

Порівняльна характеристика впливу анксиолітиків на перебіг післяопераційного періоду при операціях на матці

М.Л. Гомон

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Метою дослідження було визначення впливу премедикації з застосуванням анксиолітиків подовженої дії на перебіг післяопераційного періоду хворих, яким проведено оперативне лікування захворювань матки в об'ємі надпихвової ампутації матки з придатками та без них, екстирпації матки, тотальної ампутації матки. У всіх групах використана однакова методика анестезіологічного забезпечення – тотальна внутрішньовенна анестезія з ендотрахеальною штучною вентиляцією легень. Обстежено 85 хворих в умовах гінекологічного відділення, які були розділені на 4 групи. 1-а група (22 хворих) без супутньої патології інших систем та стандартною премедикацією; 2-га група (21 хворий) з супутньою патологією серцево-судинної системи та стандартною премедикацією. У 3-й групі крім стандартної премедикації призначали гідазепам у дозі 50 мг/добу; в 4-й групі хворим із супутньою патологією серцево-судинної системи додатково призначали гідазепам в дозі 150 мг/добу. Установлено, що додаткове використання гідазепаму в дозі 150 мг/добу забезпечує протягом двох діб меншу вираженість болювого синдрому в післяопераційний період. Використання гідазепаму в дозі 50 мг/добу потенціє знеболювальний ефект усього на 4 год. Додаткове використання гідазепаму забезпечує зниження доз використаних для післяопераційного знеболювання наркотичних і ненаркотичних анальгетиків, нормальний перебіг післяопераційного болювого синдрому та скорочення термінів стаціонарного лікування. Рекомендовано ширше застосовувати описану схему розширеної премедикації з урахуванням віддалених ефектів в анестезіологічному забезпеченні даної категорії хворих.

Ключові слова. післяопераційне знеболювання, операції на матці.

Незважаючи на широкий вибір сучасних медичних препаратів і методик лікування болю проблема післяопераційного знеболювання посідає одне з провідних місць лікування хворих в гінекологічній практиці [2–4]. За даними різних авторів, до 75% хворих відчувають біль різної інтенсивності в операційній рані в ранній післяопераційний період, і якість знеболювання не завжди відповідає сучасним вимогам ведення раннього післяопераційного періоду [8, 11, 13]. Післяопераційний біль посилює навантаження практично на всі життєво важливі системи організму, що клінічно проявляється гіпертензією, аритміями, зниженням життєвої і функціональної залишкової ємності легень, стримуванням хворою рухової активності, обмеженням здатності продуктивного кашлю, тощо [6, 7, 10]. Біль, особливо гострий, не тільки свідчить про пошкодження, але й спричиняє цілий каскад біохімічних реакцій, які в свою чергу можуть посилювати болюві відчуття [1, 12, 13]. Для подолання післяопераційного болю традиційно використовують наркотичні і ненаркотичні аналь-

гетики, однак побічні ефекти цих препаратів, вузький спектр терапевтичної дії вимагають використовувати альтернативні методики для лікування болювого синдрому в післяопераційний період [5, 9, 14]. Однією з таких методик є потенціювання дії основних засобів для наркозу, наркотичних і ненаркотичних анальгетиків комбінацією їх з анксиолітиками. Незважаючи на слабкий механізм такої дії в сумі використання знеболювальних засобів в післяопераційний період це має клінічне значення.

Мета дослідження: встановити вплив використаних схем премедикації з застосуванням анксиолітиків подовженої дії на перебіг болювого синдрому в ранній післяопераційний період у хворих після видалення матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 85 хворих в умовах гінекологічного відділення, яким виконано оперативне лікування захворювань матки в об'ємі надпихвової ампутації матки з придатками та без них, екстирпації матки, тотальної ампутації матки. Обстежені хворі були розділені на 4 групи. Групи рандомізовані за віком, патологією та об'ємом оперативних втручань. 43 хворих було розділено на 2 контрольні групи: 1-а група – 22 хворих без супутньої патології інших систем та стандартною передопераційною підготовкою, 2-га група – 21 хвора з супутньою патологією серцево-судинної системи та стандартною передопераційною підготовкою. Інші дві групи порівняння (42 пацієнтки) – 3-я та 4-а додатково в передопераційну підготовку отримували гідазепам. Причому 3-я група крім стандартної премедикації отримувала гідазепам в дозі 50 мг/добу – 1 таблетка 0,05 г per os ввечері перед оперативним втручанням; 4-а група з супутньою патологією серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стійка гіпертензія іншого походження з використанням гіпотензивної терапії) – додатково отримувала гідазепам в дозі 150 мг/добу – по 1 таблетці 3 рази на добу перед операцією. У всіх групах хворим проводили стандартну премедикацію за 30–40 хв до оперативного втручання, яка включала атропін в дозі 0,5–1,0 мл, димедрол 1% – 1,0 мл, сибазон 0,5% – 2,0 мл внутрішньом'язово. У всіх групах використана однакова методика анестезіологічного забезпечення – тотальна внутрішньовенна анестезія (ТВА) з ендотрахеальною штучною вентиляцією легень.

Оцінювання перебігу післяопераційного періоду проводили протягом 3 діб за даними візуальної аналогової шкали болю (ВАШ), вираженням вважали болювий синдром понад 30 мм. Вираженість болювого синдрому також оцінювали за кількістю використаних знеболювальних та седативних засобів.

У дослідження не брали участь (критерій виключення) хворі з декомпенсованою серцевою недостатністю, патологією м'язової системи, цукровим діабетом, злоякісними пухлинами.

Таблиця 1

Динаміка больового синдрому за даними ВАШ болю в післяопераційний період у пацієнтів 1–4-ї груп

Показники	1-а група, n=22	2-а група, n=21	3-я група, n=21	4-а група, n=21
ВАШ через 4 год (мм)	36,4±3,1	39,1±4,2	17,4±5,3	12,4±4,3*
ВАШ через 8 год (мм)	38,5±4,6	43,5±7,4	28,3±4,1	20,4±3,2
ВАШ на другу добу після операції (мм)	27,8±4,3	34,8±4,6	25,4±3,5	22,1±3,4
ВАШ на третю добу після операції (мм)	22,9±3,5	28,4±3,6	20,4±4,3	22,8±4,3

Примітка: * – $p < 0,05$ в порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 2

Динаміка використання наркотичних анальгетиків (омнопону) в післяопераційний період у пацієнок 1–4-ї груп

Омнопон	1-а група, n=22	2-а група, n=21	3-я група, n=21	4-а група, n=21
1-а доба (мг/добу)	29,7±2,1	32,8±2,3	23,5±1,8	25,8±1,9*
2-а доба (мг/добу)	27,9±1,8	34,5±2,1	24,6±1,7	26,1±1,6*
3-я доба (мг/добу)	18,6±2,3	24,8±2,4	16,7±2,0	18,9±2,1

Примітки: * – $p < 0,05$ в порівнянні з контрольною групою.

Таблиця 3

Динаміка використання ненаркотичних анальгетиків в післяопераційний період у пацієнтів 1–4-ї груп

Ненаркотичні анальгетики	1-а група, n=21	2-я група, n=21	3-а група, n=21	4-а група, n=21
1-а доба (мг/добу)	78,6±6,3	86,7±5,3	61,2±4,2	67,5±5,2
2-а доба (мг/добу)	81,7±5,3	91,8±5,9	72,9±6,7	73,1±6,1
3-я доба (мг/добу)	54,2±4,3	69,1±4,6	53,2±4,2	59,8±4,8

Примітки: * – $p < 0,05$ в порівнянні з контрольною групою.

Статистичне оброблення результатів проводили з використанням методів параметричного аналізу. Для визначення достовірності відмінностей між групами за аналізованим показником використовували t-критерій Стьюдента. Рівень достовірності коефіцієнта оцінювали стандартним способом і вважали прийнятним при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Динаміка вираженості больового синдрому в післяопераційний період наведена в табл. 1.

З даних табл. 1 видно, що біль середньої інтенсивності хворі 1-ї та 2-ї групи відчують вже на 4-ї години післяопераційного періоду (ВАШ 36,4±3,1 та 39,1±4,2 мм відповідно). У пацієнтів 3-ї та 4-ї груп він вірогідно нижчий та знаходиться в діапазоні низької інтенсивності. До 8-ї години післяопераційного періоду відзначена тенденція до збільшення вираженості больового синдрому, однак в контрольних 1-ї та 2-ї групах він знаходиться в діапазоні середньої інтенсивності. На другу та третю добу не виявлено вірогідних відмінностей у вираженості больового синдрому між пацієнтами 1-ї та 3-ї груп, тоді як у пацієнтів 4-ї групи вірогідно нижчий больовий синдром спостерігався (ВАШ 22,1±3,4 мм) на другу добу в порівнянні з 2-ю контрольною групою (ВАШ 34,8±4,6 мм). На третю добу у всіх групах больовий синдром має помірний характер і не перевищує 30% шкали болю.

Таким чином, додаткове використання гідазепаму в дозі 50 мг/добу у хворих 3-ї групи сприяло вірогідно меншій вираженості післяопераційного больового синдрому лише в перші 4 год післяопераційного періоду; тоді як застосування гідазепаму в дозі 150 мг/добу в 4-ї групі сприяло вірогідно меншому сприйняттю вираженості післяопераційного больового синдрому протягом більш тривалого часу – двох діб післяопераційного періоду.

Вираженість больового синдрому в 1–4-ї групах оцінювали також за дозами використаних знеболювальних засобів: наркотичних (табл. 2) та ненаркотичних анальгетиків (табл. 3).

З даних табл. 2 видно, що в першу добу кількість омнопону, використаного у пацієнок 1-ї (29,7±2,1 мг/добу) та 2-ї (32,8±2,3 мг/добу) контрольних груп, була вірогідно більшою, ніж в 3-ї (23,5±1,8 мг/добу) та 4-ї (25,8±1,9 мг/добу) групах, де використовували гідазепам. Зберігається вірогідна різниця між 2-ю та 4-ю групами і на другу добу післяопераційного періоду. На третю добу – вірогідної різниці в дозах препарату між групами не виявлено. Таким чином, використання гідазепаму забезпечує вірогідне потенціювання знеболювального ефекту наркотичних анальгетиків в післяопераційний період пропорційно дозі використаного препарату.

Подібна закономірність виявлена при аналізі доз використаних ненаркотичних анальгетиків (табл. 3). Так у першу добу загальна доза ненаркотичних анальгетиків в контрольних 1-ї та 2-ї групах вірогідно вища, ніж дослідних 3-ї та 4-ї (відповідно 14,9±0,9 та 14,9±0,9 мг/добу). На другу добу зберігається вірогідна різниця лише між 2-ю та 4-ю групами. На третю добу не виявлено вірогідної різниці між дозами використаних ненаркотичних анальгетиків в досліджуваних групах.

Таким чином, використання гідазепаму підтверджує вірогідне потенціювання знеболювального ефекту ненаркотичних анальгетиків в післяопераційний період пропорційно дозі використаного препарату.

Установлено, що терміни лікування в контрольних (1-ї та 2-ї) групах складав відповідно 7,5±0,3 доби та 8,0±0,4 доби. Терміни післяопераційного стаціонарного лікування осіб 3-ї та 4-ї груп складав відповідно 6,7±0,2 доби та 6,9±0,3 доби, що вірогідно менше в порівнянні з основними 1-ю та 2-ю групами. Таким чином, додаткове застосування гідазепаму сприяє скороченню термінів стаціонарного лікування.

ВИСНОВКИ

1. Серед хворих, які госпіталізовані на стаціонарне оперативне лікування у зв'язку з захворюваннями матки, у переважній більшості існує проблема психосоматичних роз-

ладів, яка впливає на перебіг післяопераційного болювого синдрому.

8. Додаткове застосування гідазепаму в премедикації в дозі від 50 до 150 мг/добу найбільш ефективно забезпечує потенціювання знеболювального ефекту наркотичних і ненаркотичних анальгетиків у післяопераційний період пропорційно дозі використаного препарату.

**Сравнительная характеристика влияния
анксиолитиков на течение послеоперационного
периода при операциях на матке**
Н.Л. Гомон

Целью исследования было определение влияния премедикации с применением анксиолитиков длительного действия на течение послеоперационного периода больных, которым проведено оперативное лечение заболеваний матки в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками и без них, экстирпации матки, тотальной ампутации матки. Во всех группах использована одинаковая методика анестезиологического обеспечения – тотальная внутривенная анестезия с эндотрахеальной искусственной вентиляцией легких. Обследованы 85 больных в условиях гинекологического отделения, которые были разделены на 4 группы. Первая (1-я) группа (22 больных) без сопутствующей патологии других систем и стандартной премедикации; 2-я группа (21 больной) с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы и стандартной премедикацией. В 3-й группе в дополнение к стандартной премедикации назначали гидазепам в дозе 50 мг/сут; пациентам 4-й группы с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы дополнительно назначали гидазепам в дозе 150 мг/сут. Установлено, что дополнительное использование гидазепам в дозе 150 мг/сут обеспечивает в течение двух суток меньшую выраженность болювого синдрома в послеоперационный период. Использование гидазепам в дозе 50 мг/сут потенцирует обезболивающий эффект всего 4 ч. Дополнительное использование гидазепам обеспечивает снижение доз использованных для послеоперационного обезболивания наркотических и ненаркотических анальгетиков, гладкое течение послеоперационного болювого синдрома и сокращение сроков стационарного лечения. Рекомендуется шире применять описанную схему расширенной премедикации с учетом отдаленных эффектов в анестезиологическом обеспечении данной категории больных.

Ключевые слова: послеоперационное обезболивание, операции на матке.

9. Використання гідазепаму в премедикації забезпечує нормалізацію перебігу післяопераційного періоду та скорочення термінів стаціонарного лікування.

У подальшому рекомендовано використовувати гідазепам в дозі від 50 до 150 мг/добу перед травматичними операціями на матці для зменшення психосоматичних розладів, нормального перебігу періопераційного періоду.

**Comparative characteristics
of anxiolytic influence on the course
of anesthesia during surgery on the uterus**
M.L. Gomon

The aim of the study was to determine the effect of premedication with using prolong anxiolytics for the on postoperative course in patients with surgical treatment of the uterus in volume supravaginal hysterectomy with appendages and without them, hysterectomy, total hysterectomy. In n all groups used the same technique of anesthetic management – total intravenous anesthesia with endotracheal mechanical ventilation. We examined 85 patients in the gynecological department of the conditions, which were divided into 4 groups. The first group (22 patients) without comorbidity of other systems and standard premedication; group 2 (21 patients) with concomitant diseases of the cardiovascular system and standard premedication. In the third group, in addition to the standard premedication was administered at a dose gidazepam 50mg/day; in group 4 with concomitant diseases of the cardiovascular system in addition to the dose administered gidazepam 150mg/day. It was established that the use of additional gidazepam 150 mg / day. provides for two days less pain in the postoperative period. Using a dose gidazepama 50mg/dobu potentiates the analgesic effect of only 4 hours. Additional use gidazepam reduces doses used for postoperative analgesia narcotic and non-narcotic analgesics, for a smooth postoperative pain and shortening hospital treatment. Recommended wider use of the described scheme extended sedation considering long-term effects in the anesthesia providing this category of patients.

Key words: postoperative pain relief, surgery on the uterus.

Сведения об авторе

Гомон Николай Лонгинович – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 21036, г. Винница, ул. Медведова, 9/85. E-mail: mgomon@meta.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.І. Профілактика післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих старших вікових груп /В.І. Бойко, Н.І. Терехова// Здоровье женщины. – 2011. – № 1 (57). – С. 201–202.
2. Венцківський Б.М. Особливості перебігу післяопераційного періоду у жінок залежно від методу абдомінального розродження / Б.М. Венцківський, Д.В. Вітренко // Здоровье женщины. – 2014. – № 2 (88). – С. 92–97.
3. Грищенко О.В. Оптимізація періопераційного ведення пацієнток з патологічними процесами шийки матки / Грищенко О.В., І.В. Лахно, А.Т. Овчаренко, Е.В. Милютин, В.І. Останіна // Здоровье женщины. – 2012. – № 9 (75). – С. 132–134.
4. Жегулович В.Г., Товстановська В.О., Воробей-Вихівська В.М. Органозберігаюча тактика лікування фіброміоми матки // Здоровье женщины. – 2010. – № 1 (47). – С. 26–27.
5. Захарченко Н.Ф., Ковбасий В.П., Коваленко Н.В. Характеристика психологічних типів личности при доброякісних гіперпроліферативних захворюваннях репродуктивної системи женщины // Здоровье женщины. – 2010. – № 2 (48). – С. 133–136.
6. Казак А.В. Психологічні особливості жінок репродуктивного віку із синдромом хронічного тазового болю. – А.В. Казак, І.А. Коваль // Здоровье женщины. – 2011. – № 10 (66). – С. 202–203.
7. Пирогова В.І. Сучасні аспекти подолання болювого синдрому в гінекологічній практиці / В.І. Пирогова, М.В. Томич, В.М. Перцович, С.О. Шурпак // Здоровье женщины. – 2013. – № 1 (77). – С. 76–78.
8. Кобеляцкий Ю.В. Послеоперационное обезболивание: нерешенная проблема / Ю.В. Кобеляцкий // Здоровья Украины. – 2006. – № 8.
9. Камінський В.В. Сучасні методи діагностики та малоінвазивного оперативного втручання при лейоміомі матки /В.В. Камінський, В.В. Дунаєвська // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2013. – № 3. – С. 86–91.
10. Кузаменська М.Л. Клінічні аспекти консервативної міомектомії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2. – С. 92–94.
11. Назаров И.П. Пролонгированная стресс-протекция как метод защиты от хирургической агрессии: [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://rusanesth.com/stati/obshhaya-anesteziologiya/17.html>
12. Подольський В.В. Психоемоційний стан жінок фертильного віку з розладами репродуктивного здоров'я, які мешкають в сільській місцевості /В.В. Подольський, Вл.В. Подольський, А.Л. Каграманян, А.В. Новиченко //Здоровье женщины. – 2011. – № 3 (89). – С. 138–142.
13. Федорченко Г.В. Особливості психоемоційно стану жінок, оперованих на щитоподібній залозі під час вагітності/ Г.В. Федорченко, В.В. Баранова, Ю.В. Давидова //Здоровье женщины. – 2011. – № 5 (61). – С. 179–181.
14. Шамрай В.А.Порівняльні аспекти різних методів хірургічного лікування міоми матки в поєднанні з аденіоміозом / В.А. Шамрай // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – № 4 [76]. – С. 90–92.

Статья поступила в редакцию 22.07.2014