

Бабанли Ш.Р., Кочан М.М., Угляр Ю.В., Юрик О.І., Гуменюк В.В., Яременко А.В.

“БЕРЛАМІН МОДУЛЯР” В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ РАКУ ШЛУНКА ТА СТРАВОХОДУ

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Досліджено 28 пацієнтів палати інтенсивної терапії Тернопільського обласного онкологічного диспансеру, які лікувалися в період з січня по липень 2003 року, прооперованих з приводу раку стравоходу та шлунка. Вік пацієнтів від 38 до 80 років. Серед них 18 чоловіків і 10 жінок. Об'єм операцій, які перенесли пацієнти: гастректомія з резекцією нижньої 3-тьої стравоходу – 7 пацієнтів; операція Гарлока – 2; резекція 2/3 шлунка – 8; субтотальна резекція шлунка – 6; операція Люїса – 1; гастректомія – 2; гастроентероанастомоз – 1; пробна лапаротомія – 1.

Зонд за зв'язку Трейца вводився під час проведення оперативного втручання. Для підтвердження місця знаходження зонда відразу після операції використовували аспіраційну пробу. Введення суміші розпочинали на 2-3 день після операції, коли аускультативно визначались перистальтичні шуми. Вводили 100 мл 20 % р-ну суміші “Берамін модуляр” за 1 год до 1 л за добу. Ускладнень не було. Крім одного випадку діареї і одного випадку здуття живота. Ці явища були зняті призначенням метронідазолу та церукалу 10 мг внутрішньом'язово. Маса тіла пацієнтів практично не змінювалась під час раннього післяопераційного періоду після ентерального харчування сумішшю “Берамін модуляр”.

Рівень загального білка крові був в нормі у всіх пацієнтів. Середній ліжко-день у хворих склав 10,2. Ускладнень, неспроможності анастомозів і летальних випадків не було.

Контрольну групу склали 41 хворий, які були прооперовані ТОККОД протягом 2002 року. Серед них 26 чоловіків і 15 жінок, віком від 40 до 82 років. Цим хворим були проведені такі операції: гастректомія з резекцією нижньої третини стравоходу – 12; операція Гарлока – 2; резекція 2/3 шлунка – 8; субтотальна резекція шлунка – 15; гастростомія – 2; гастроентероанастомоз – 2. Для ентерального харчування використовувалось дитяче харчування “Малыш”. З 41 у 10 хворих відмічалось здуття живота і діарея. Ми пов'язуємо це з лактазною недостатністю в зв'язку з тим, що для ентерального харчування дорослих використовуються дитячі молочні суміші. У одного хворого спостерігали неспроможність стравохідно-кишкового анастомозу. Рівень загального білка крові в 15 із 41 хворих був в середньому на 10-15 % нижче норми; це потребувало додаткового введення амінокислот (Інфезол) від 500 до 1 л на добу. Середній ліжко-день склав (11,2).

ВИСНОВКИ Таким чином, ентеральне харчування сумішшю “Берамін модуляр” в ранньому післяопераційному періоді після операцій з приводу раку шлунка і стравоходу є фізіологічним, не потребує стерильності та відносно не дорога. Раннє ентеральне харчування дозволяє підтримувати шлунково-кишковий тракт у нормальному фізіологічному стані та запобігати багатьом ускладненням. Раннє ентеральне харчування покращує кровообіг шлунково-кишкового тракту і сприяє заживанню анастомозів. Зменшує тривалість післяопераційного ліжко-дня та вартість перебування хворого в стаціонарі.

Бабанли Ш.Р., Кочан М.М., Загарія Г.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “КЕТАНОВ” ПРИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

Дія “Кетанов” досліджена нами в 97 хворих. В 34 хворих він застосований як засіб премедикації і післяопераційного знеболення, в 63 хворих – виключно для післяопераційного знеболення. Оперовані жінки віком від 23 до 74 років, яким виконані наступні операції: розширена екстирпація матки з додатками – 13 пацієток, екстирпація матки з додатками – 52, надпівхова ампутація матки – 12, надпівхова ампутація матки з оментектомією – 8, кістектомія – 10, конізації шийки матки – 2. Тривалість операцій від 15 до 150 хвилин.

Контрольну групу склали 104 хворих, яким знеболення під час операції проводилось морфіном і кетаміном в складі нейролептанелгезії. Знеболення в післяопераційному періоді проводилось морфіном в дозі 25±5 мг внутрішньом'язово в першу добу після операції і в дозі 15±5 мг внутрішньом'язово – в другу добу.

Премедикація препаратом “Кетанов”, реланіумом і атропіном викликали повноцінний адекватний ефект при стабільних показниках артеріального тиску, частоти серцевих скорочень. Інтубація трахеї на фоні ввідного наркозу тіопенталом не супроводжувалась зміною показників кровообігу.

На відміну від контрольної групи вихід з наркозу хворих основної групи не супроводжувався м'язовим гіперкінезом та порушенням мікроциркуляції, яка проявлялася акроціанозом, холодними шкірними покровками. Зберігалась достатня післяопераційна анальгезія в середньому 2,2±0,2 год.

Позитивні результати отримані при застосуванні “Кетанов” для післяопераційного знеболення. Однак у третини (32) хворих необхідне було додаткове застосування 10 мг

морфіну. У 94 (95 %) хворих, які отримували виключно “Кетанов” для знеболення в післяопераційному періоді, в перший день після операції вислуховувалася моторика кишечника. У 73 (75 %) хворих не відзначено затримку сечі. В контрольній підгрупі моторика кишечника з'являлася в середньому на 12 год пізніше, а затримки сечі не було у 40 (38 %) хворих. Хворі були більш активними, випадки нудоти та блювання спостерігались рідко (3,8 % та 2,9 % відповідно). В контрольній групі нудота спостерігалася у 20 (10 %) хворих, блювання у 6 (5,7 %) хворих. У всіх 97 хворих основної групи комбінація “Кетанов” і, за необхідності, морфіну дозволяла досягнути адекватного ефекту знеболення практично у всіх пацієнтів, при цьому потреба опіатів знижувалася на 50-70 % і не викликала звикання чи залежності.

ВИСНОВКИ 1. “Кетанов” являється анальгетиком периферичної дії, який в комбінації з морфіном забезпечує адекватний анальгезуючий ефект в хірургічному лікуванні онкологічних хворих. 2. Доза опіатів при застосуванні “Кетанов” для підтримки адекватного знеболення при онкологічних операціях знижувалася на 50 %. Вихід з наркозу не супроводжувався м'язовими гіперкінезами, порушенням мікроциркуляції, зберігалась достатня післяопераційна анальгезія. 3. В післяопераційному періоді не відзначалось пригнічення дихання та моторної функції шлунково-кишкового тракту, не виникало необхідності продовження ШВЛ, перистальтика відновлювалася в середньому на 12 год швидше, ніж при застосуванні лише опіатів.