

ШЛЯХИ ЗМЕНШЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

*В.А.Лісецький, В.О.Бурау,
І.М.Михайлів, О.О.Катеринич*

**Українська військово-медична академія,
Київський міський клінічний онкологічний центр
Київ, Україна**

Післяопераційний (п/о) біль різко знижує якість життя пацієнта і є клінічним індикатором дискомфорту та прихованих ускладнень. Мастектомії з видаленням лімфовузлів наносить велику травму грудній клітині в рефлексогенній зоні, що викликає біль і впливає на механіку дихання. Необхідно враховувати, що стан хворих ще до операції обтяжує: стрес, депресія, пухлина, хіміо-, променева терапія, страх від майбутньої операції і неясність сили болю, травматичність операції, наявні супутні захворювання, знижені функціональні можливості та імунітет.

Метою дослідження було на підставі ретроспективного клінічного аналізу проведення наркозу і п/о знеболення запропонувати оптимальну схему знеболення після мастектомій з приводу раку.

Був виконаний ретроспективний аналіз анестезіологічного забезпечення мастектомії у 146 хворих. У Київському онкоцентрі такі операції з 1997 р. виконують під внутрішньовенним наркозом на самостійному диханні за єдиною методикою і тривають біля години. Оцінка болю проводилась в балах зрозумілим для лікаря і пацієнта методом: 1 бал — болю немає, 2 бали — біль при рухах, 3 бали — постійний біль, 4 бали — біль сильний і потребує знеболення. Оцінку стану хворого проводили до і протягом 3 діб п/о. Також фіксували такі показники, як порушення дихання, наявність нудоти, блювоти, артеріальної гіпотонії, брадикардії.

Виявлено, що вживані для наркозу седативні, нейроплегіки, опіати в рекомендованих одноразових дозах викликали у 89% довготривалий наркоз, повільне відновлення свідомості і депресію. Найсильніший біль та ускладнення у хворих відмічалися в перші години та

добу п/о. Морфій в п/о періоді викликав порушення дихання (27%), нудоту, блювоту (38%) і недостатнє знеболення на першу добу (48% випадків). П/о біль плановий, і його треба запобігти шляхом підготовки хворої психологічно та медикаментозно ще до операції. Знеболення НСПЗП замість морфія, починаючи за 2 години до операції дозволило під час операції зменшити дози седативних, фентанілу, а п/о хворі комфортно себе почували, тільки 3% відмічали біль при рухах, у 1,7% була нудота і блювота.

На всіх етапах лікування ми повинні створювати умови для психологічного комфорту хворої, яка вже знаходиться у стані стресу та депресії, викликаних пухлиною, страхом болі після операції та втраченою жіночності (видалення залози) і близької смерті від раку.

Звичайно для лікування п/о болю застосовують опіати, які гальмують розвиток больового вогнища в корі головного мозку. Однак ефективно знеболення від опіатів настає у половини хворих, а з іншого боку, опіати дають небажані ускладнення (гіпотонія, нудота, блювота, стимуляція пухлинного росту) та викликають хронізацію болю. Зменшити біль можливо шляхом гальмування розвитку прозапальних факторів, цитокінів, простагладинів в операційній рані, щоб знизити подразнення нейрорецепторів, і передачі больового імпульса до спинного і головного мозку, де іде формування характеру болю. Це можна досягти використанням нестероїдних протизапальних препаратів (НСПЗП) та місцевих анестетиків у рану, застосування регіонарних блокад (епідуральна анестезія) може викликати артеріальну гіпотензію та порушення дихання.

На основі проведеного аналізу ми прийшли до висновку, що для оптимального знеболення під час операції та у п/о періоді необхідно:

1. П/о біль плановий, і його треба запобігти шляхом підготовки хворої психологічно та медикаментозно ще до операції. Створити довірче відношення хворого з лікарями, вселити надію, що п/о біль не буде турбувати, що зменшуватиме почуття страху, стрес і навіть біль.

2. У день операції не пити, не приймати ніяких медикаментів, які хвора приймає з приводу супутніх захворювань.

3. Преємтивне введення НСПЗП (за 2 години до операції і планово три доби п/о) для зняття гострого болю під час і після операції. Слід зазначити, що НСПЗП знеболюють шляхом пригнічення ЦОГ. ЦОГ-1 є в усіх тканинах і бере активну участь у захисті слизової оболонки шлунка. ЦОГ-2- індукується пухлиною, травмою і запальни-

ми чинниками ФНП та ІЛ (1-4-10-13), простогладинами у вогнищі запалення, тому пригнічення ЦОГ-2 (кеталонг, династат, дексалгін) до, під час і після операції знімає біль. Крім цього, НСПЗП пригнічують агрегацію тромбоцитів, що перешкоджає тромбоутворенню і приживленню метастатичних клітин.

4. Для в/в наркозу седативні препарати застосовувати в менших дозах. Так, сибазон 0,5% вводити в дозі 1,0 мл (50 % дози).

5. Оскільки тіопентал натрію п/о викликає депресію, загальмованість ми замінили його на пропофол.

6. Опіати застосовувати в малих дозах тільки на вимогу при нестерпних болях або зовсім не застосовувати, оскільки вони стимулюють ріст пухлин, викликають нудоту і блювоту що посилює біль, депресію і знижує рухову активність.

7. Перед ушиванням рани провести зрошування рани місцевим анестетиком (0,25% лідокаїну 20 мл), що дозволить знеболити рану впродовж 3-6 годин п/о та посилює і продовжує дію НСПЗП.

8. Дозволити пити воду, зелений чай без цукру через 2 години п/о, дозволяти ходити на 2 добу під контролем медичного персоналу.

Апробація такої методики анестезіологічного забезпечення та схеми знеболення при мастектомії у 296 хворих показала її ефективність. Усі комфортно себе почували через 30-40 хвилин п/о. При цьому не було болі на 1 добу п/о у 290 хворих і тільки у 6 (2%) хворих відмічено біль при рухах, нудота була у 7 (2,4%), блювота у 6 (2%), які страждали на хронічний холецистит). На 2 добу всі ходили, не скаржились на біль, а на 3 добу відмовлялись від знеболення.

Включення в премедикацію НСПЗП (династат або кеталонг) і проведення в/в пропофол-фентанілової анестезії з низькими дозами сибазону на самостійному диханні дозволяло комфортно хворій увійти і вийти з наркозу, а зрошення рани лідокаїном і введення НСПЗП п/о дозволяло добре знеболити без опіатів, і хворі ходили на 2 день п/о.