

Муравьев Петр Тадеушевич - ассист. кафедры хирургии №2 Одесского национального медицинского университета; +38 067 752-40-11

Зубков Олег Борисович - проф. кафедры хирургии №2 Одесского национального медицинского университета; +38 067 972-05-56

© Годлевський А.І., Саволук С.І.

УДК: 616.36-008.5: 616-089.5

Годлевський А.І., Саволук С.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ НЕПУХЛИННОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Резюме. В роботі аналізуються результати хірургічного лікування 510 хворих з обтураційною жовтяницею непухлинної етіології, у яких були використанні різні тактичні прийоми та комбінації традиційних та малоінвазивних хірургічних технологій. Післяопераційні результати оцінюються з позиції досягнення оптимальних показників якості життя оперованих хворих контрольної та основної групи в ранньому післяопераційному періоді та бальні оцінки ефективності післяопераційного знеболення. Робиться висновок про ефективність використання препарату "Налбуфін" для адекватної монокомпонентної анальгезії у хворих з обтураційною жовтяницею непухлинної етіології при використанні як лапаротомних, так і малоінвазивних хірургічних технологій.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця непухлинної етіології, традиційні та малоінвазивні хірургічні технології, післяопераційне знеболення, якість життя в ранньому післяопераційному періоді.

Вступ

Актуальність проблеми хірургічного лікування обтураційної жовтяниці непухлинної етіології (ОЖНПЕ) обумовлена високими показниками післяопераційних ускладнень (10,4 - 52,3%) та летальності (3,8 - 46,2%) [Кондратенко, Царульков, 2011]. Предметом дискусії залишається індивідуалізація вибору технологій хірургічного втручання. Поряд з досвідом традиційних лапаротомних операцій узагальнюється досвід лапароскопічних, ендоскопічних транспапільярних та інтервенційних черезшкірних черезпечінкових втручань, які розширюють діапазон хірургічних можливостей радикальної корекції патології жовчних протоків у хворих високого операційно-анестезіологічного ризику, хворих старшої вікової групи, при наявності поєднаної супутньої соматичної патології різного ступеня декомпенсації [Грубник и др., 2011]. Впровадження сучасних малоінвазивних малотравматичних щадних технологій хірургічної агресії вимагає оптимізації та алгоритмізації технологій періопераційної курації хворих з ОЖНПЕ та її ускладнень, в тому числі методів забезпечення раціонального післяопераційного знеболення, що в комплексі створює умови неускладненого післяопераційного перебігу [Ткачук, Шевчук 2010].

Раціональне планування післяопераційного періоду для хворих з ОЖНПЕ після застосування традиційних лапаротомних втручань, в тому числі після використання малоінвазивних технологій, вимагає проведення превентивних методів щодо специфічної та неспецифічної профілактики тромбоемболічних ускладнень, ускладнень з боку респіраторного тракту, відновлення функцій травного каналу та ранньої активізації оперованого пацієнта, що є особливо актуальним при наявності різного ступеня декомпенсації супутньої соматичної патології. Весь цей комплекс профілактичних за-

ходів неможливий без здійснення адекватного післяопераційного знеболення [Бобров, Брындиков, 2003; Кобеляцкий, 2008], що є особливо актуальним при виконанні малоінвазивної корекції доброякісної патології позапечінкових жовчних протоків, які формують методологічну основу концепції "хірургії однієї доби", основу амбулаторної порожнинної хірургії, яка є економічно обґрунтованою за умови високої кваліфікації фахівців та високотехнологічного оснащення хірургічних стаціонарів [Бойко и др., 2010].

Незважаючи на сучасні досягнення інтенсивної терапії та клінічної фармакології, післяопераційний больовий синдром продовжує залишатися серйозною медичною проблемою, оскільки не менше 35% пацієнтів, що перенесли планові та ургентні хірургічні втручання, страждають від больового синдрому, причому в 45 - 50% випадків інтенсивність болю є високою та середньою, в 15 - 20% випадків пацієнти відмічають, що інтенсивність болю перебільшує їх очікування [Barratt et al., 2000; Dolin et al., 2002; Kehlet, 2006; Kehlet, Holte, 2001].

Мета - здійснити порівняльну оцінку ефективності та адекватності післяопераційного знеболення, використовуючи препарат "Налбуфін", у хворих з ОЖНПЕ, яким виконані одномоментні радикальні та етапні хірургічні втручання з використанням як традиційних лапаротомних операцій, так і малоінвазивних малотравматичних втручань (ендоскопічні, лапароскопічні, черезшкірні черезпечінкові методи) шляхом оцінки післяопераційних показників якості життя та ступеня інтенсивності післяопераційного больового синдрому.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено аналіз результатів хірургічного лікування 510 хворих з ОЖНПЕ, оперованих

упродовж 2005-2012 рр. на клінічних базах кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Середній вік пацієнтів становив $61,7 \pm 0,61$ років: жінок 61,6% (314) ($62,4 \pm 0,79$), чоловіків - 38,4% (196) ($60,6 \pm 0,96$). Гендерно-віковий розподіл виявив, що хворі працездатного віку (до 60 років) становили 38,2% (195), натомість, після 60 років - 61,8% (315): 60-69 років 148 (29%), понад 70 років - 167 (32,8%). У 84% (428) діагностована супутня патологія, причому по 1 захворюванню в 37,3% (190), по 2 - 21,6% (110), по 3 - 16,7% (85), по 4 - 8,4% (43), без соматичної патології - 16% (82).

Контрольна група сформована з 260 хворих, вік - $60,6 \pm 0,85$: жінок - 63,5% (165) ($61,8 \pm 1,11$), чоловіків - 36,5% (95) ($58,7 \pm 1,27$); основна група - 250 хворих, вік - $62,8 \pm 0,88$: жінок - 59,6% (149) ($63,0 \pm 1,12$), чоловіків - 40,4% (101) ($62,4 \pm 1,40$). Серед причин ОЖНПЕ на долю первинного резидуального холедохолітазу припадало 80,8% (412) та 5,8% (30) відповідно (загалом 86,6% (442)), їх поєднання з іншими ускладненнями ЖКХ - в 9,8% (50) та 3,6% (18) (загалом 13,4% (68)). Так, поєднання первинного холедохолітазу з доброякісними стенозами протоків спостерігалось в 3% (15) (за Bismuth I - 9 (1,8%), II - 5 (1,0%), III - 1 (0,2%)), з рубцевими стриктурами протоків - в 4,2% (22) (за Bismuth I - 8 (1,5%), II - 10 (1,9%), III - 4 (0,8%)), зі стенозуючим папілітом - в 2,6% (13). Поєднання резидуального холедохолітазу з рубцевими стриктурами протоків спостерігалось в 2% (10) (Bismuth I - 2 (0,4%), II - 6 (1,2%), III - 2 (0,4%)), зі стенозуючим папілітом - в 1% (5), стенозуванням БДА (ХДА) - в 0,6% (3). 57,6% (294) хворих госпіталізовані після 6 доби виникнення ОЖНПЕ, з них до 14 діб 33,7% (172), 23,9% (122) після 14 діб - до 21 доби 20,4% (104), після 21 доби - 3,5% (18). В 73,4% (374) рівень загального білірубину перевищував 100мкмоль/л, з них 42,2% (215) - 101-200, 24,5% (125) - 201-300, 6,7% (34) - більше за 301мкмоль/л.

Ступінь ГПН визначався за В.А. Вишневським (2003): рівень білірубінемії (до 100, 101-200, більше 201мкмоль/л), тривалість ОЖНПЕ (до 7, 7-14, понад 14 діб), ступінь диспротеїнемії (альбуміно-глобуліновий коефіцієнт більше 1,2, 1,2-0,9, менше 0,9) та неврологічних порушень (відсутність, незначна та значна клініка) - легкий ступінь ГПН - сума балів 4-5, середній - 6-8, тяжкий - 9-12. Для деталізації легкого ступеня ГПН модифіковано критерії В.П. Зиневича (1986), згідно з якими група з білірубінемією менше 100мкмоль/л розподілена на: 1 група - компенсована стадія ГПН - рівень білірубину менше 50мкмоль/л, яка за Астапенко В.Г. (1985), Е.В. Родонежской (2001) визначена як латентна стадія ГПН (62 (12,2%) - контрольна 32 (6,3%), основна 30 (5,9%)); 2 група - субкомпенсована стадія ГПН (легкий ступінь) - білірубінемія 50-100мкмоль/л (74 (14,4%) - контрольна 38 (7,4%), основна 36 (7,0%)). Стадія декомпенсації (білірубінемія 101-200мкмоль/л) відповідає середньому ступеню ГПН, оскільки рівень

101мкмоль/л є граничним, що засвідчує порушення всіх функцій печінки (215 (42,2%) - контрольна 110 (21,6%), основна 105 (20,6%)), термінальна стадія (білірубінемія більше 201 мкмоль/л) - важкій ГПН (159 (31,2%) - контрольна 80 (15,7%), основна 79 (15,5%)). Враховуючи вплив ГПН та супутньої патології на вихідну тяжкість хворих, у задовільному стані госпіталізовано 64 (12,5%), середньої тяжкості - 254 (49,8%), тяжкому - 172 (33,7%), вкрай тяжкому - 20 (4,0%).

Градація за анестезіологічним ризиком: II ступінь за ASA 11,4% (58), III - 50,4% (257), IV - 38,2% (195). Перебіг ОЖНПЕ у 268 (52,6%) хворих ускладнився гострим холангітом. Згідно з критеріями Токуо Guidelines (2006), легкий його ступінь констатовано в 48,1% (129), середній - в 34,3% (92), тяжкий - 17,6% (47). В 16% (43) гострий холангіт передував ОЖНПЕ, в 14% (37) холангіт та ОЖНПЕ виникли одночасно, в 70% (188) - після ОЖНПЕ. Гострий холангіт на тлі хронічного калькульозного холецистититу (314) розвинувся в 44,6% (140), з гострим холециститом (148) в 70,3% (104), як ускладнення резидуального холедохолітазу (48) в 50% (24).

У контрольній групі одноетапні радикальні втручання здійснені 166 (63,84%) хворим, в основній - 121 (48,4%) ($p < 0,001$). Натомість, в основній групі відзначалось збільшення хворих після 2-етапної тактики - 129 (51,6%) порівняно з 94 (36,16%) в контрольній ($p < 0,001$). Одноетапні радикальні втручання виконані 287 хворим: 166 контрольної та 121 основної групи. В основній групі кількість лапароскопічних втручань зросла - 32,23% (39) ($p < 0,001$) на тлі зменшення лапаротомних - 67,77% (82) ($p < 0,001$) порівняно з контрольною - 13,25% (22) та 86,75% (144). Якщо кількість лапароскопічних втручань з холедохотомією не різнилися між групами (14 (8,43%), 17 (14,05%), $p > 0,05$), то в основній збільшилась кількість антеградних втручань через міхурову протоку (22 (18,18%), 8 (4,82%), $p < 0,001$), що пов'язано із відбором пацієнтів та сприятливими умовами для виконання цих операцій.

У структурі лапаротомних одноетапних втручань не відмічено різниці в здійсненні зовнішнього дренивання холедоха (ЗДХ) (45,78%, 39,67%, $p > 0,05$), крім способу дренивання за Холстедом-Піковським ($p < 0,01$, $p < 0,005$, $p < 0,02$): в контрольній - 43 (56,6%), в основній - 38 (79,17%), що пов'язано з безпечністю та контрольованістю цього способу при зменшенні кількості ЗДХ за Вишневським (в основній - 7 (8,05%), в контрольній - 21 (21,43%), ($p < 0,05$, $p < 0,02$)).

Особливістю одноетапних втручань в основній групі стало збільшення сфінктерозберігаючих операцій: ЗДХ завершено 87 (71,9%) втручань, в контрольній - 98 (59,03%) ($p < 0,05$), що пов'язано з дотриманням показів до внутрішнього дренивання, використанні під час лапароскопічних втручань холангіографії, а при лапаротомних - інтраопераційної ультрасонографії (УСГ), що, в свою чергу, дозволяло збільшити кількість операцій, які не порушують біліарну автономність.

В основній групі відзначалось зменшення числа БДА (білідигестивних анастомозів) - 34(28,1%) проти 68(40,97%) ($p < 0,05$) та їх видів: зменшення БДА з ДПК - 18(14,88%) проти 59(35,54%) ($p < 0,001$) та збільшення БДА з тонкою кишкою - 16 (13,22%) проти 9 (5,43%), $p < 0,05$), що було пов'язано з вибором БДА з тонкою кишкою як методу внутрішнього дренивання.

Двоетапна хірургічна тактика застосована в 94 (36,16%) хворих контрольної та 129 (51,6%) основної групи ($p < 0,001$) за рахунок індивідуалізації оцінки тяжкості та ризику післяопераційних ускладнень. У контрольній групі провідними методами біліарної декомпресії були ендоскопічні втручання (60 (63,83%)): ЕПСТ (ендоскопічна папілосфінктеротомія) 47 (50,0%) з літоекстракцією (28), літоекстракцією та НБД (назобіліарним дрениванням) (14), літотрипсиєю, літоекстракцією та НБД (5); сфінктерозберігаюча ЕПТ (ендоскопічна папілотомія) 13 (13,83%) з стентуванням ВДС (великого дуоденального сосочку) (4), балонною папілодилатацією та літоекстракцією (2), літоекстракцією (5), літоекстракцією та НБД (2). Черезшкірні черезпечінкові втручання в структурі становили 26,6% (25): мікрохолецистостомія (ЧМХС) під УСГ контролем за Сельдингером 7 (7,45%), холангіостомія (ЧХС) 14 (14,89%) та зовнішньо-внутрішнє дренивання (ЧЧЗВД) 4 (4,26%). Лапаротомні втручання в вигляді холецистостомії (ХС) з мінідоступу проведено 9 (9,57%) хворим.

Оцінку якості життя проводили через 3 доби після операції шляхом анкетування за опитувальником Outcomes Study Short Form (SF-36, J.E.Ware, 1988) в редакції Міжнародного центру дослідження якості життя (м. Санкт-Петербург, 1998). Під час аналізу показників якості життя враховували наступні її складові: 1) фізичне функціонування (PF), 2) рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP), 3) інтенсивність болю (BP), 4) загальний стан здоров'я (GH), 5) життєва активність (VT), 6) соціальне функціонування (SF), 7) рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE), 8) психічне здоров'я (MH).

Оцінка інтенсивності больового синдрому здійснювалася з використанням шкали ВАШ (візуально-аналогова шкала - суб'єктивна методика оцінки болю, оцінка проводиться в балах або в процентах, при цьому 0 балів або 0 мм свідчить про повну відсутність больових відчуттів, а 10 балів або 100 мм - дуже сильний біль на межі терпіння. Пацієнту пропонують зробити на лінійці відмітку, яка відповідає інтенсивності больових відчуттів на даний момент. Відстань між кінцями лінійки "нема болю" та "максимально можливий біль" вимірюється в міліметрах), 5-бальної Verbal Rating Scale (VRS - 0-4 бали) (Frank A.J.M., 1982), 10-бальної Verbal Descriptor Scale (Albert M., 1990), що стратифікують больові відчуття пацієнта за аналогічним принципом, дозволяючи їх аналіз та узагальнення.

Результати дослідження аналізувалися методами дисперсійного, багатофакторного кореляційно-регрес-

ійного аналізу та прогнозування з формуванням первинної бази на MS Access 2007, стандартних макросів електронних таблиць MS Excel 2007, спеціалізованих пакетів статистичного аналізу Statistica 5,0.

Результати. Обговорення

Для визначення впливу обраної тактики хірургічного лікування на показники якості життя в ранньому післяопераційному періоді (на 3 післяопераційну добу) проаналізовано результати анкетування 483 хворих, оперованих з приводу ОЖНПЕ. Серед них 274 анкети хворих після виконання одноетапних радикальних втручань (контрольна група - 154, основна група - 120) та 209 анкет хворих після здійснення етапної тактики хірургічного лікування (контрольна група - 83, основна група - 126).

Комплекс післяопераційних призначень для хворих основної групи був доповнений призначенням ненаркотичного опіоїдного знеболювального препарату "Налбуфін" (діюча речовина: налбуфіна гідрохлорид дигідрат) з високим ступенем безпеки. Враховуючи фармакокінетичні особливості препарату "Налбуфін", антагоніст μ -рецепторів і агоніст κ -рецепторів, Налбуфін призводить до порушення міжнейронної передачі больових імпульсів на різних рівнях центральної нервової системи, за рахунок впливу на вищі відділи головного мозку, в зв'язку з чим препарат був використаний в якості основи для проведення премедикації та основи для проведення післяопераційного знеболення впродовж перших 3 післяопераційних діб у хворих після традиційних лапаротомних та малоінвазивних (лапароскопічних, ендоскопічних, черезшкірних черезпечінкових) втручань. Мінімальний вплив на дихальний центр, створює безпечні умови використання Налбуфіну в післяопераційному періоді, попереджаючи післяопераційні порушення дихання після наркозу, його безпечність підкреслюється накопиченим досвідом використання Налбуфіну на дошпитальному (парамедичному) етапі з 2001 року. Поряд з цим, ще однією корисною властивістю Налбуфіну є мінімальний вплив на післяопераційну динаміку відновлення моторної функції травного каналу, що має суттєво значення, особливо після відкритих лапаротомних втручань, та відсутність негативних впливів на моторну функцію позапечінкових жовчних протоків, що є особливо цінно у хворих після ендоскопічних транспапільярних втручань на великому дуоденальному сосочку, після черезшкірних черезпечінкових інтервенційних втручань (холангіостомія, холецистостомія) та лапароскопічних втручань через куксу міхурової протоки, що дозволяє профілакувати можливі рефлекторні реакції з боку жовчних протоків, великого дуоденального сосочку та підшлункової залози, профілакуючи, таким чином, можливі післяопераційні ускладнення, що робить препарат "Налбуфін" препаратом вибору для забезпечення неускладненого перебігу періопераційного періоду у хворих з доброякісною гепатопанкреатобіліарною патологією, в тому

числі, ускладнену синдромом обтураційної жовтяниці, та робить можливим його використання в умовах амбулаторної малоінвазивної хірургії одного дня.

З метою премедикації призначали Налбуфін в дозі 20 мг внутрішньом'язово за 30 хвилин до оперативного втручання. З метою контролю післяопераційного знеболення Налбуфін призначали після відкритих традиційних лапаротомних операцій в дозі 20 мг перші 2 післяопераційні доби в дозі 20 мг внутрішньом'язово 3 рази на добу, з 3 доби по 10 мг 3 рази на добу, після виконання малоінвазивних втручань - в дозі 10 мг внутрішньом'язово 3 рази на добу впродовж 3 післяопераційних діб.

У контрольній групі хворих післяопераційне знеболення досягалося шляхом використання не стероїдних протизапальних засобів (діклофенак, дексалгін, анальгін, кетанов), седативних (дімедрол).

Для виконання поставлених завдань наукової роботи проаналізовано показники якості життя на 3 післяопераційну добу у хворих контрольної та основної групи для впливу вибору хірургічної тактики на перебіг післяопераційного періоду, в тому числі в залежності від адекватності та ефективності післяопераційного знеболення: PF (98,5±1,0): контрольна група - 90,2±1,4 (t=4,82, порівняно з групою донорів, p<0,001N), основна група - 94,2±0,9 (t=3,19, p<0,01N) t=2,4, p<0,05; RP (86,3±3,1) 80,0±1,2 (t=1,89, p>0,05N), 85,0±0,8 (t=0,41, p>0,05N) t=3,47, p<0,001; BP (88,4±1,4) 80,2±1,4 (t=4,14, p<0,001N), 85,2±1,0 (t=1,86, p>0,05N) t=2,91, p<0,01; GH (75,4±4,0) 70,0±1,1 (t=1,3, p>0,05N), 74,9±0,6 (t=0,12, p>0,05N) t=3,91, p<0,001; VT (69,3±2,3) 67,5±1,5 (t=0,66, p>0,05N), 68,1±1,1 (t=0,47, p>0,05N) t=0,32, p>0,05; SF (80,0±4,6) 74,1±1,4 (t=1,23, p>0,05N), 78,6±1,1 (t=0,3, p>0,05N) t=2,53, p<0,05; RE (81,7±3,7) 72,5±1,2 (t=2,37, p<0,05N), 81,4±0,7 (t=0,08, p>0,05N) t=6,41, p<0,001; MH (70,2±2,3) 69,3±1,1 (t=0,35, p>0,05N), 72,0±0,6 (t=0,76, p>0,05N) t=2,16, p<0,05. Так, аналізуючи показники якості життя хворих контрольної та основної групи хворих після реалізації етапної тактики хірургічного лікування на 3 післяопераційну добу були виявлені наступні особливості. Якщо в контрольній групі хворих 5 параметрів (RP, GH, VT, SF, MH) з 8 досліджуваних достовірно не різнилися від показників групи порівняння, то в основній групі вже 7 параметрів (RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH) з 8 досліджуваних вірогідно не різнилися від показників здорових донорів, крім значення PF (t=3,19, p<0,01). Поряд з цим, показники якості життя хворих основної групи мали достовірно вищі значення в порівнянні з аналогічними значеннями контрольної групи хворих, за виключенням значення VT (t=0,32, p>0,05), що в обох групах хворих не різнилися.

Оцінюючи динаміку показників якості життя оперованих хворих з ОЖНПЕ контрольної та основної групи після виконання одноетапних радикальних втручань, нами виявлено, що всі досліджувані параметри пацієнтів контрольної групи були достовірно нижчими за показ-

ники групи порівняння (p<0,001). На відміну від проаналізованих значень досліджуваних параметрів хворих основної групи, в якій нами відмічено, що 7 показників (RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH) з 8 досліджуваних параметрів, за виключенням значення PF, достовірно не відрізнялися від показників здорових донорів групи порівняння, що засвідчує досягнення відповідного ступеню післяопераційного відновлення за рахунок знеболення внаслідок послідовної реалізації програми періопераційної консервативної терапії. Поряд з цим, нами констатовано, що за всіма досліджуваними параметрами оцінки якості життя показники хворих основної групи були достовірно вищими за аналогічні значення контрольної групи хворих (p<0,001), що також засвідчило про доцільність використання та ступінь ефективності розробленої оптимізованої програми періопераційної курації хворих з ОЖНПЕ для основної групи: PF: основна група 93,1±1,4 (t=3,14, p<0,01N) порівняно з групою донорів), контрольна група 71,4±1,2 (t=17,35, p<0,001N) t=11,77, p<0,001; RP 83,9±1,5 (t=0,7, p>0,05N) 54,6±0,9 (t=9,82, p<0,001N) t=16,75, p<0,001; BP 88,3±1,6 (t=0,05, p>0,05N) 63,1±1,2 (t=13,72, p<0,001N) t=12,6, p<0,001; GH 72,2±1,1 (t=0,77, p>0,05N) 62,9±0,8 (t=3,06, p<0,01N) t=6,84, p<0,001; VT 66,1±1,4 (t=1,19, p>0,05N) 50,7±1,2 (t=7,17, p<0,001N) t=8,35, p<0,001; SF 77,5±1,5 (t=0,52, p>0,05N) 63,8±1,0 (t=3,44, p<0,001) t=7,6, p<0,001; RE 81,3±1,3 (t=0,1, p>0,05N) 68,2±0,9 (t=3,55, p<0,001N) t=7,87, p<0,001; MH 70,9±1,0 (t=0,28, p>0,05N) 60,0±0,7 (t=4,24, p<0,001N) t=8,93, p<0,001. Досягнення таких показників якості життя в післяопераційному періоді досягнутий забезпеченням адекватного ступеня післяопераційного знеболення у хворих основної групи, що було підтверджено узагальненими даними за візуально-аналоговою шкалою, 5-бальною Verbal Rating Scale, 10-бальною Verbal Descriptor Scale, які статистично достовірною різницею показників основної групи засвідчили ефективність та адекватність післяопераційного знеболення порівняно з контрольною групою.

В основній групі в першу добу тривалість аналгезії становила 8 ± 1 годин, в другу - 10,0±1,2 годин, в третю - 12,0±1,4 годин, що супроводжувалося відповідними змінами щодо зменшення кратності використання препарату Налбуфін, а в контрольній групі не перевищувала 6,0±0,8 годин на протязі перших 3 післяопераційних діб. Якість післяопераційного знеболення за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) констатувала, що інтенсивність післяопераційного болю в першу післяопераційну добу становила в спокою 30±3 мм та 43±4 мм при таких активних рухах, як, наприклад, відкашлювання. В контрольній групі в першу добу були відмічені наступні значення відповідних показників: 43±4 мм и 54±6 мм (p < 0,05 порівняно з основною групою). В другу добу інтенсивність болю була оцінена пацієнтами основної та контрольної групи в 34±4 мм и 41±5 мм відповідно, а на третю - в 14±3 мм и 23±3 мм (p<0,05).

Під час дослідження загальної суб'єктивної оцінки якості післяопераційної аналгезії відмічено наступні показники: в першу добу в основній групі 10% пацієнтів оцінили її на "відмінно", 72% - "добре", 18% - "задовільно", а в контрольній групі 58% - "добре", 42% - "задовільно" ($p < 0,001$). На другу добу в основній групі 40% - "відмінно" та 60% - "добре", в контрольній групі 54% - "добре", 46% - "задовільно" ($p < 0,001$). На третю добу якість аналгезії 97% пацієнтів оцінили в основній групі як "відмінно", 3% - "добре", в контрольній групі 78% - "добре", 15% - "задовільно" та 7% - "погано" ($p < 0,001$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Використання оптимізованих алгоритмів післяопераційної курації хворих та контролю за післяопераційним знеболенням супроводжувалося достовірним зростанням якості життя хворих основної групи в ранньому післяопераційному періоді за фізичним компонентом здоров'я на 48,7% (функціонування - фізичне на 7,33% та рольове - на 21,41%, інтенсивність болю - на 5,85%, загальний стан здоров'я - на 14,11%), за психологічним компонентом здоров'я - на 37,48% (жит-

тева активність - на 10%, функціонування: соціальне - на 9,54% та рольове - на 14,17%, психічне здоров'я - на 3,77%).

2. Включення в комплексний протокол періопераційного спостереження хворих з ОЖНПЕ препарату "Налбуфін" забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень на 10,26% з 16,87% до 6,61%, що дозволяє досягнути адекватних критеріїв неускладненого післяопераційного перебігу після виконання одномоментних радикальних та етапних хірургічних втручань, що були реалізовані шляхом використання традиційних лапаротомних та малоінвазивних (лапароскопічних, ендоскопічних, черезшкірних черезпечінкових) операцій.

3. Ефективність препарату "Налбуфін" дозволяє рекомендувати його використання в якості моноmodalної післяопераційної аналгезії у хворих з ОЖНПЕ в противагу сформованої концепції післяопераційного мультимодального знеболення.

Подальші наукові дослідження будуть спрямовані на алгоритмізацію періопераційного супроводу хворих з ОЖНПЕ групи високого операційно-анестезіологічного ризику та декомпенсованою поєднаною супутньою соматичною патологією.

Список літератури

- Бобров О.Е. Лечение болевого синдрома в онкологии /О.Е.Бобров, Л.Н.Брындиков. - Ровно: Каллиграф, 2003. - 196 с.
- Бойко В.В. Сравнительный анализ применения ингибиторов ЦОГ-2 и ЦОГ-1 /В.В.Бойко, Т.Ю.Врублевская, А.А.Павлов //Харківська хірургічна школа. - 2010. - №6 (44). - С. 76-83.
- Грубник В.В. Сравнительное рандомизированное исследование эффективности лапароскопических и открытых оперативных вмешательств у больных с холедохолитиазом / В.В.Грубник, А.И.Ткаченко, В.В.Ильяшенко //Український журнал хірургії. - 2011. - №3(12). - С. 17-22.
- Кобеляцкий Ю.Ю. Современные аспекты периоперационного обезболивания в травматологии и ортопедии / Ю.Ю.Кобеляцкий //Здоров'я України. - 2008. - №8. - С. 29-30.
- Кондратенко П.Г. Лапароскопическая холецистэктомия после острого гнойного холангита желчнокаменной этиологии: индивидуализированный либо протокольный подход? / П.Г.Кондратенко, Ю.А.Царульков // Український журнал хірургії. - 2011. - №4(13). - С. 205-210.
- Ткачук О.Л. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційну жовтяницю /О.Л.Ткачук, М.Г.Шевчук //Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2010. - №14(2). - С. 360-363.
- Barratt S. Multimodal analgesia and intravenous nutrition preserves total body protein following major abdominal surgery /S.Barratt, R.Smith, J.Kee // Red. Anesth. Pain. Med. - 2000. - Vol.27. - P. 15-22.
- Dolin S. Effectiveness of acute postoperative pain management /S.Dolin, J.Cashman, J.Bland //Br. J. Anaesth. - 2002. - Vol.89. - P. 409-423.
- Kehlet H. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome /H.Kehlet, K.Holte //Br. J. Anaesth. - 2001. - Vol.87. - P. 62-72.
- Kehlet H. Surgical stress and postoperative outcome - from here to where? / H.Kehlet //Reg. Anaesth. Pain Med. - 2006. - №31. - P. 47-52.

Годлевский А.И., Саволук С.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Резюме. В работе анализируются результаты хирургического лечения 510 больных с обтурационной желтухой неопухолевой этиологии, у которых были использованы различные тактические приемы и комбинации традиционных и малоинвазивных хирургических технологий. Послеоперационные результаты оцениваются с позиции достижения оптимальных показателей качества жизни оперированных больных контрольной и основной группы в раннем послеоперационном периоде и бальные оценки эффективности послеоперационного обезболивания. Делается взвод про эффективность использования препарата "Налбуфин" для адекватной монкомпонентной анальгезии у больных с обтурационной желтухой неопухолевой этиологии при использовании как лапаротомных, так и малоинвазивных хирургических технологий.

Ключевые слова: обтурационная желтуха неопухолевой этиологии, традиционные и малоинвазивные хирургические технологии, послеоперационное обезболивание, качество жизни в раннем послеоперационном периоде.

Godlevsky A.I., Savoljuk S.I.

MODERN ASPECTS OF POSTOPERATIVE ANALGESIA IN PATIENTS WITH NONCANCER OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Summary. This paper analyzes the results of surgical treatment of 510 patients with obstructive jaundice nontumoral etiology who had used different tactics and combination of traditional and minimally invasive surgical techniques. Postoperative results were evaluated from the perspective of optimal quality of life indices of the operated patients and the control of the main group in the early

postoperative period and ballroom assess the effectiveness of postoperative analgesia. Platoon is about the effectiveness of using the drug "Nalbuphine" for adequate monokomponents analgesia in patients with obstructive jaundice nontumoral etiology using both laparotomic and minimally invasive surgical techniques.

Key words: noncancer obstructive jaundice, traditional and miniinvasive surgical methods, postoperative analgesia, life quality in postoperative period.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013 р.

Годлевський Аркадій Іванович - д.м.н., проф., зав. кафедрою хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 26-98-14; ole_jik@i.ua

Саволюк Сергій Іванович - д.м.н., доц. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

© Годлевський А.І., Саволюк С.І., Томашевський Я.В.

УДК: 616.379-008.64:616.37-002

Годлевський А.І., Саволюк С.І., Томашевський Я.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ТАКТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ КУРАЦІЇ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ БІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Резюме. У роботі висвітлюються особливості перебігу гострого панкреатиту біліарної етіології у хворих з наявним цукровим діабетом з позиції дослідження окремих ланок патогенезу - динаміка маркерів цитопатичної гіпоксії та показників системи регіонарного біліарного захисту. Визначено, що цукровий діабет є незалежним предиктором важкості гострого панкреатиту біліарної етіології та виникнення ускладнень з боку позапечінкових жовчних протоків. Констатована ефективність використання оптимізованої консервативної терапії, спрямованої на корекцію ступеня тканинної гіпоксії, та технологій регіонарного лікувального впливу на основі захищеного ліпосомного медикаментозного транспорту та поєднаного фізіотерапевтичного впливу.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, цукровий діабет, лікувальна тактика, цитопатична гіпоксія, регіонарний лікувальний вплив.

Вступ

Зацікавленість науковців проблемами комплексного хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит біліарної етіології (ГПБЕ) підтримується активним зростанням показників захворюваності на жовчнокам'яну хворобу та збільшенням кількості поєднаних біліарних ускладнень [Сипливий та ін., 2011; Березницький і др., 2012]. Епідеміологічна ситуація ускладнюється зростанням накопиченої поєднаної супровідної соматичної патології, в тому числі в межах метаболічного синдрому - цукровий діабет, ожиріння, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, атеросклероз, що обтяжує вихідну важкість стану госпіталізованого пацієнта збільшує ступінь операційно-анестезіологічного ризику [Запороженко та ін., 2012]. Складність проблеми хірургічного лікування ГПБЕ у хворих з цукровим діабетом (ЦД) обумовлюється низкою факторів: 1) встановлення об'єктивного ступеня важкості госпіталізованого пацієнта, оскільки критерії існуючих оціночних шкал не розраховані на підрахунок балів при наявності системних та тривалих порушень гомеостазу на тлі тривалого перебігу ЦД різного ступеня компенсації [Иващенко, 2013]; 2) взаємопов'язане порушення всіх видів обміну та системні метаболічні зсуви при тривалому існуванні ЦД різного ступеня важкості та компенсації ставить під сумнів ефективність та доцільність базисних принципів традиційної

консервативної терапії стосовно багатовекторності попереджувального впливу на всі ланки патогенезу прогресування патологічного процесу в підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині та всю сукупність системних супроводжуючих та обтяжуючих метаболічних зрушень [Андрющенко та ін., 2011]; 3) хронічні порушення мікроциркуляції та тривало існуюча тканинна гіпоксія, метаболічна дисфункція печінки у вигляді її жирової дистрофії та гепатозу та субклінічної імунодефіцит гуморальної, клітинної та неспецифічної ланок є сприяючими факторами виникнення гнійно-запальних та органних ускладнень при ГПБЕ [Максим'юк та ін., 2012], що висуває нові вимоги для принципів інтенсивної терапії та критеріїв діагностичного моніторингу за перебігом патологічного процесу та ефективністю лікувальних технологій [Нестеренко і др., 2011; Дронов та ін., 2012; Калюжка, 2013].

Мета - оцінка клінічної ефективності та прогностичної доцільності використання оптимізованих лікувально-діагностичних та тактичних принципів курації хворих на гострий панкреатит біліарної етіології на тлі наявного цукрового діабету.

Матеріали та методи

В основі наукової роботи лежить аналіз клініко-ла-