

Булавенко О.В., Гончаренко О.Н., Очеретная О.Л.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ И НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Резюме. *Оценена ефективність комплексної терапії жінок з хронічним сальпінгоофоритом і порушенням функції яєчників. Доказана целесообразність применения новых схем комплексной реабилитации хронического сальпингоофорита с применением препарата дистрептаза.*

Ключевые слова: *хронический сальпингоофорит, реабилитация, дистрептаза.*

Bulavenko O.V., Goncharenko O.M., Ocheretna O.L.

WAYS TO IMPROVE THE TREATMENT OF CHRONIC SALPINGITIS AND OVARIAN FAILURE

Summary. *Efficiency of complex therapy of women with chronic salpingitis and function changes of ovarian function is estimated. It is proved expediency applications of new schemes of complex rehabilitation chronic salpingitis with preparation application distreptaza.*

Key words: *chronic salpingitis, rehabilitation, distreptaza.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Дзись Н.П.

Стаття надійшла до редакції 11.05.2015 р.

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 623-16-71

Гончаренко Оксана Миколаївна - асистент кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 470-39-96; oksanariga77@mail.ru

Очеретная Ольга Леонідівна - к.мед.н., асистент кафедри нормальної фізіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 580-86-82

© Бевз Г.В.

УДК: 616-085.214.22-085.24-089.5

Бевз Г.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, курс анестезіології, кафедра хірургії № 1 з курсом анестезіології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ: ВПЛИВ НА ВИБІР ПРЕМЕДИКАЦІЇ

Резюме. *У статті розглядається проблема зміни психоемоційного та вегетативного стану у пацієнтів перед плановими гінекологічними втручаннями та можливості корекції цих змін. Зроблено висновок про клінічну ефективність запропонованого способу премедикації (препарат бупірон дозою 5 мг у таблетованій формі ввечері напередодні операції та за 60 хв. до початку операції), що дозволило значно знизити емоційну реакцію хворих на стресову ситуацію.*

Ключові слова: *премедикація, тривога, бупірон.*

Вступ

Передопераційне емоційне напруження за відсутністю антистресового захисту негативно позначається практично на всіх функціях організму, збільшуючи ступінь операційного/анестезіологічного ризику та ризику розвитку периопераційних ускладнень [Салтанов и др., 2000]. На теперішній час найбільш проблемним і найменш розробленим етапом анестезіологічного забезпечення є премедикація [Заболотских, Малышев, 2006; Кабанова, Ясногор, 2011].

В результаті проведених досліджень доведено, що основним проявом синдрому психоемоційного напруження перед оперативним втручанням є тривожність різного ступеня вираженості: від стану дискомфорту до невротичного рівня тривоги [Бобринская и др., 2007], пацієнти з високим ступенем тривожності мають високий операційний ризик в зв'язку з порушенням адаптації до передопераційного стресу [Салтанов и др., 2000; Полушин и др., 2003], а, отже, вимагають для корекції індивідуального підходу.

З урахуванням сучасної концепції анестезії призначення премедикації вважається обов'язковим. На сьогодні

для вирішення основних завдань профілактичної премедикації застосовують наркотичні анальгетики, хо- ліноблокуючі та антигістамінні засоби, снодійні (барбітурати), психотропні засоби (транквілізатори бензодіазепінового ряду), нейролептики (похідні бутирофенону), у вигляді універсальних лікарських схем [Бобринская и др., 2007; Глумчер, Трещинский, 2008; Кабанова, Ясногор, 2011]. Премедикація, котра включає тільки наркотичний анальгетик і антигістамінний препарат далеко не завжди забезпечує адекватність реакцій гомеостатичних систем в передопераційному періоді. Як показує клінічний досвід, застосування транквілізатора в якості основного компонента премедикації також не завжди виправдано. Відомо, що ефекти бензодіазепінових транквілізаторів в значній мірі залежать від фенотипу емоційно-стресової реакції [Рексан et al., 2005]. Крім того, нерідкими є випадки, коли загальноприйняте дозування транквілізатора бензодіазепінового ряду надає або недостатню, або надмірну дію. У таких випадках доводиться констатувати неадекватну премедикацію.

В цьому аспекті, на наш погляд, перспективним є

використання в премедикації препаратів, котрі не поступаються за ефективністю класичним анксиолітикам, але при цьому позбавлені їх недоліків.

В зв'язку з цим метою нашої роботи було покращення якості передопераційної підготовки пацієнтів гінекологічного профілю з психоемоційними та вегетативними розладами шляхом призначення анксиолітика бупіпрону в премедикації напередодні планового оперативного втручання.

Матеріали та методи

Робота ґрунтується на проспективному обстеженні 83 хворих гінекологічного профілю віком від 18 до 65 років (в середньому - $45,88 \pm 14,63$ років; $M \pm StD$), котрі перебували на лікуванні та були підготовлені до планового оперативного втручання під загальною анестезією у гінекологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова (головний лікар О.Б. Жупанов) впродовж 2013-2014 рр.

В залежності від препаратів, котрі використовувались для премедикації, пацієнти були розділені на 2 групи.

В I (контрольній) групі хворих ($n=48$) для премедикації був застосований наркотичний анальгетик стандартним дозуванням за 30-45 хв. до початку оперативного втручання.

В II (основній) групі пацієнтів ($n=35$) - бупіпрон 5 мг в таблетованій формі ввечері напередодні операції та за 60 хв. до початку операції і наркотичний анальгетик за 30-45 хв. до початку операції.

Групи хворих були зіставними за віком, характером патології, обсягом оперативного втручання, операційно-анестезіологічним ризиком. Пацієнти обох груп отримували стандартну анестезію: тотальну внутрішньовенну (тіопентал натрію, кетамін у поєднанні з фентанілом) або інгаляційну (севофлюран у поєднанні з фентанілом) з міорелаксацією та ШВЛ.

Обстеження проведені на етапах: 1-ий - при первинному огляді анестезіолога; 2-ий - напередодні операції; 3-ій - на операційному столі перед початком наркозу; 4-ий - після інтубації трахеї; 5-ий - найбільш травматичний етап операції; 6-ий - завершення оперативного втручання.

Напередодні оперативного втручання (1-ий - 2-ий етапи дослідження) всім хворим була проведена оцінка соматичного статусу. Аналіз тривожності та депресивності проводився за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Для діагностики вегетативної дисфункції використовували опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін, котрий заповнював пацієнт (суб'єктивні вегетативні показники), та схему дослідження ознак вегетативних порушень, котру заповнював лікар (об'єктивна оцінка). Розраховували вегетативний індекс (VI) Кердо для визначення вихідного вегетативного тону та коефіцієнт Хильдебранта (Q) для визначення міжсистемного кардіореспіра-

торного співвідношення.

Інтраопераційний моніторинг (3-ій - 6-ий етапи дослідження) включав неінвазивне вимірювання артеріального тиску (АТ), визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), частоти дихання, SpO_2 .

Статистичну обробку даних виконували у статистичних пакетах SPSS 20. Усі отримані кількісні дані оброблені методами варіаційної статистики. Для кожного кількісного параметра були визначені: середнє значення (M), середнє квадратичне відхилення (StD); для якісних даних - частоти. Статистично значущими вважались відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Під час первинного огляду анестезіолога середні рівні тривожно-депресивних розладів за шкалою HADS в обох групах хворих були в межах субклінічного рівня та не мали достовірних відмінностей між аналізованими групами ($p > 0,05$) (табл. 1). Звертає увагу, що за даними проведеного тестування в передопераційному періоді переважна більшість хворих обох груп мали субклінічні рівні тривожних та депресивних розладів (відповідно 27,1% і 33,3% хворих в контрольній групі та 25,7% і 34,3% в основній групі) та клінічно значущі рівні тривоги та депресії (відповідно 41,7% і 25,0% пацієнтів в контрольній групі та 42,9% і 28,5% в основній групі).

Виявлені зміни психоемоційного статусу в передопераційному періоді супроводжувалися відповідними реакціями вегетативної нервової системи та змінами параметрів центральної гемодинаміки. Так, при первинному дослідженні, до призначення лікування, у хворих обох груп, за результатами опитувальника, котрий заповнюється пацієнтом, суб'єктивна оцінка вегетативної симптоматики була $25,9 \pm 14,7$ балів в конт-

Таблиця 1. Оцінка рівнів тривожно-депресивних розладів та вираженості вегетативних показників при первинному огляді анестезіолога ($n=83$) ($M \pm \delta$).

Показники	Контрольна група ($n=48$)	Основна група ($n=35$)
Оцінка тривоги та депресії (шкала HADS), бали		
Тривога	$8,39 \pm 2,97$	$8,43 \pm 3,54$
Депресія	$7,02 \pm 3,46$	$7,11 \pm 3,23$
Вегетативні показники (опитувальник і схема А.М. Вейна), бали		
Суб'єктивні	$25,9 \pm 14,7$	$26,7 \pm 13,8$
Об'єктивні	$29,43 \pm 11,9$	$29,9 \pm 10,5$
Вегетативний індекс (VI) Кердо, % хворих		
Позитивний VI	39 (81,3%)	29 (82,9%)
Негативний VI	7 (14,6%)	3 (8,6%)
VI=0 (ейтонія)	2 (4,2%)	3 (8,6%)
Коефіцієнт Хильдебранта	$7,08 \pm 4,62$	$7,17 \pm 3,29$

рольній групі і $26,7 \pm 13,8$ балів в основній групі ($p > 0,05$) (при верхній межі норми - 15 балів), а за схемою дослідження, що заповнюється лікарем, об'єктивна оцінка вегетативних розладів склала $29,43 \pm 11,9$ і $29,9 \pm 10,5$ балів відповідно ($p > 0,05$) (при верхній межі норми - 25 балів) (табл. 1). Це свідчить, з одного боку, про значну вираженість симптомів вегетативної дисфункції. З іншого боку, більш високий в 1,7 разів підйом за шкалою суб'єктивних симптомів, котру заповнювали самі хворі, порівняно з підйомом за шкалою об'єктивних симптомів (лише в 1,2 рази) свідчить, ймовірно, про переоцінку важкості свого стану та про більшу роль емоційних розладів в передопераційному періоді.

У більшості хворих обох груп (81,9%) вегетативний коефіцієнт Кердо був позитивний, що свідчить про підвищення симпатичного впливу вегетативної нервової системи. Підтвердженням симпатикотонії та переважно симпатичним впливом на серцево-судинну систему, ніж на дихальну є результати визначення коефіцієнту Хильдебранта, котрий був вищий за норму (табл. 1). При цьому високий ступінь неузгодженості в діяльності відзначених систем встановлений частіше у хворих з тривожно-депресивними розладами, ніж у пацієнтів без таких ($p < 0,05$).

У хворих з переважанням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи встановлено достовірно вищий рівень тривоги ($p < 0,001$), тоді як у хворих з переважанням тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи - був достовірно вищим рівень депресивних розладів ($p = 0,012$) (рис. 1).

У всіх хворих контрольної групи в передопераційному періоді в тій чи іншій мірі відзначалося достовірне зростання вираженості вегетативної симптоматики ($p < 0,001$), тривоги та емоційної напруги ($p < 0,001$). Останнє, на нашу думку, було обумовлено такими структурними складовими, як фобічний компонент, емоційний дискомфорт і тривожна оцінка перспектив.

У хворих основної групи, котрі отримували буспірон, в передопераційному періоді спостерігалось достовірне зниження вираженості тривожних та депресивних розладів до нормальних показників - відповідно з $8,43 \pm 3,54$ до $6,24 \pm 3,82$ балів ($p = 0,015$) та з $7,11 \pm 3,23$ до $5,49 \pm 3,39$ балів ($p = 0,044$) (табл. 2). Крім вираженого зменшення тривожної симптоматики, буспірон достовірно поліпшував настрій у пацієнтів, котрі мали субклінічні рівні депресивних розладів. У хворих основної групи виражених змін гемодинаміки і реакцій вегетативної нервової системи виявлено не було. Гемодинамічно це проявлялося стабільністю показників ЧСС і АТ впродовж усього періоду дослідження.

Премедикація з використанням буспірону сприяла обмеженню зростання активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи. З'ясовано відсутність вираженої активації кровообігу перед початком операції (3-ій етап дослідження), що говорить про те, що

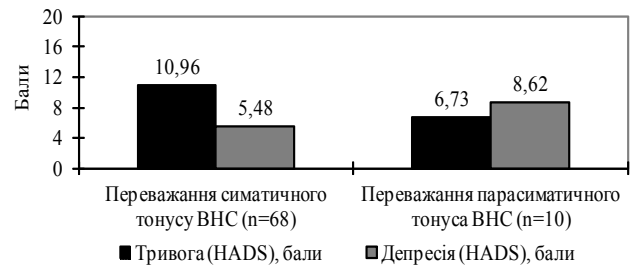


Рис. 1. Вираженість тривожно-депресивних розладів в залежності від типу переважання вегетативної регуляції (n=83).

Таблиця 2. Динаміка клініко-психологічних показників у пацієнтів контрольної та основної груп в передопераційному періоді (M \pm δ).

Показники	Контрольна група (n=48)		Основна група (n=35)	
	Вихідний	Перед операцією	Вихідний	Перед операцією
Тривожність (HADS), бали	8,39 \pm 2,97	13,42 \pm 6,19**	8,43 \pm 3,54	6,24 \pm 3,82*
Депресія (HADS), бали	7,02 \pm 3,46	8,13 \pm 5,73	7,11 \pm 3,23	5,49 \pm 3,39*
Вегетативні порушення (опитувальник А.М. Вейна), бали	25,9 \pm 14,7	31,39 \pm 9,17**	26,7 \pm 13,8	21,03 \pm 9,4*

Примітки: * - рівень значущості відмінностей показників перед операцією при порівнянні з контрольною групою $p < 0,05$; ** - рівень значущості відмінностей базового показника та показника перед операцією в контрольній групі $p < 0,001$.

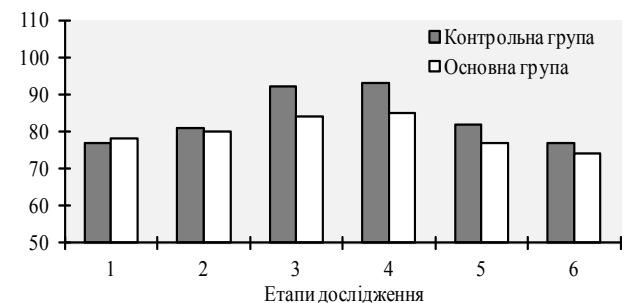


Рис. 3. Показники частоти серцевих скорочень у хворих гінекологічного профілю (n=83) на фоні використаних варіантів премедикації.

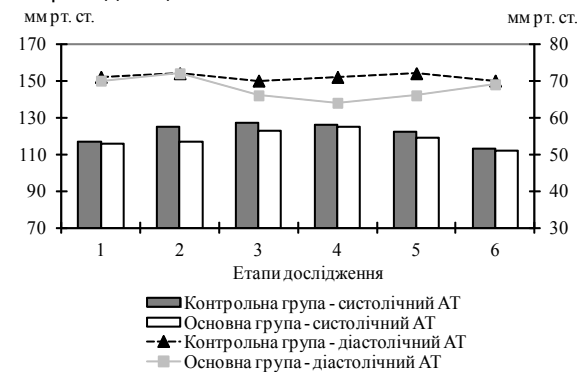


Рис. 4. Показники систолического та діастолічного тиску у хворих гінекологічного профілю (n=83) на фоні використаних варіантів премедикації.

включення в премедикацію буспірону сприяє оптимізації функціональної діяльності серцево-судинної системи у перед- та інтраопераційному періодах. Так, буспірон не змінював систолічний АТ, натомість знижував діастолічний АТ та ЧСС. У хворих контрольної групи на 3-ому та 4-ому етапах дослідження відмічалася тенденція до артеріальної гіпертензії і тахікардії, що свідчить про надмірну активацію симпатичної нервової системи, а, отже, про небажані зміни гемодинаміки при премедикації тільки наркотичним анальгетиком. Хоча в цілому інтраопераційний період в обох групах характеризувався стійкими показниками гемодинаміки на етапах операції (рис. 3, 4).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. В передопераційному періоді у хворих гінекологічного профілю відмічається наявність тривожно-депресивної симптоматики різного ступеня вираженості, котра формує психоемоційні особливості реагування хворих на оперативне втручання і наркоз. Наявність останньої вимагає проведення якісної та кількісної оцінки психоемоційного стану хворих з метою призна-

чення адекватної премедикації.

2. У хворих з наявною вегетативною симптоматикою та вираженою тривожністю включення в премедикацію буспірону сприяє корекції психовегетативних розладів напередодні оперативного втручання та стабільності параметрів гемодинаміки на етапах операції.

Перевагою препарату буспірон є швидкий (навіть після одноразового прийому) ансіолітичний ефект, що робить використання цього препарату перспективним як для лікувальної премедикації і створення лікувально-охоронного режиму в передопераційному періоді, так і з метою профілактичної премедикації при необхідності виконання термінових оперативних втручань. Останнє потребує проведення подальших досліджень.

Результати проведеного нами дослідження можуть стати підґрунтям для вибору оптимальних схем премедикації залежно від особистісних особливостей передопераційного психоемоційного статусу. На наш погляд, перспективою подальших розробок і покращення якості анестезіологічного забезпечення гінекологічних хворих є розробка методики передопераційної оцінки психоемоційного стану з метою вибору оптимального варіанту премедикації.

Список літератури

- | | | |
|---|--|---|
| Влияние премедикации на формирование послеоперационного болевого синдрома / Ю. С. Полушин, А. Н. Грицай, В. И. Перелома, Д. М. Широков // Анестезиология и реаниматология. - 2003. - № 4. - С. 3-7. | Ялтонский, С. С. Хайкин, О. А. Быкова // Общая реаниматология. - 2007. - № 4. - С. 65-69. | Кабанова, Л. А. Ясногор // Медицина неотложных состояний. - 2011. - № 4. - С. 19-24. |
| Влияние премедикации на тревожность в предоперационном периоде женщин с гинекологическими заболеваниями / И. Г. Бобринская, В. М. | Заболотских И. Б. На пути к индивидуальной премедикации : монография / И. Б. Заболотских, Ю. П. Малышев. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2006. - 80 с. | Раннее постнаркозное восстановление / А. И. Салтанов, М. И. Давыдов, Э. Г. Кодаров, Ш. П. Бошкоев. - М. : Витар, 2000. - 128 с. |
| | Кабанова Н. В. К вопросу о премедикации: компоненты, критерии адекватности (Обзор литературы) / Н. В. | Руководство по анестезиологии: учеб. пособие ; под. ред. Ф. С. Глумчер. - К. : Медицина, 2008. - 608 с. |

Бевз Г.В.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ В ПЕРЕОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ: ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ПРЕМЕДИКАЦИИ

Резюме. В статье рассматривается проблема изменения психоэмоционального состояния у пациентов перед плановыми хирургическими вмешательствами и возможности коррекции этих изменений. Сделан вывод о клинической эффективности предложенного способа премедикации (препарат буспирон в дозировке 5 мг в таблетированной форме вечером накануне операции и за 60 мин. до начала операции), что позволило значительно снизить эмоциональную реакцию больных на стрессовую ситуацию.

Ключевые слова: премедикация, тревога, буспирон.

Bevz G.V.

PATIENTS PSYCHOVEGETATIVE STATUS IN THE PREOPERATIVE PERIOD: INFLUENCE ON THE CHOICE OF SEDATION

Summary. The article deals with the problem of psychoemotional and vegetative state changes in patients before elective gynecological surgery and limitations for correction of these changes. We drew a conclusion about clinical effectiveness of the proposed method of premedication (buspirone at a dose of 5 mg in the evening before the operation and for 60 minutes before it), which significantly reduce the emotional response of patients to a stressful situation.

Key words: premedication, anxiety, buspirone.

Рецензент - д.мед.н., доц. Дацюк О.І.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2015 р.

Бевз Геннадій Вікторович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 з курсом анестезіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; BEVZGV@meta.ua