ± 7,0	41,3 ± 3,2; p ₁ = 0,001	54,3 ± 5,1; p ₁ = 0,006; p ₂ = 0,037
2-га доба	87,7 ± 4,7	56,1 ± 3,7; p ₁ = 0,001	76,2 ± 4,5; p ₁ = 0,044; p ₂ = 0,001
3-тя доба	54,9 ± 4,3	36,2 ± 4,5; p ₁ = 0,005	58,2 ± 4,2; p ₁ = 0,58; p ₂ = 0,001
4-та доба	43,1 ± 2,9	45,2 ± 3,4; p ₁ = 0,79	41,4 ± 3,1; p ₁ = 0,83; p ₂ = 0,400
Перед випискою	26,5 ± 2,6	25,7 ± 2,8; p ₁ = 0,83	19,4 ± 2,1; p ₁ = 0,039; p ₂ = 0,078

Примітки: p₁ — різниця вірогідна порівняно з 1-ю групою; p₂ — порівняно з 2-ю та 3-ю групами.

Таблиця 4. Кількість хворих, яким призначались додаткові фармакологічні засоби симптоматичного лікування в післяопераційному періоді, n (%)

Препарати	Опіоїди та НПЗП (1-ша група, n = 23)	Перидуральна анестезія (2-га група, n = 20)	Перидуральна аналгезія + НПЗП (3-тя група, n = 22)
Симпатоміметики	0 (0)	3 (15)	1 (4,5)
Глюкокортикоїди	2 (9)	6 (30)	0 (0)
Гіпотензивні	3 (13)	0 (0)	1 (4,5)
Колоїди	4 (17)	6 (30)	2 (9)
Інші види протекції (гемостатики, нітро)	8 (35)	4 (20)	3 (14)
Усього	15 (65)	11 (55)	6 (27)

в комбінації з НПЗП забезпечує кращий кінцевий результат післяопераційного знеболювання щодо застосування ненаркотичних анагетиків.

Одним із критеріїв адекватності післяопераційного лікування є зменшення використання препаратів симптоматичної терапії, оскільки неадекватна антиноцицептивна протекція призводить до різного роду порушень серцево-судинної системи, рідше — інших систем. Аналіз частоти використання препаратів симптоматичного напрямку лікування поданий у табл. 4.

Із табл. 4 видно, що в 1-й групі виникла необхідність у використанні протективних засобів у 65 % хворих (15 осіб), у 2-й групі — у 55 % (11 осіб), натомість у 3-й групі — всього у чверті хворих — 27 % (6 осіб). Найчастіше в 1-й групі використовували гемостатики — 35 % (8 осіб), колоїдні розчини — 17 % (4 особи), гіпотензивні препарати — 13 % (3 особи). У 2-й групі привертає увагу переважна направленість використаних препаратів на стабілізацію гемодинаміки: колоїди, глюкокортикоїди, симпатоміметики. У 3-й групі сумарно використана найменша кількість препаратів різних напрямків додаткового симптоматичного лікування, що свідчить про найбільш гладкий перебіг післяопераційного періоду.

Аналізувались показники кінцевого результату гармонізації лікування, а саме час появи перистальтики та відновлення пасажу кишечника, тривалість стаціонарного лікування. Так, у п'ятій групі перистальтика з'являлась через 2,7 ± 0,2 доби, у шостій вірогідно швидше — через 2,0 ± 0,1 доби; відновлення пасажу по кишечнику в п'ятій групі наставало на 3,1 ± 0,2 добу, у шостій — на 2,4 ± 0,1 добу. У 1-й групі одному хворому проведено повторне оперативне втручання у зв'язку з неспроможністю анастомозу.

Таким чином, використання комбінації перидуральної аналгезії низькими дозами бупівакаїну з НПЗП як методу антиноцицептивної протекції післяопераційного періоду забезпечує оптимальний тип гемодинаміки (САТ, ЧСС) порівняно із застосуван-

ням комбінації опіоїдів із НПЗП або ізольованої перидуральної анестезії. Не виявлено вірогідного коливання в сторону як підвищення, так і зниження САТ, що характерне для двох інших досліджуваних методик. Використання даної методики є важливим компонентом зменшення депресивного впливу наркотичних анагетиків на процеси відновлення функції кишечника та ризиків їх побічної дії. Дана методика забезпечує використання оптимальних доз НПЗП, що є важливим фактором зменшення запального процесу в післяопераційному періоді. Використання комбінації перидуральної аналгезії низькими дозами бупівакаїну з НПЗП для післяопераційного знеболювання забезпечує оптимальні терміни відновлення перистальтики, пасажу кишечника та меншу кількість ускладнень, що свідчить про швидший перебіг репаративного процесу та покращення кінцевих результатів лікування.

Висновки

1. Оптимальною методикою анестезіологічного забезпечення раннього післяопераційного періоду є комбінація перидуральної аналгезії низькими концентраціями бупівакаїну з ненаркотичними анагетиками.

2. Дана методика забезпечує адекватне післяопераційне знеболювання, стабільність гемодинамічних показників, оптимальне використання фармакологічних засобів порівняно із застосуванням комбінації опіоїдів із ненаркотичними анагетиками або перидуральної анестезії.

3. Дана методика забезпечує кращі ранні результати хірургічного лікування в абдомінальній хірургії та меншу кількість ускладнень.

Список літератури

1. Винник Ю.А., Олексенко В.В. Пути уменьшения частоты возникновения и тяжести алиментарно-энтерального вегетативного синдрома после гастрэктомии // Клиническая хирургия. — 2013. — № 1. — С. 69-73.

2. Дамаскин И.В., Гузенко В.Н., Сейтхалилов Э.Э. Использование бупивакаина при анестезиологическом обеспечении в абдоминальной хирургии // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. — 2008. — № 2(Д). — С. 94-95.

3. Капшитель А.В. Релaparотомия в структуре абдоминальных оперативных вмешательств // *Клінічна хірургія*. — 2012. — № 4. — С. 94.

4. Назаров И.П. Пролонгированная стресс-протекция как метод защиты от хирургической агрессии: [Электрон. ресурс]. — Режим доступа: <http://rusanesth.com/stati/obshhaya-anesteziologiya/17.html>

5. Потапов А.Л., Кобеляцкий Ю.Ю. Обезболивание после объемных оперативных абдоминальных операций — опыты или эпидуральная анальгезия? // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. — 2011. — № 4. — С. 39-42.

6. Смирнова Л.М. Органопротективность регионарной анестезии и антиноцицептивного внутривенного наркоза / Л.М. Смирнова // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. — 2012. — № 1. — С. 53-58.

7. Солярик С.О., Глумчер Ф.С., Кучин Ю.Л. Влияние контролируемой пациентом эпидуральной анальгезии на запальную реакцию в післяопераційному періоді // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*. — 2012. — № 2. — С. 76-79.

8. Шапринский В.О. Подходы до лікування стенозуючих захворювань стравоходу / Кривецкий В.Ф., Шапринский С.В. // *Клінічна хірургія*. — 2012. — № 10. — С.37-40.

9. Шлапак И.П., Малыш И.Р., Зержебловская Л.В. Адrenomетическая коррекция и волеическая поддержка в комплексе интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы // *Гострі та невідкладні стани: Матеріали Четвертого британсько-українського симпозиуму «Анестезіологія та інтенсивна терапія: уроки минулого та погляд в майбутнє»*. — 2012. — С. 51-55.

Отримано 04.09.15 ■

Гомон Н.Л., Шапринский В.А.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНТИНОЦИЦЕПТИВНАЯ ПРОТЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Резюме. Цель исследования — провести сравнительный анализ методов антиноцицептивной протекции после оперативных вмешательств на органах брюшной полости для выбора метода, оптимального по конечному результату при данной патологии.

Материал и методы. Проанализировано ведение послеоперационного периода у 65 больных с операционным риском III–IV степени по ASA, которым проводили плановые высоко- и среднетравматические оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Оценивали среднее артериальное давление, частоту сердечных сокращений, дозы обезболивающих средств и препаратов симптоматической терапии, срок восстановления функции кишечника.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что оптимальной методикой анестезиологического обеспечения раннего послеоперационного периода является комбинация перидуральной анальгезии низкими концентрациями бупивакаина с ненаркотическими анальгетиками по сравнению с использованием наркотических и ненаркотических анальгетиков или перидуральной анестезии как отдельных методов. Использование для послеоперационной протекции фармакологических препаратов характеризуется периодами

гиперкинетической гемодинамики, что может стать причиной осложнений. Использование перидуральной анестезии опасно из-за периодов гипотонии. Предложенная методика обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание, стабильность гемодинамических показателей, оптимальное использование фармакологических средств, лучшие ранние результаты хирургического лечения в абдоминальной хирургии и меньшее количество осложнений.

Выводы. Оптимальной методикой анестезиологического обеспечения раннего послеоперационного периода является комбинация перидуральной анальгезии низкими концентрациями бупивакаина с ненаркотическими анальгетиками. Данная методика обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание, стабильность гемодинамических показателей, оптимальное использование фармакологических средств по сравнению с применением комбинации опиоидов с ненаркотическими анальгетиками и перидуральной анестезии. Данная методика обеспечивает лучшие ранние результаты хирургического лечения в абдоминальной хирургии и меньшее количество осложнений.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, послеоперационная анальгезия.

Homon M.L., Shaprynskyi V.O.

Vinnytsia National Medical University named after M.I. Pyrohov, Vinnytsia, Ukraine

POSTOPERATIVE ANTINOCICEPTIVE PROTECTION IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF SURGICAL PATIENTS WITH ABDOMINAL PATHOLOGY

Summary. The objective of the study — to carry out a comparative analysis of the methods for antinociceptive protection after surgeries on the abdominal organs to select the method, which is optimal by the final outcome in this pathology.

Material and Methods. Management of the postoperative period was analyzed in 65 patients with operative risk stage III–IV degree by ASA, who underwent routine high and moderate traumatic surgeries on the abdominal organs. Mean arterial pressure, heart rate, the dose of anesthetics and drugs for symptomatic treatment, time of bowel function recovery were assessed.

Results and Their Discussion. It was found that the optimal method of anesthetic management of early postoperative analgesia is a combination of peridural anesthesia with low concentrations of bupivacaine and non-narcotic analgesics compared with the use of narcotic and non-narcotic analgesics or peridural anesthesia as separate techniques. The use for postoperative protection of pharmacological agents is characterized by the

emergence of hyperkinetic hemodynamic periods, which can cause complications. The use of peridural anesthesia is dangerous due to hypotension periods. The proposed technique provides adequate postoperative analgesia, hemodynamic stability, optimal use of pharmacological agents, the best early results of surgical treatment in abdominal surgery and fewer complications.

Conclusions. The optimal method for anesthetic management of early postoperative period is a combination of peridural analgesia with low concentrations of bupivacaine and non-narcotic analgesics. This technique provides adequate postoperative analgesia, hemodynamic stability, optimal use of pharmacological agents compared with the combination of opioids with non-narcotic analgesics and peridural anesthesia. This technique provides the best early results of surgical treatment in abdominal surgery and fewer complications.

Key words: abdominal surgery, postoperative analgesia.