541. Вгамування післяопераційного болю

О.П. Андрусенко, О.В. Вдовенко
Волинський обласний онкодиспансер, Луцьк

Недостатнє контролювання післяопераційного болю залишається проблемою дотепер. Результати двох великих досліджень, проведених у США, вказують на те, що 7–83% пацієнтів терпить біль протягом 2 тиж після хірургічної операції. Вгамування післяопераційного болю є інтегральною частиною щоденного хірургічного піклування, оскільки не тільки мінімалізує терпіння пацієнта, покращує якість його життя, зменшує перебування пацієнта у шпиталі, а й зменшує фінансові затрати на лікування. Оптимізація лікування у разі післяопераційного болю залежить від кількох чинників: від організації служби лікування гострого болю, навчання пацієнтів, від регулярного підвищення кваліфікації персоналу, застосування мультимодальної анальгезії відповідно до застосованої документації, впровадженої для всіх прооперованих пацієнтів. Біль — це неприємне емоційне відчуття, яке пов'язане із внутрішнім пошкодженням тканин або органів.

Однак спостерігаються індивідуальні відмінності щодо больових відчуттів, які виникають внаслідок генетичних, культурних, вікових, статевих особливостей. Певні групи пацієнтів мають підвищений ризик післяопераційного болю і тому потребують більшої уваги. Зростання вираженості болю є найбільшим протягом перших днів після хірургічного втручання і залежить від виду операції, тривалості, поширення, а також ступеня травматичності тканин. Важливу роль у відчутті болю можуть відігравати такі чинники: стан здоров'я пацієнта, попередній больовий досвід, емоційний стан або рівень страху, пов'язаний із запропонованою операцією.

Інтенсивність болю необхідно оцінювати як у стані спокою, так і в русі, що дасть змогу оцінити функціональний стан пацієнта; якщо біль має велику інтенсивність, то на післяопераційному відділі, де пацієнт перебуває під наглядом, інтенсивність болю потрібно часто оцінювати; в хірургічному відділі біль також належить оцінювати кожні 4–8 год для того, щоб контролювати ефективність застосованого лікування; купірування болю завжди має бути змодифіковане.

Якщо за 11-бальною шкалою біль у стані спокою становить ⩾3, то при русі — ⩾4 балів. Як інтенсивність болю, так і реакція на застосоване лікування з прогнозуванням побічних ефектів мають бути задокументовані в читабельний спосіб у спеціальних формулярах. Особливої уваги потребують пацієнти з порушенням свідомості або проблемами у спілкуванні. Неочікуване збільшення інтенсивності болю, особливо за наявності супутніх проявів (високий тиск, тахікардія, підвищена температура тіла, ціаноз шкіри, відсутність пульсації судин), необхідно також оцінювати. Анальгезія збалансована — метод вибору — має застосовуватися всюди, де це можливо, включає застосування лікарських засобів різного механізму дії. Такі поєднання зумовлюють вищу ефективність і меншу побічну анальгезивну дію, менше побічних ефектів.

542. Оптимизация методов тотальной внутривенной анестезии в онкологии

Ю.А. Винник, В.А. Маланов, В.П. Бреславец, В.И. Калапуц, И.А. Колосов, И.Я. Цепилова, А.А. Шеремет
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский областной клинический онкологический центр

Методы общей анестезии в онкологии должны базироваться на принципе поликомпонентности, обеспечивающем взаимное потенцирование каждого компонента в минимальных дозировках. Цель исследования — изучение влияния различных схем пропофол-кетаминовой анестезии с антиноцицептивной защитой фентанилом и атараксией сибазоном на центральную гемодинамику, а также на скорость восстановления после анестезии.

В исследовании приняли участие 107 пациентов, которых распределили на три группы. В 1-й группе (n=34) проведена анестезия пропофолом 8–10 мг/кг массы тела в час. Центральная анальгезия осуществлялась раствором фентанила 4 мкг/кг/ч. С целью атараксии вводился сибазон 0,3–0,5 мг/кг/ч. Во 2-й (основной) группе (n=36) проводили анестезию пропофолом 5 мг/кг/ч в сочетании с кетамином 2 мг/кг/ч. Атаральгезия проводилась растворами фентанила 4 мкг/кг/ч и сибазона 0,3–0,5 мг/кг/ч. В 3-й (контрольной) группе (n=37) проведена анестезия кетамином 4–6 мг/кг/ч, с анальгезией — фентанилом 4 мкг/кг/ч и атараксией сибазоном — 0,5 мг/кг/ч.

В 1-й группе отмечено снижение частоты сердечного сокращения (ЧСС) на 26% и снижение артериального давления (АД) на 22% по сравнению с исходным уровнем. У 7% пациентов — выраженная брадикардия до ⩽50 уд./мин, которая потребовала введения атропина 0,5 мг. Во 2-й группе АД и ЧСС после индукции снижались по сравнению с исходным уровнем на 12–18% с последующей стабилизацией на уровне 10–15% ниже исходного. В 3-й группе на протяжении анестезии сохранялся гипердинамический тип кровообращения. АД и ЧСС после индукции снижались по сравнению с исходным уровнем всего на 4–8% и в последующем требовали более высоких доз атаралгезии. Восстановление спонтанного дыхания и экстубация трахеи во 2-й (основной) группе незначительно дольше, чем в 1-й — 68,4 и 47,5 мин соответственно. В 3-й (контрольной) группе восстановление спонтанного дыхания и экстубация трахеи происходят в 2 раза позднее — 128,4 мин.

Пропофол-кетаминовая анестезия нивелирует гипердинамический тип кровообращения. Несмотря на снижение доз пропофола, метод позволяет реализовать основные преимущества этого анестетика при одновременном уменьшении количества и выраженности побочных эффектов. Пациенты после проведения пропофол-кетаминовой анестезии восстанавливаются быстрее, чем при диссоциативно-анальгезирующей анестезии.

543. Синдром послеоперационной тошноты и рвоты у онкохирургических больных

Ю.А. Винник, В.А. Маланов, А.Г. Лабортас, А.В. Выровец
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский областной клинический онкологический центр

Синдром послеоперационной тошноты и рвоты (СПОТР) занимает 2-е место в послеоперационных осложнениях (30%) и может приводить к фатальным осложнениям. Неоадъювантные методы терапии повышают частоту развития СПОТР до 60%. С целью профилактики послеоперационной тошноты и рвоты применяют серотониновые антагонисты, являющиеся наиболее эффективными.

Цель исследования — изучение частоты развития СПОТР при различных схемах проведения внутривенных анестезий с применением серотониновых антагонистов (антиэметиков). В исследовании приняли участие 145 пациентов, которым были выполнены различные оперативные вмешательства по поводу онкологических заболеваний.

В 1-й группе (n=34) проводилась анестезия пропофолом с атаралгезией, во 2-й группе (n=36) проведена пропофол-кетаминовая анестезия с атаралгезией. В 3-й группе (n=38) проведена пропофол-кетаминовая анестезия с атаралгезией и включением в схему терапии антиэметического препарата — ондансетрона (Зофран «GSK»). Ондансетрон вводился в дозе 4 или 8 мг в зависимости от степени риска развития СПОТР. В качестве контрольной группы взяты 37 пациентов, которым операции проведены под диссоциативно-анальгезирующей кетаминовой анестезией с атаралгезией (4-я группа). Результаты исследования приведены в таблице.

Показатель	Группа, n (%)			
	1-я (n=34) Пропофол +фентанил +диазе-пам	2-я (n=36) Пропофол +кетамин +фентанил +диазепам	3-я (n=38) Пропофол +кетамин +фентанил +диазепам +ондансетрон	4-я (кон-троль) (n=37) Кетамин фентанил + диазепам
Операции				
<60 мин	5 (14,7)	10 (27,8)	17 (41,7)	9 (24,3)
60–90мин	14 (41,2)	11 (30,5)	19 (50)	13 (35,1)
>90	15 (44,1)	15 (41,7)	2 (5,3)	15 (40,6)
Частота СПОТР				
Тошнота	2 (5,9)	4 (11,1)	2 (5,26)	12 (32,4)
Рвота	2 (5,9)	3 (8,33)	0	8 (21,6)

При применении пропофола для поддержания анестезии реже наблюдаются послеоперационные тошнота и рвота. Включение в схему проведения анестезии серотониновых антагонистов — ондансетрона практически исключает развитие СПОТР.

544. Инфузионная терапия у больных, оперированных по поводу рака пищевода

В.М. Дворниченко, Л.В. Евфанова, С.И. Поклад, О.С. Старовик, В.А. Фоменко
Луганский областной клинический онкологический диспансер

Длительные и травматичные вмешательства выполняются в чрезвычайно активной рефлексогенной зоне, сопровождаются постоянными механическими воздействиями на органы средостения со смещением сердца от физиологической оси, сдавлением крупных сосудов. Практически в течение всего внутригрудного этапа операции вынужденно создаются условия полного или частичного выключения легкого на стороне операции, нередко вскрываются обе плевральные полости. В ходе операции разрушаются большие массивы мягких тканей, что определяет возможность значительной кровопотери. Трансторакально оперируемый на пищеводе пациент находится в невыгодном для дыхания и кровообращения положении, создаются условия для значительных потерь тепла и жидкости. При мобилизации пищевода с лимфодиссекцией в некоторых случаях происходит повреждение ветвей блуждающего нерва и нарушение целостности притоков грудного лимфатического протока с последующей потерей значительных количеств лимфы. Именно поэтому пери- и послеоперационная инфузионная терапия (ИТ) приобрела важнейшую роль в исходе оперативного лечения рака пищевода.

В отделении общей хирургии Луганского областного клинического онкологического диспансера с 2003 г. прооперированы 56 больных, которым выполнены операции Льюиса, Гэрлока и Торека. По нашим наблюдениям, для поддержания адекватного системного и органного кровообращения общий объем инфузии в день операции должен примерно в 2 раза превышать величину кровопотери, суммарный объем синтетических коллоидов составляет 50%, свежезамороженной плазмы крови (СЗП) — до 30%, эритроцитной массы — 40% величины кровопотери. Остальной объем инфузии (около 80%) приходится на кристаллоиды. В состав ИТ после операций на пищеводе включают растворы, обеспечивающие потребность организма в необходимых питательных веществах и микроэлементах, улучшающие реологические свойства крови. Парентеральное питание вводим в состав инфузионной терапии с 1–2-х суток. Переливание эритроцитарной массы проводим при снижении уровня гемоглобина до 80–85 г/л. (у пациентов с ишемией миокарда — 90–100 г/л). Трансфузию СЗП проводим при гипокоагуляции, больших потерях по дренажам и проявлениях ДВС-синдрома.

Внедрение современных технологических и методологических разработок, совершенствование хирургической техники, а также проводимая в нашей клинике ИТ позволила уменьшить количество летальных осложнений с 40% в 2004 г. до 23% — в 2010 г.

545. Комбинированная анестезия при хирургических операциях в онкопроктологии

В.М. Дворниченко, С.А. Поповиченко, Л.В. Евфанова, А.М. Горох, В.В. Подгорный
Луганский областной клинический онкологический диспансер

Классические методы внутривенной и ингаляционной анестезии либо не обеспечивают должной антиноцицепции, либо связаны с высокой вероятностью продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Основа антиноцицептивной защиты при высокотравматичных онкологических операциях — комбинированное многоуровневое обезболивание. Этим требованиям соответствует эпидуральная анестезия (ЭА) в сочетании с поверхностной общей анестезией.

В отделении общей хирургии Луганского областного клинического онкологического диспансера в 2008–2010 гг. оперативные вмешательства по поводу злокачественных опухолей прямой кишки выполнены у 387 больных. Комбинированная анестезия проведена у 114 больных. Пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне L_{1-2}. В качестве основного компонента анестезиологического пособия использовали сочетание 0,5% раствора маркаина 10–12 мл и 0,005% раствора фентанила 2 мл. Индукция в анестезию, интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществлялись по общепринятой методике. В последующем по ходу операции для поддержания анестезии в эпидуральное пространство по показаниям с периодичностью в 90 мин вводили по ⅓ исходной дозы маркаин-фентаниловой смеси. Поддержание общей анестезии растворами кетамина или дипривана. Инфузионная гемодинамическая поддержка во время анестезии проводилась полиионными растворами и растворами гидроксиэтилкрахмалов. По показаниям проводилась трансфузия компонентов крови.

В послеоперационный период, в течение 3 сут, в эпидуральное пространство через катетер вводили раствор маркаина (0,125–0,25%) и невысокие дозы фентанила. Скорость эпидурального введения смеси варьировала от 2 до 6 мл/ч. Инфузионая нагрузка после операции по продолжительности была минимальной.

Расход релаксантов во время операции минимальный. Внутривенное введение наркотических анальгетиков не проводилось. Умеренная артериальная гипотензия вследствие венодилатации способствовала уменьшению кровопотери. Это позволяло использовать эритроцитсодержащие трансфузионные среды в небольших количествах (1–2 дозы). Пробуждение проходило быстро и гладко. В продленной ИВЛ нуждались только 6,1% больных. Эффективное болеутоление на протяжении всего раннего послеоперационного периода. Результаты свидетельствуют, что комбинированная анестезия надежна, хорошо управляема и позволяет значительно снизить дозировку опиатов, анестетиков, миорелаксантов; сократить продолжительность наркоза и ИВЛ; обеспечить адекватное обезболивание в послеоперационный период.

546. Комбінована спінально-епідуральна анестезія. Метод вибору до рішення адекватного знеболювання в періопераційний період у онкологічних хворих на інвазивний рак сечового міхура

Л.В. Клімчук, І.І. Лісний, Е.О. Стаховський, Ю.І. Новосад
Національний інститут раку, Київ

Мета дослідження — провести порівняння ефективності та безпеки використання комбінованої спінально-епідуральної анестезії (КСЕА) та загальної анестезії при хірургічному лікуванні хворих на інвазивний рак сечового міхура.

Проведено обстеження 75 хворих, яким виконана радикальна цистектомія з використанням КСЕА та загальної анестезії. В групу А (Гр. А) n=50, увійшли хворі, яким була проведена КСЕА. Післяопераційна анальгезія в цій групі виконана з використанням подовженої епідуральної інфузії маркаїну 0,125% — 8 мл/год. У контрольну групу (Гр. В) n=25 увійшли

хворі, яким оперативне втручання було проведено з використанням загальної анестезії зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ). Для післяопераційної анальгезії в цій групі було використано опіоїдний анальгетик омнопон 2% — 1 мл, 3–4 рази на добу. В післяопераційний період проводилася оцінка рівня болю за шкалою ВАШ на наступних етапах: після закінчення операції та пробудження хворого, потім кожні 2 год протягом 3 діб. Оцінку рівня моторного блоку оцінювали за шкалою Bromage, розрахунок часу встановлення свідомості після анестезії в обох групах. В післяопераційний період проводився розрахунок дози анальгетиків для післяопераційного знеболювання, поява перистальтики кишечнику, початок ентерального харчування.

У Гр. А під час оперативного втручання відзначено зниження дози опіоїдних анальгетиків на 53%. Так, у хворих Гр. А відмічалося скорочення часу встановлення свідомості після операції та зниження дози гіпнотиків, ніж у хворих Гр. В. Загальна доза тіопенталу натрія та ардуану в Гр. В була на 40–48% вища, ніж у Гр. А. У післяопераційний період загальна доза опмнопону в Гр. А була на 50% нижча, ніж у Гр. В. Рівень болю в Гр. А статистично достовірно був нижчим протягом 3 діб при порівнянні з Гр. В. У 75% хворих Гр. А перистальтика кишечнику зберігалася вже в 1-шу післяопераційну добу, коли як у Гр. В — вислуховувалася у 35% хворих. Раннє відновлення перистальтики у хворих Гр. А сприяло ранньому початку ентерального харчування.

Застосування КСЕА викликає значне зниження рівня болю в перші 3 доби післяопераційного періоду після оперативних втручань із приводу інвазивного раку сечового міхура, зменшення кількості медикаментів, сприяє швидкому пробудженню хворого після анестезії та ранньому початку ентерального харчування.

547. Острая послеоперационная боль у онкологических пациентов

И.И. Лесной[1], Е.Ю. Белка[2], Л.В. Климчук[1], Ю.Л. Кучин[2]
[1]Национальный институт рака, Киев
[2]Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев

Лечение послеоперационной боли, к сожалению, остается не до конца разрешенной проблемой. Сегодня, согласно исследованиям разных авторов, от выраженного болевого синдрома в послеоперационный период страдают от 30 до 75% пациентов. На IV Конгрессе европейской ассоциации по изучению боли (EFIC, Прага, сентябрь 2003), было отмечено, что не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от боли средней и высокой интенсивности. Статистика по интенсивности острого болевого синдрома в Украине отсутствует.

В Национальном институте рака в период с сентября 2009 г. по август 2010 г. нами проведено проспективное исследование по оценке интенсивности болевого синдрома у послеоперационных больных. В исследование включены пациенты после различных хирургических вмешательств. В ранний послеоперационный (п/о) период (1–4-е п/о сутки) пациентов опрашивали по анкете, включавшей оценку боли по ВАШ в покое и при движении, наличие побочных эффектов, связанных с лечением боли. В анкете отмечали возраст больных, вид оперативного вмешательства, метод анестезии и анальгезии в п/о период.

В исследование были включены 367 пациентов, средний возраст которых составил 53 [50,8–54,9] года. Средняя интенсивность болевого синдрома в 1-е п/о сутки в покое составила 3,0 [2,7–3,3] балла, при движении — 3,4 [3,1–3,8] балла; 2-е п/о сутки — 3,3 [3,0–3.6] и 3,9 [3,6–4,3] балла соответственно; 3-е п/о сутки — 3,2 [3,0–3,5] и 4,0 [3,7–4,3] балла; 4-е п/о сутки — 3,0 [2,7–3,2] и 3,7 [3,4–4,0] баллов соответственно. Из побочных эффектов у больных в общей группе наиболее часто отмечались: тошнота — 22%, рвота — 7%, зуд кожи — 5%, задержка мочи — 3%. Интенсивность боли была самой низкой в отделении онкоортопедии и проктологии — от 13 до 30% пациентов с интенсивным болевым синдромом в покое и 13–43% пациентов при движении. У этой категории больных эпидуральная анальгезия использовалась в 60% случаев. В группе пациентов без применения эпидуральной анальгезии интенсивная п/о боль наблюдалась в 50% (покой) и 68% (движение) случаев.

Средняя интенсивность п/о боли у онкопациентов остается высокой. Эпидуральная анальгезия является наиболее эффективным методом лечения при острой боли после больших оперативных вмешательств в онкохирургии.

548. Анестезиологическое обеспечение радикальных операций при раке молочной железы

В.А. Лисецкий, И.В. Кулик, А.А. Катеринич, А.Е. Далингер
Киевский городской клинический онкологический центр

Выполнение травматичных операций по поводу рака молочной железы в богатой рефлексогенной зоне требует адекватного анестезиологического пособия. Важно не стимулировать опухолевый рост, не усиливать стресс, не угнетать иммунитет, чтобы больной комфортно входил и выходил из наркоза. Этим требованиям соответствует внутривенная анестезия пропофолом с применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Цель работы — проанализировать влияние внутривенной анестезии пропофолом, фентанилом и НПВП на течение наркоза и послеоперационного (п/о) периода. Выполнен сравнительный анализ применения у 112 больных для наркоза тиопентала натрия и п/о анальгина и морфина (контроль) — у 390, пропофола с дексалгином — у 162, династатом — у 31, кеталонгом — у 197.

Важное значение перед операцией играет психологическая подготовка, цель которой — достичь доверия и снизить тревогу. Накануне операции разрешали пить и кушать, поскольку голодание приводит к сгущению крови и создает условия для развития осложнений. Обязательно за 1 ч до операции введение НПВП, что позволяет уменьшить расход фентанила и препаратов для п/о обезболивания. Применение пропофола позволяло больному комфортно уснуть и проснуться по окончанию наркоза. Так как во время наркоза больной на спонтанном дыхании + кислород, необходим мониторинг (пульсоксиметрия) за дыханием. В то же время при применении тиопентала натрия и морфина, иногда сибазона — пробуждение затягивалось и больной был заторможен и сонлив до 2–4 ч. Применение п/о анальгина и морфина вызывало у половины больных тошноту и рвоту, обезвоживание, усиливало боль. Введенный за 30 мин до операции династат 40 мг — уменьшал расход фентанила и в течение 24–30 ч п/о не было боли, тошноты и рвоты. Применение 50 мг дексалгина до и после операции оказывало хорошее обезболивание в покое до 3–4 ч, а далее больные просили обезболить (81%). Поскольку допустимая суточная доза его 150 мг, приходилось применять опиаты. На 2-е–3-и сутки дексалгин давал обезболивание до 5–6 ч в покое. У пациентов пожилого возраста и ослабленных на 2-е–3-и сутки не было боли после его приема в таблетках 25 мг 3–4 раза в сутки.

Кеталонг (30 мг) вызывал хорошее обезболивание 8 ч у 84% и только 16% отмечали боль при движении. Тошнота была только у 3 и рвота — у 1 больного. Таким образом, применение при операциях по поводу рака молочной железы для внутривенной анестезии пропофола и НПВП позволяет достичь комфортного состояния больной.

549. Порівняння ефективності та безпеки застосування беміпарину та надропарину при тривалій тромбопрофілактиці при хірургічному лікуванні онкогінекологічних хворих

І.І. Лісний, Ю.І. Новосад, Л.В. Клімчук, К.Ю. Белка
Національний інститут раку, Київ

Тромбоз глибоких вен (ТГВ) та пов'язані з ним ускладнення (перш за все, тромбоемболія легеневої артерії — ТЕЛА) належать до найбільш розповсюджених та загрозливих для життя пацієнтів захворювань системи кровообігу. Щорічно ТГВ і ТЕЛА діагностують у 100–160 людей на 100 тис. населення. Близько 30% з них помирають у найближчий місяць,

ще у 20% хворих протягом наступних 2 років розвивається рецидив захворювання. Тромбоемболічні ускладнення займають 2-ге місце у структурі летальності хворих на рак. Ризик післяопераційних ТГВ або ТЕЛА серед онкологічних хворих у 5 разів вищий, ніж у загальній популяції при виконанні аналогічних хірургічних втручань. Гіперкоагуляційний ефект пухлин зумовлений підвищеним вмістом тромбопластин та інгібіторів протеолізу. Виділення клітинами пухлин інгібіторів антитромбіну, кофактора гепарину, плазміногену, а також продукція антиплазміну стимулюють активність системи згортання.

У дослідження включено 60 жінок, прооперованих з приводу злоякісних новоутворень матки та придатків. Пацієнток розподілили на дві групи: до 1-ї групи включено 30 осіб, яким призначали надропарин по 0,3 мл підшкірно для профілактики тромбоемболічних ускладнень за 2 год до оперативного втручання та продовжували до 28-ї доби 1 раз на добу в дозі 0,3 мл; до 2-ї групи включено 30 пацієнток, яким тромбопрофілактику проводилиь беміпарином по 3500 МО підшкірно через 6 год після оперативного втручання та продовжували після операції до 28-ї доби 1 раз на добу в дозі 3500 МО. Проводили оцінку ТГВ за даними УЗД-допплєра глибоких вен ніжних кінцівок до початку дослідження, через 7 та 28 діб після оперативного втручання, наявність кровотечі, що вимагало відміни препарату. Також враховували розвиток таких серйозних ускладнень, як ТЕЛА.

Результати проведеного дослідження показали, що у 1-й групі у 1 хворої відмінено введення надропарину в зв'язку із кровотечою, у 1 хворої при УЗД через 7 діб після оперативного втручання діагностовано ТГВ нижніх кінцівок, у 1 — розвинулася летальна ТЕЛА через 7 діб після оперативного втручання. У 2-й групі ускладнень не виявлено. Отже, при порівнянні двох НМГ для тромбопрофілактики встановлено вищу ефективність та безпеку беміпарину, ніж надропарину (p=0,2396) (Fisher exact two tailed test). Для отримання більш достовірних результатів необхідна численніша вибірка.

550. Возможности неопиатной анальгезии после полостных онкохирургических операций

К.Н. Олейников, Е.И. Шпаков, М.С. Башеева
Донецкий областной противоопухолевый центр

Обезболивание сопровождается, с одной стороны, высокой частотой побочных эффектов (опиаты), а с другой — сомнительностью полноценного анальгезирующего эффекта, особенно в онкохирургии (нестероидные противовоспалительные препараты).

Цель исследования — оценка послеоперационного обезболивания династатом и нефопамом у больных, перенесших операции на органах брюшной полости.

Больных распределили на две сопоставимые группы по 50 человек. Методика послеоперационного обезболивания включала в исследуемой группе внутривенное введение династата в дозе 40 мг и нефопама в дозе 20 мг до конца операции, в контрольной группе — 5 мг морфина внутримышечно за 10–20 мин до конца операции. В качестве критериев эффективности производилась оценка времени от момента введения до начала обезболивания, продолжительность обезболивания, оценка интенсивности боли по ВАШ. Кроме того, исследовалась общая оценка пациентами предполагаемого метода обезболивания и частота возникновения побочных эффектов.

В результате исследования установлено: 1. Время до первого введения анальгетиков в послеоперационный период составило в исследуемой группе 8±1 ч, в контрольной — 5±1 ч. Время от момента введения до наступления обезболивающего эффекта существенно не различалось в обеих группах и составило в среднем 15±3 мин в основной и 12±5 мин — в контрольной группе. 2. Продолжительность анальгезии существенно различалась в обеих группах: в исследуемой группе она возрастала на протяжении послеоперационного периода и составила в 1-е сутки 8±1 ч, во 2-е — 10±1 ч, в 3-и — 12±1 ч, в контрольной группе не превышала 7±1 ч на протяжении всего периода исследования. 3. Оценка обезболивания по ВАШ в исследуемой группе в 1-е сутки составила в среднем 4±1 балл, в контрольной — 5±1 балл, во 2-е — 3±1 и 4±1 балл соответственно, в 3-и — 2±1 балл в обеих группах. 4. При субъективной оценке качества обезболивания отмечено следующее: в 1-е сутки в исследуемой группе 10% ответили «отлично», 72% — «хорошо», 18% — «удовлетворительно»; в контрольной — 58% «хорошо», 42% — «удовлетворительно». Во 2-е сутки соответственно 40% «отлично», 60% — «хорошо», в контрольной — показатели практически не изменились. На 3-и сутки — 97% «отлично», 3% — «хорошо» в исследуемой группе, и 78% «хорошо», 15% «удовлетворительно» и 7% «плохо» — в контрольной. 5. Побочные эффекты в исследуемой группе в 1-е сутки отмечали 20% больных, во 2-е — 12%, в 3-и — 5%; в контрольной — в 1-е сутки 64% больных, во 2-е — 21%, в 3-и — 34%.

551. Опыт применения продленной эпидуральной анестезии в интра- и послеоперационном ведении пациентов с опухолями пищевода и кардиоэзофагеальными опухолями при оперативных вмешательствах с использованием торакоабдоминальных доступов

К.Н. Олейников, Н.В. Гринько, А.П. Новак, С.А. Бубнов
Донецкий областной противоопухолевый центр

Цель исследования — проведение сравнительного анализа эффективности и безопасности анестезии и послеоперационной интенсивной терапии у пациентов, оперированных с использованием торакоабдоминальных доступов, с применением эпидурального компонента обезболивания и без него.

В течение 2,5 года в Донецком областном противоопухолевом центре были выполнены операции Льюиса и Гарлока 86 больным. Анестезия с использованием эпидурального компонента проводилась в 49 случаях (исследуемая группа), без него — в 37 случаях (группа контроля). Пункция и катетеризация эпидурального пространства по общепринятой методике. Интраоперационно вводили 80–100 мг 1% раствора лидокаина каждые 60–90 мин. В послеоперационный период пациенты получали эпидурально 1% раствор лидокаина в дозах 80–120 мг каждые 2–3 ч либо 0,25% раствор бупивакаина в дозах 125–250 мг каждые 4–6 ч.

Установлено, что интраоперационный расход наркотических анальгетиков в исследуемой группе снизился на 20–25%, потребность в послеоперационном обезболивании наркотиками снизилась на 75–80%. Течение анестезии в обеих группах гладкое, колебания гемодинамических показателей в пределах стресс-нормы, среднее время восстановления адекватного спонтанного дыхания в исследуемой группе составило 54±6 мин, в контрольной — 85±8 мин. В исследуемой группе моторика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась через 37±4 ч, в контрольной – через 46±6 ч. Летальность в исследуемой группе составила 4,08%, в контрольной — 5,4%. Ранних послеоперационных осложнений в исследуемой группе отмечено 7,2%, в контрольной группе — 8,2%. Пациенты исследуемой группы отмечали меньшую выраженность болевых ощущений в послеоперационный период в сравнении с контрольной группой. Реже отмечалась тошнота и рвота. На 8–12 ч раньше расширялся двигательный режим.

Использование данной методики позволило снизить интра- и послеоперационный расход наркотических анальгетиков, обеспечило раннее восстановление перистальтики кишечника, снизило частоту послеоперационных осложнений и летальность.

552. Досвід і результати 12-річної роботи кабінету протибольової терапії ЖООД

І.П. Радчук[1], І.В. Борачук[1], С.П. Пащенко[1], Р.В. Хилько[1], І.І. Лісний[2]
[1]Житомирський обласний онкологічний диспансер
[2]Національний інститут раку, Київ

За 12 років у кабінеті протибольової терапії Житомирського обласного онкологічного диспансеру проліковано 2661 хворий. Для лікування використовували системну фармакотерапію, регіонарні інвазивні методи, фізіотерапевтичні методи, променеву терапію, детоксикаційну терапію. Задовільні результати лікування одержані у 76 % онкохворих; у 72% пацієнтів

із захворюваннями опорно-рухового апарату; у 70% хворих із хронічним нейропатичним болем.

Основні завдання кабінету:

- Прийом хворих із гострими та хронічними больовими синдромами (ХБС) онкологічного та неонкологічного походження.
- Підбір індивідуальної раціональної протибольової терапії.
- Освоєння і введення в практику сучасних методів, схем і методик лікування хворих із ХБС.
- Покращання якості життя пацієнтів із ХБС.

Основні больові синдроми, які ми лікуємо:

- Хронічний раковий біль.
- М'язово-скелетний біль у спині та вертеброгенні радикулопатії.
- Суглобовий біль (артроз колінного, кульшового, плечового суглобів).
- Невралгія трійчастого нерва.
- Постгерпетична невралгія.

Правильне розуміння механізмів виникнення ХБС, використання всього комплексу діагностичних критеріїв , адекватна оцінка і застосування всіх сучасних методів і методик лікування надає можливість адекватно лікувати і контролювати біль. Робота кабінету протибольової терапії дала можливість зменшити страждання і покращити якість життя сотням людей.

553. Продленная эпидуральная анальгезия при обширных резекциях печени

В.И. Черный, К.Н. Олейников, С.А. Бубнов, Е.А. Колганова, М.В. Фрейгофер

Донецкий областной противоопухолевый центр

Цель исследования — разработка методики мультимодальной предупреждающей анальгезии как компонента анестезиологического обеспечения обширных резекций печени.

Проведен сравнительный анализ течения анестезии и послеоперационного периода у 36 пациентов: 13 мужчин и 23 женщин в возрасте от 30 до 75 лет I–III функционального класса по ASA. 23 операции проведены в условиях сбалансированной внутривенней анестезии дипрофолом, кетамином, фентанилом, ардуаном в сочетании с эндотрахеальным наркозом закисно-кислородной смесью (1-я группа). 6 операций выполнены под комбинированной внутривенной анестезией дипрофолом, кетамином, фентанилом, ардуаном в сочетании с эндотрахеальным наркозом закисно-кислородной смесью с продленной грудной эпидуральной анальгезией (ПГЭА) бупивакаином и фентанилом (2-я группа). 7 операций выполнены под комбинированной ингаляционной анестезией севофлюраном в закисно-кислородной смеси с ПГЭА бупивакаином и фентанилом (3-я группа). Адекватность анестезии оценивали с помощью вариационного анализа сердечного ритма, динамики концентрации кортизола и глюкозы в сыворотке крови на различных этапах операции. Интенсивность и выраженность послеоперационного болевого синдрома определялась по вербально-аналоговой шкале оценки боли.

Использование ПГЭА во 2-й и 3-й группах позволило снизить дозы используемых во время операции наркотических анальгетиков в 3–6 раз, миорелаксантов — в 2–3 раза по сравнению с 1-й группой и обеспечить более полноценную антиноцицептивную защиту пациентов. Об этом свидетельствуют показатели вариационного анализа сердечного ритма, отражающие бóльшую степень активации симпатического отдела вегетативной нервной системы в 1-й группе больных. Качество послеоперационной анальгезии в 1-й группе было меньше, чем во 2-й и 3-й группах. ПГЭА в послеоперационный период, дополненная назначением династата и акупана, дала возможность отказаться от применения наркотических анальгетиков у больных 2-й и 3-й групп.

Результаты исследования свидетельствуют, что включение ПГЭА в схему анестезиологического пособия при обширных резекциях печени позволяет снизить фармакологическую нагрузку на резецируемую печень, сократить сроки пребывания больных в операционной, длительность продленной искусственной вентиляции легких, уменьшить количество осложнений и способствует раннему разрешению послеоперационного пареза кишечника, эффективному началу энтерального питания с возможностью сокращения экономических затрат на лечение больных.