

- P.680-690.
 21. Kossovich L.Yu. Mathematical modeling of human carotid in healthy, affected or post-corrective surgery conditions /L.Yu. Kossovich.- India, IIT Dilhi.- 2008.- P.235-250.
 22. Matiegka J. The testing of physical effeciency //Amer. J. Phys. Antropol.- 1921.- Vol.2, №3. - P.25-38.

Серебреннікова О.А., Семенченко В.В.

РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБИГУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АНТРОПО-СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ТІЛА ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ МЕЗОМОРФНОГО СОМАТОТИПУ

Резюме. В статті описані регресійні моделі індивідуальних показників церебрального кровообігу у практично здорових чоловіків мезоморфного соматотипу на основі урахування їх антропометричних, соматотипологічних показників та показників компонентного складу маси тіла. Змодельовано 12 з 18 досліджуваних показників церебрального кровообігу з коефіцієнтом детермінації R^2 більшим 0,5, в тому числі 3 моделі амплітудних (R^2 від 0,508 до 0,778), 3 часових (R^2 від 0,512 до 0,664) і 6 похідних (R^2 від 0,580 до 0,719) показників реоенцефалограми. До побудованих моделей амплітудних показників реоенцефалограми із коефіцієнтом детермінації більше 0,5 найбільш часто входять обхватні розміри тіла (27,3%), діаметри тіла (22,7%), кефалометричні показники, товщина шкірно-жирових складок та ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (по 13,6%); до моделей часових показників реоенцефалограми - товщина шкірно-жирових складок (31,6%), кефалометричні показники і обхватні розміри тіла (по 26,3%), діаметри тіла (15,8%); до моделей похідних показників реоенцефалограми - обхватні розміри тіла і діаметри тіла (по 26,5%), товщина шкірно-жирових складок (17,6%), кефалометричні показники (11,8%).

Ключові слова: здорові чоловіки мезоморфного соматотипу, церебральна гемодинаміка, антропометричні показники, регресійні моделі.

Серебреннікова О.А., Семенченко В.В.

РЕГРЕССИОННЫЕ МОДЕЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНТРОПО-СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТЕЛА ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МЕЗОМОРФНОГО СОМАТОТИПА

Резюме. В статье описаны регрессионные модели индивидуальных показателей мозгового кровообращения у практически здоровых мужчин мезоморфного соматотипа на основе учета их антропометрических, соматотипологических показателей и показателей компонентного состава массы тела. Смоделировано 12 из 18 исследуемых показателей мозгового кровообращения с коэффициентом детерминации R^2 большим 0,5, в том числе 3 модели амплитудных (R^2 от 0,508 до 0,778), 3 временных (R^2 от 0,512 до 0,664) и 6 производных (R^2 от 0,580 до 0,719) показателей реоэнцефалограммы. В построенные модели амплитудных показателей реоэнцефалограммы с коэффициентом детерминации более 0,5 наиболее часто входят обхватные размеры тела (27,3%), диаметры тела (22,7%), кефалометрические показатели, толщина кожно-жировых складок и ширина дистальных эпифизов длинных трубчатых костей конечностей (по 13,6%); к моделям временных показателей реоэнцефалограммы - толщина кожно-жировых складок (31,6%), кефалометрические показатели и обхватные размеры тела (по 26,3%), диаметры тела (15,8%); к моделям производных показателей реоэнцефалограммы - обхватные размеры тела и диаметры тела (по 26,5%), толщина кожно-жировых складок (17,6%), кефалометрические показатели (11,8%).

Ключевые слова: здоровые мужчины мезоморфного соматотипа, церебральная гемодинамика, антропометрические показатели, регрессионные модели.

Reviewer - MD, Professor. Gunas I.V.

Article received on 9.11.2016.

Serebrennikova Oksana Anatoliivna - PhD, Associate Professor, Associate Professor of Psychiatry, narcology and psychotherapy of postgraduate education VNMU n.a. Pirogov; +38(067)9605672

Semenchenko Vitaliy Volodymyrovich - seeker of Research center VNMU n.a. Pirogov; +38(098)9702133; semm88@ukr.net

© Гур'єв С.О., Нацевич Р.О., Василов В.В.

УДК: 616 - 001: 614.86: 616 - 082: 725.51

Гур'єв С.О., Нацевич Р.О., Василов В.В.

ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України" (вул. Братиславська, 3, м.Київ, 02000, Україна)

КЛІНІЧНА СТАНДАРТИЗОВАНА ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ПОШКОДЖЕННЯ ВНАСЛІДОК ДТП НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ І РАНЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПРИТРАСОВОЇ ЛІКАРНІ

Резюме. У статті наведені дані аналізу 316 випадків постраждалих при політравмі внаслідок дорожньо-транспортних пригод на догоспітальному і ранньогоспітальному етапі, котрим надавали медичну допомогу в умовах притрасової лікарні. Встановлено, що у постраждалих внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), як правило, є компонент полісистемного пошкодження та найбільш часто поєднується краніальний і торакальний компоненти - 51,9 %, абдомінальний компонент

становить 3,16 % та скелетний - 44,9 %. Для покращення результатів лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні необхідно застосувати сучасні технології лікування, а також уніфіковані протокольні схеми лікування та протоколи прийняття клініко-організаційних рішень.

Ключові слова: дорожньо-транспортна пригода, притрасова лікарня, постраждалі, краніо-скелетна травма (КСТ), краніо-торако-скелетна травма (КТСТ), краніо-торако-абдомено-скелетна травма (КАСТ).

Вступ

Травма є однією з трьох основних причин смертності населення, причому у населення віком до 40 років дана причина виходить на перше місце. Саме тому цій проблемі приділяється пильна увага з боку науковців [3]. Це обумовлено низкою причин, одна з яких, - висока смертність, яка протягом багатьох років посідає II - III місце серед усіх причин смертності серед населення, і поступається лише смертності від захворювань серцево-судинної системи та новоутворень [1]. Якщо рахувати смертність від травм згідно з рекомендацією ВООЗ (за роками недожитого життя), то вона перевищує смертність від серцево-судинних, онкологічних та інфекційних захворювань разом узятих [4, 5]. Тому можна стверджувати - проблема політравми (сьогодення) зайняла одне з провідних місць, що пояснюється її великою соціальною значущістю [6, 7].

Проблема лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні в даний час залишається актуальною. Серед основних причин постраждалих в наслідок ДТП є травми, пов'язані з транспортом [2].

Застосування в Україні застарілих технологій діагностики і лікування, відсутність диференційного підходу до методики лікування, зволікання з оперативним втручанням призводить до відчутного погіршення результатів лікування постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному лікуванню в умовах притрасової лікарні.

Метою нашої роботи було визначення особливостей розподілу клінічної стандартизованої оцінки тяжкості пошкодження внаслідок ДТП на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги в умовах притрасової лікарні.

Матеріали та методи

Нами було досліджено 316 випадків постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні. Притому було застосовано метод натурного моделювання та створено умовно змішану модель притрасової лікарні із застосуванням реально існуючих медичних закладів: Житомирська область - Новоград-Волинська міськрай ТМО, Черкаська область - Уманська ЦРЛ та Уманська міська лікарня, Київська область - Обухівська та Кагарлицька ЦРЛ у період з 2012 по 2014 роки.

Було включено та піддано вивченню клініко-нозо-

логічної характеристики пошкоджень постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги в умовах притрасової лікарні, що дало підставу для комплексної оцінки тяжкості пошкодження за шкалою ISS та стану постраждалого за шкалою TS. Усі розрахунки було проведено за допомогою комп'ютерних технологій відповідно до критеріїв і вимог доказової медицини.

Результати. Обговорення

Нами було встановлено, що в постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі в умовах притрасової лікарні найбільш часто спостерігалось пошкодження голови та шиї - 34,17 % постраждалих, пошкодження грудної клітки - 17,72 %, живота - 3,16 %, тазу - 6,32 %, кінцівок - 30,37 %, хребта - 8,22 %.

Також нами було проведено розподіл постраждалих за ознакою участі в дорожньому русі. Отримані наступні дані: водій 4-колісного транспорту - 11,02 %, пасажир 4-колісного транспорту - 21,84 %, пішоходи - 61,42 %, водій/пасажир 2-колісного транспорту - 5,71 %.

Зважаючи на багатоконпонентність пошкоджень та поліваріабільність клінічних проявів, стандартизована оцінка є основними принципом клінічного опису полісистемних та поліорганних пошкоджень. Для забезпечення клінічного опису основних клінічних характеристик пошкоджень нами було застосовано дві стандартизовані системи: система ISS - для оцінки тяжкості пошкоджень та система TS - стану постраждалого.

Дані інтегрального аналізу розподілу наведено у таблиці 1. Дані аналізу вказують на наступну закономірність: по-перше: найбільш тяжкі пошкодження притаманні постраждалим краніального і абдомінального компонентів, а також торакального компонентів та питома вага тяжкої і вкрай тяжкої групи зазначенням ISS більше 45 балів.

Постраждали з краніо-торако-скелетною травмою (КТСТ) становлять 25-50 %; краніо-абдомено-скелетною травмою (КАСТ) - 33 %; краніо-торако-абдомінальною травмою (КАТА) - 42 %; торако-скелетною травмою (ТСТ) - 50 %.

Враховуючи вищевикладене можна стверджувати, що найбільш загрозливими для життя, що визначається тяжкістю пошкодження на догоспітальному і ранньому госпітальному етапі, є краніальний і торакальний компоненти пошкоджень.

Водночас тяжкість пошкоджень в розділі за озна-

Таблиця 1. Розподіл постраждалих за ознакою тяжкості стану за шкалою ISS у клініко-нозологічних групах загального масиву.

ISS	Краніо-скелетна травма		Краніо-торакальна травма		Краніо-торако-скелетна травма		Краніо-торако-абдоміно-скелетна травма		Краніо-абдоміно-скелетна травма		Краніо-торако-абдомінальна травма		Торако-скелетна травма	
	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R
16-24	45	1	43,5	1	52,7	1	7,1	3	16,7	2	14,2	3	25	2
25-34	32,5	2	30,6	2	25,7	2	35,7	2	16,7	2	14,2	3	0	3
35-44	19,6	3	21,2	3	17,5	3	7,1	3	33,3	1	28,8	2	25	2
45-75	3,3	4	4,7	4	4	4	50	1	33,3	1	42,8	1	50	1
Всього	100		100		100		100		100		100		100	

Таблиця 2. Розподіл постраждалих за ознакою тяжкості стану за шкалою ISS у клініко-нозологічних групах у масиві одужавших.

ISS	Краніо-скелетна травма		Краніо-торакальна травма		Краніо-торако-скелетна травма		Краніо-торако-абдоміно-скелетна травма		Краніо-абдоміно-скелетна травма		Краніо-торако-абдомінальна травма		Торако-скелетна травма	
	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R
16-24	61,1	1	64,3	1	66,7	1	16,7	2	20	2	25	1	33,3	1
25-34	29,2	2	30,3	2	24,6	2	16,7	2	20	2	25	1	0	2
35-44	9,7	3	5,3	3	8,8	3	16,7	2	30	1	25	1	33,3	1
45-75							50	1	30	1	25	1	33,3	1
Всього	100		100		100		100		100		100		100	

Таблиця 3. Розподіл постраждалих за ознакою тяжкості стану за шкалою ISS у клініко-нозологічних групах масиву померлих.

ISS	Краніо-скелетна травма		Краніо-торакальна травма		Краніо-торако-скелетна травма		Краніо-торако-абдоміно-скелетна травма		Краніо-абдоміно-скелетна травма		Краніо-торако-абдомінальна травма		Торако-скелетна травма	
	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R	°%	R
16-24	20,9	3	3,4	4	5,9	4	0	2	0	2	0	3	0	2
25-34	37,5	1	31	2	29,4	2	50	1	0	2	0	3	0	2
35-44	33,3	2	51,8	1	47,0	1	0	2	50	1	33,3	2	0	2
45-75	8,3	4	13,8	3	17,7	3	50	1	50	1	66,7	1	100	1
Всього	100		100		100		100		100		100		100	

кою тяжкості в клініко-нозологічних групах має певні особливості: так в краніо-скелетній травмі (КСТ) часто зустрічаються відносно нетяжкі пошкодження:

- Перше рангове місце 16-24 балів - 45,0 %.
- Друге рангове місце 25-34 балів - 32,5 %.
- Третє рангове місце 25-44 балів - 19,6 %.
- Четверте рангове місце 45-75 балів - 3,3 %.

Тобто існує вірогідна тенденція зменшення питомої ваги в клініко-нозологічних групах зі зростанням стандартизованого показника тяжкості пошкодження.

У постраждалих з краніо-торакальною травмою (КТТ) існує така ж тенденція, причому показники розподілу близькі до КСТ. І така ж тенденція, хоч трохи менше виражена в КТСТ, причому в загальному масиві клініко-нозологічних груп, складає більше 50 %.

Інша картина складається при аналізі краніо-торако-абдоміно-скелетної травми (КТАСТ). Найбільшу питому вагу пошкоджень постраждалих з вкрай тяжкою травмою становить 45-75 балів - 50 %. На другому рангово-

му місці 25-34 бали - 35,7 %. На третьому і четвертому ранговому місці 35-44 бали - 7,14 %. У даній групі не існує вірогідної закономірності щодо розподілу масиву за ознакою тяжкості пошкоджень.

У постраждалих з КАСТ і КТАТ приблизно однаковий компонент пошкодження: краніальний та абдомінальний, а також торакальний компонент. У даних групах в загальному масиві складає майже 30-50 %. На першому ранговому місці 45-75 балів - 76,1 %, на другому ранговому місці - 35-44 балів - 61,8 %, на третьому ранговому місці 16-24 і 25-34 балів - 30,8 %. Тобто можна сказати, що в даних групах переважає краніальний та абдомінальний компоненти, де можна стверджувати, що постраждали 4-х колісного транспортного засобу не користуються пасками безпеки, а водії і пасажери 2-х колісного транспортного засобу не користуються шоломами безпеки.

У групі постраждалих з торако-скелетною травмою переважає тяжкий і вкрай тяжкий ступінь важкості. На

першому ранговому місці 45-75 балів - 50 %, на другому ранговому місці 35-44 балів - 25 %, на третьому ранговому місці 16-24 балів - 25 %. Можна стверджувати, що в даній групі переважає торакальний компонент (більше 50 %), тобто водії 4-х колісного транспортного засобу та пасажери 4-х колісного транспортного засобу не використовують паски безпеки.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Летальність на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах є дуже висока та складає 34,17 % серед постраждалих і превалюють, в основному, краніальний і торакальний компоненти - 51,9 %, скелетний компонент становить 44,9 %.

2. Аналіз клініки постраждалих вказує, що найбільша численність постраждалих з менш тяжкою травмою (до 24 балів, за шкалою ISS - 45 %); тяжка і вкрай тяжка травми становлять сумарно 22 % постраждалих.

3. У постраждалих внаслідок ДТП існує наявність невідповідності прогнозу за оцінкою тяжкості пошкодження по шкалі ISS та стану постраждалого за шкалою TS. Внаслідок тієї обставини, що, як правило, за шкалою ISS більш сприятливий прогноз, ніж за шкалою TS, постраждали внаслідок ДТП потребують комплексної оцінки пошкоджень щонайбільше за двома шкалами.

У подальшому планується вивчити клініко-епідеміологічну характеристику пошкоджень серед постраждалих з політравмою в результаті ДТП, яким надавали медичну допомогу у притрасових лікарнях.

Список літератури

1. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2011-2012 рр.: [довід.] /Г.В. Гайко, С.С. Страфун, А.В. Калашніков, В.П. Полішко. - К., 2013. - 220 с.
2. Гайко Г.В. Аналіз причин і факторів, що зумовлюють смертність постраждалих із травмами опорно-рухового апарату, отриманих під час ДТП /Г.В. Гайко, Р.В. Деркач // Міжвідомчий мед. журнал "Наука і практика". - 2014. - №1 (2). - С.82-86.
3. Клинико-организационные принципы, основы и критерии системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическими повреждениями /С.Е. Гурьев, Н.Н. Березка, В.Д. Шишук [та ін.] //Травма. - 2010. - Т.11, №2. - С.133-140.
4. Визначення клініко-анатомічної структури пошкоджень органів черевної порожнини у постраждалих внаслідок ДТП за ознакою участі в дорожньому русі [Електронний ресурс] /С.С. Чундак, С.О. Гур'єв, С.П. Сацик //Укр. журнал телемедицини та медичної телематики.- 2012.- Т.10, №2.- С.98-101.
5. Принципи надання невідкладної медичної допомоги постраждалим дитячого віку з політравмою на догоспітальному етапі [Електрон. ресурс] /С. О. Гур'єв, Ю.В. Шкатула //Травма. - 2012. - Т.13, №4. - С.161-165. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Travma_2012_13_4_35
6. Acute definitive internal fixation of pelvic ring fractures in polytrauma patients: afeasibleoption /N. Enninghorst, L. Toth, K.L. King [et al.] //J. of Trauma-Injury, Infectionand Critical Care.- 2010.- Vol.68, №4.- P.935-939.
7. Guthrie H.C. Fractures of the pelvis /H.C. Guthrie, R.W. Owens, M.D. Bircher // J. of Bone and Joint Surgery B.- 2010.- Vol.92, №11.- P.1481-1488.

Гурьев С.А., Нацевич Р.А., Васильев В.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРИТРАССОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Резюме. В статье приведены данные анализа 316 случаев пострадавших при политравме в результате дорожно-транспортных происшествий на догоспитальном и раннем госпитальном этапе, которым оказывали медицинскую помощь в условиях притрассовой больницы. Установлено, что у пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), как правило, есть компонент полисистемного повреждения и наиболее часто сочетаются краниальный и торакальный компоненты - 51,9 %, абдоминальный компонент составляет 3,16 % и скелетный - 44,9 %. Для улучшения результатов лечения пострадавших с полисистемными повреждениями в результате ДТП на догоспитальном и раннем госпитальном этапе в условиях притрассовой больницы необходимо применение современных технологий лечения, а также унифицированных протокольных схем лечения и протоколов принятия клинико-организационных решений.

Ключевые слова: дорожно-транспортное происшествие, притрассовая больница, пострадавшие, кранио-скелетная травма (КСТ), кранио-торако-скелетная травма (КТСТ), кранио-торако-абдомино-скелетная травма (КТАСТ).

Guryev S.O., Natsevych R.O., Vasilov V.V.

STANDARD CLINICAL ASSESSMENT OF INJURY SEVERITY DUE TO THE TRAFFIC ACCIDENTS AT THE PRE-HOSPITAL AND EARLY HOSPITAL STAGES OF MEDICAL CARE IN CONDITIONS OF A ROADSIDE HOSPITAL

Summary. The article provides data analyzing 316 cases affected with multiple trauma owing to traffic accidents at the pre-hospital and early hospital stages treated in conditions of a roadside hospital. It is found that the persons injured in the road traffic accidents commonly suffer from a component of polysystemic injury while the most often associated components are the cranial and thoracic component (51.9 %), the abdominal component (3.16 %) and the skeletal one (44.9 %). The most severe injuries are typical within the cranial and thoracic components and the share of severe and extremely severe cases is assigned to more than 45 according to the Injury Severity Score (ISS). The casualties with cranial thoracic skeletal injury make 25-50 %, cranial abdominal skeletal injuries make 33 %, the share of cranial thoracic abdominal injury makes 42 %, and that of thoracic and skeletal injury totals 50 %. Considering the above mentioned, cranial and thoracic components of injury, determined by its severity, can be stated as the most life threatening both at the pre-hospital and early hospital stages. To improve the results of treatment the patients with polysystemic injuries owing to traffic accidents at the pre-hospital and early hospital stages in conditions of a roadside hospital it is necessary to use up-to-date treatment technologies as well as the unified treatment protocol schemes and clinical decision-making records.

Key words: *traffic accident, roadside hospital, casualties, cranial skeletal injury, cranial thoracic skeletal injury, cranial thoracic abdominal skeletal injury.*

Рецензент - д. мед. н. Танасієнко П.В.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Гур'єв Сергій Омелянович - д. мед. н., професор, заступник директора ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України", Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, +38(044)5185708.

Нацевич Руслан Олександрович - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" 044-518-57-08;

Василов Валентин Васильович - пошукач ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України" 044-518-57-08

© Усенко О.Ю., Мазур А.П., Сидюк О.Е., Сидюк А.В., Клімас А.С.

УДК: 616.329-006.6-089.5-089.168

Усенко О.Ю., Мазур А.П., Сидюк О.Е., Сидюк А.В., Клімас А.С.

ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України (вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03126, Україна)

ТОРАКАЛЬНА ЕПІДУРАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ТА ТОРАКАЛЬНИЙ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНИЙ БЛОК У ХВОРИХ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА СТРАВОХОДІ

Резюме. *В НИХТ ім. О.О. Шалімова з приводу злоякісних пухлин стравоходу оперовані 80 хворих (виконані радикальні оперативні втручання комбінованим торако-абдомінальним доступом (Льюїса або Осава-Гарлока)). У контрольну групу увійшли 40 пацієнтів, у яких використана післяопераційна торакальна епідуральна анальгезія (ТЕА); у групу дослідження - 40 пацієнтів, у яких використана комбінована післяопераційна анальгезія (ТЕА + торакальний паравертебральний блок (ТПБ)). Доведено ефективність використовуваного методу комбінованої ТЕА з ТПБ у післяопераційному періоді у хворих з езофагектомією.*

Ключові слова: *езофагектомія, торакальна епідуральна анестезія, торакальний паравертебральний блок.*

Вступ

Рак стравоходу є шостою провідною причиною смертності від раку, і його захворюваність швидко збільшується. Для пацієнтів з локо-регіональним захворюванням найкращою можливістю для довгострокового виживання є трансторакальна езофагектомія після неoad'ювантної терапії. Однак вважається, що езофагектомія є однією з найбільш інвазивних і складних шлунково-кишкових процедур з високою частотою післяопераційних ускладнень і смертністю. Концентрація хірургічного лікування в центрах з великим обсягом і поліпшення періопераційної допомоги привели до значного зниження післяопераційної смертності та покращення довготривалої виживаності [3, 4].

Торакотомія часто супроводжується вираженим післяопераційним болем і значною кількістю післяопераційних ускладнень. Ателектази, пневмонії, емболії легневих артерій пов'язані з недостатньою анальгезією і тривалою іммобілізацією [1, 2].

Вважається, що післяопераційний біль один з найбільш значущих чинників, що призводять до неадекватної вентиляції і погіршення виділення мокротиння після торакотомії. Виражений або неадекватно купіруваний гострий біль після торакотомії може також передувати розвитку хронічного пост-торакотомного болю і тривалої післяопераційної втоми [5].

Пропонована робота присвячена вивченню пере-

рахованих питань і розробці нового підходу в анестезіологічному забезпеченні післяопераційного знеболювання при хірургічних втручаннях з приводу злоякісних захворювань стравоходу.

Таким чином, метою дослідження було: поліпшити результати хірургічного лікування хворих зі злоякісними захворюваннями стравоходу шляхом розробки і застосування методу раціонального післяопераційного знеболювання.

Матеріали та методи

У дослідження включені 80 хворих, оперованих в НИХТ ім. О.О. Шалімова з приводу злоякісних пухлин стравоходу, яким були виконані радикальні оперативні втручання комбінованим торако-абдомінальним доступом (Льюїса або Осава-Гарлока): (контрольна група - 40 пацієнтів, у яких використана післяопераційна ТЕА; група дослідження - 40 пацієнтів, у яких використана комбінована післяопераційна анальгезія (ТЕА + ТПБ)).

У групі контролю післяопераційну ТЕА здійснювали шляхом установки перед операцією 2 катетерів в епідуральний простір: 1 - на рівні Th2-Th4, 2-й - на рівні Th5-Th7.

У групі дослідження один катетер встановлювали перед операцією в епідуральний простір на рівні Th5-Th7, другий - інтраопераційно в паравертебральний