МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ХИРУРГИЯ Восточная Европа

www.recipe.by

2016, том 5, № 2

Беларусь

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Беларусь 24 ноября 2011 г.
Регистрационное свидетельство № 1494

Учредитель:
УП «Профессиональные издания»
ОО «Белорусская ассоциация хирургов»

Адрес редакции:
220049, Минск, ул. Кнорина, 17
Тел.: +375 (017) 322 16 76, (017) 322 16 77
e-mail: surgery@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.
Заместитель главного редактора Игнатова С.С.
Руководитель службы рекламы и маркетинга Коваль М.А.
Технический редактор Мурашко А.В.

Украина

Журнал зарегистрирован
Государственной регистрационной
службой Украины 16 декабря 2011 г.
Свидетельство КВ № 18716-7516Р

Учредитель:
УП «Профессиональные издания»

Представительство в Украине:
ООО «Издательский дом
«Профессиональные издания»

Директор Ильина В.А.
Контакты: тел.: +38 (067) 363 65 05, (095) 091 24 50
e-mail: profidom@ukr.net

Подписка
в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь):
индивидуальный индекс 01387
ведомственный индекс 013872

В Украине подписка оформляется через офис
ООО «Издательский дом «Профессиональные издания»

В электронных каталогах «Газеты и журналы»
на сайтах агентств:

ООО «Информнаука» (Российская Федерация)
ЗАО «МК-Периодика» (Российская Федерация)
ГП «Пресса» (Украина)
ГП «Пошта Молдовей» (Молдова)
АО «Летувос паштас» (Литва)
ООО «Подписное агентство PKS» (Латвия)
Фирма «INDEX» (Болгария)
Kubon&Sagner (Германия)

Индекс 01387

Электронная версия журнала доступна
в Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU,
в базе данных East View, в электронной
библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь
в редакцию в Минске
и представительство издательства в Киеве
по тел.: +38 (067) 360 93 80

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца
Цена свободная

Подписано в печать 17.03.2016 г.
Тираж в Беларуси 1500 экз.
Тираж в Украине 1500 экз.
Заказ №

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная.

Отпечатано в типографии
ФЛП Нестерова Л.О.
Тел.: +380682262444

© «Хирургия. Восточная Европа»
Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.
© УП «Профессиональные издания», 2016
© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2016

International scientific journal

SURGERY

Eastern Europe

Hirurgija. Vostochnaja Evropa

www.recipe.by **2016, volume 5, № 2**

Belarus

The journal is registered
in the Ministry of information of the Republic
of Belarus 24.11.2011
Registration certificate № 1494

Founder:
UE «Professional Editions»
«Belarusian association of surgeons»

Address of the editorial office:
220049, Minsk, Knorin str., 17
phone: +375 (017) 322 16 76, (017) 322 16 77
e-mail: surgery@recipe.by

Director Evtushenko L.
Deputy editor-in-chief Ignatova S.
Head of advertising and marketing Koval M.
Technical editor Murashko A.

Ukraine

The journal is registered
at the State registry of Ukraine 16.12.2011
Registration certificate № 18716-7516R

Founder:
UE «Professional Editions»

Representative Office in Ukraine:
LLC «Publishing house» Professional Edition»

Director Ilyina V.
Contacts:
phone: +38 (067) 363 65 05, (095) 091 24 50
e-mail: profidom@ukr.net

Subscription:
Belarus:
in the Republican unitary enterprise «Belposhta»
individual index – 01387
departmental index – 013872

In Ukraine the subscription is made out through office
LLC «Publishing house» Professional Edition»

In the electronic catalogs «Newspapers
and Magazines» on web-sites of agencies:
LLC «Informnauka» (Russian Federation)
JSC «MK-Periodika» (Russian Federation)
SE «Press» (Ukraine)
SE «Poshta Moldovey» (Moldova)
JSC «Letuvos pashtas» (Lithuania)
LLC «Subscription Agency PKS» (Latvia)
«INDEX» Firm agency (Bulgaria)
Kubon&Sagner (Germany)

Index 01387

The electronic version of the journal is available

on the Scientific electronic library eLIBRARY.RU,
in the East View database, in the electronic library
system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address
to the editorial office in Minsk
and publishing house representation in Kiev
phone: +38 (067) 360 93 80

The frequency of journal is 1 time in 3 months.
The price is not fixed.

Sent for the press 17.06.2016.
Circulation in Belarus is 1500 copies.
Circulation in Ukraine is 1500 copies.
Order №

Format 70x100 1/16. Litho.

Printed in printing house
FLP Nesterova L.O.
Phone: +380682262444

© «Surgery. Eastern Europe»
Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is possible only with written
permission of edition with an obligatory reference to the source.
© «Professional Editions» Unitary Enterprise, 2016
© Design and decor of «Professional Editions» Unitary Enterprise, 2016

В НОМЕРЕ

Абдоминальная хирургия
Превентивные органосохраняющие операции в плановой хирургии язвенной болезни желудка
Дзюбановский И.Я., Вийтович Л.Э. 170

Возможности использования принципов быстрой реабилитации при выполнении аллопластики у пациентов с грыжевыми дефектами
Лысенко Р.Б., Драбовский В.С. 180

Дренирование панкреатоеюноанастомозов в хирургии хронического панкреатита
Шулейко А.Ч. 187

Использование принципов «Fast track» хирургии в лечении морбидного ожирения путем шунтирования желудка
Иоффе А.Ю., Стеценко А.П., Цюра Ю.П., Тарасюк Т.В., Галыга Т.Н., Кривопустов Н.С. 200

Клиническая эффективность Мукофалька в лечении заболеваний кишечфника
Дронов А.И. 208

Детская хирургия
Выбор тактики хирургического лечения детей с абдоминальным крипторхизмом
Переяслов А.А., Доценко Ю.Р. 216

Методы лапароскопического лечения паховых грыж у детей (обзор литературы)
Дворакевич А.О., Переяслов А.А. 223

Хирургическая патофизиология
Эдемометрическая оценка микроциркуляторного давления
Шотт А.В., Казущик В.Л., Карман А.Д. 235

Гнойная хирургия
Опыт резекции проксимальных межфаланговых суставов у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями СДС
Данилова О.В. 242

Трансплантология
Методы консервации поджелудочной железы перед выделением островковых комплексов для трансплантации
Яковец Н.М., Федорук А.М., Руммо О.О., Ленкевич В.А., Федорук Д.А., Назарова Е.А., Оганова Е.Г., Юдина О.А., Кривенко С.И. 247

Становление и развитие трансплантации органов в Республике Беларусь
Пикиреня И.И., Пиров Б.С., Коротков С.В., Калачик О.В., Дзядзько А.М., Руммо О.О. 258

Патоморфологическая характеристика слизистой и мышечных оболочек мочевого пузыря у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности до и после трансплантации почки
Самадов А.Х., Одинаев О.М., Назаров П.Х., Изатшоев А.Х., Достиев А.Р., Пиров Б.С. 267

Неотложная хирургия
Актуальные аспекты лечения постнекротических псевдокист поджелудочной железы
Шевчук И.М., Гедзик С.М., Омельчук Н.В. 272

Онкология
Первый опыт успешного применения саморасширяющегося никелид-титанового стента белорусского производства в лечении стенозирующего колоректального рака
Денисенко В.Л., Бухтаревич С.П., Рубаник В.В. 282

Ранние и поздние осложнения неоадъювантной радио- и радиохимиотерапии при раке прямой кишки (обзор литературы)
Алияров Ю.Р., Керимов А.Х., Аскеров Н.А., Керимли А.А. 290

Случай из практики
Случай успешного хирургического лечения варикозной болезни на фоне высокого риска венозной тромбоэмболии и длительной антикоагулянтной терапии дабигатраном
Хрыщанович В.Я. 301

Для авторов 306

Ad notam 308

IN THE ISSUE

Abdominal surgery
Preventive organ-saving operations in planned surgery of gastric ulcer
Dzubanovskiy I., Viytovych L. 170

Fast rehabilitation principles in alloplasty in patients with hernia defects
Lysenko R., Drabovskiy V. 180

Pancreaticojejunostomy drainage in surgery of chronic pancreatitis
Shuleika A. 187

Use of «Fast track» surgery principles in the treatment of morbid obesity with gastric bypass
Ioffe O., Stetsenko O., Tsiura Yu., Tarasiuk T., Galyga T., Kryvopustov M. 200

The clinical efficacy of Mucofalk in the treatment of bowels diseases
Dronov A. 208

Pediatric surgery
Choice of surgical tactics in children with abdominal cryptorchidism
Pereyaslov A., Docenko J. 216

Methods of laparoscopic treatment of the inguinal hernia in children (literature review)
Dvorakevych A., Pereyaslov A. 223

Surgical pathophysiology
Edemometrical assessment of microcirculatory pressure
Shott A., Kazushchik V., Karman A. 235

Contaminated surgery
Experience of resection of proximal interphalangeal joints in patients with hammer toe and purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome
Danilova O. 242

Transplantology
The methods of pancreas preservation before isolation of islets for transplantation
Yakovets N., Fedoruk A., Rummo O., Lenkevich V., Fedoruk D., Nazarova E., Oganova E., Yudina O., Krivenko S. 247

Formation and development of organ transplatation in Belarus
Pikirenia I., Pirov B., Korotkov S., Kalachik O., Dzyadzko A., Rummo O. 258

Pathomorphological features of mucosa and muscular layers of the bladder in patients with end-stage chronic renal failure before and after kidney transplantation
Samadov A., Odinaev O., Nazarov P., Izzatshoev A., Dostiev A., Pirov B. 267

Emergency surgery
Actual aspects of postnecrotic pseudocysts treatment
Shevchuk I., Gedzyk S., Omelchuk N. 272

Oncology
The first experience of successful use of self-expanding titanium nikelide stents made in Belarus for treatment of stenosing colorectal cancer
Denisenko V., Bukchtarevich S., Rubanik V. 282

Early and late side effects of neoadjuvant radio- and radiochemotherapy in rectal cancer (literature review)
Aliyarov Y., Kerimov A., Asgarov N., Kerimli A. 290

Case from practice
Case of successful surgical treatment of varicose disease in the increased risk of venous thromboembolism and prolonged anticoagulation therapy with dabigatran
Khryshchanovich V. 301

For authors 307

Ad notam 308

УДК 617.55-007.43

Лысенко Р.Б., Драбовский В.С.
Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

Lysenko R., Drabovskiy V.
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Возможности использования принципов быстрой реабилитации при выполнении аллопластики у пациентов с грыжевыми дефектами

Fast rehabilitation principles in alloplasty in patients with hernia defects

Резюме

Использование программы Fast track surgery в герниологии может способствовать более ранней физической и социальной реабилитации при хирургическом лечении пациентов с грыжевыми дефектами.

Цель. Определить возможность использования программы Fast track surgery для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с грыжевыми дефектами при выполнении аллопластики.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие прооперированные пациенты с вентральными грыжами, которые находились на стационарном лечении в клинике кафедры хирургии № 3 (хирургическое отделение 1-й ГКБ г. Полтавы) с 2010 по 2015 г. и которым была проведена плановая аллопластика брюшной стенки. Все пациенты были разделены на 2 группы: основную (n=73) – с применением программы Fast-track хирургии, и контрольную (n=69) – со стандартным лечением.

Результаты. Примененные элементы ведения пациентов по принципам программы быстрой реабилитации при аллопластике брюшной стенки по поводу грыжевых дефектов позволяют значительно уменьшить частоту тошноты и рвоты, быстро восстановить функцию желудочно-кишечного тракта, способствуют уменьшению интенсивности послеоперационного болевого синдрома на 48% и необходимости в дополнительном обезболивании на 69%, местных послеоперационных осложнений до 2,7%, общих – до 1,4% , более ранней активизации пациентов (в 2,4 раза), сокращению сроков пребывания в стационаре на 15%.

Выводы. Использование программы Fast track surgery при проведении аллопластики у пациентов с грыжевыми дефектами позволяет значительно улучшить результаты их лечения, способствует уменьшению послеоперационных осложнений, более быстрому выздоровлению и ранней выписке из стационара.

Ключевые слова: быстрая реабилитация, аллопластика, дефекты передней брюшной стенки.

Abstract

Use of the program fast track surgery in herniology may contribute to earlier physical and social rehabilitation in the surgical treatment of patients with hernia defect.
Goal. To determine the possibilities of use of the program «fast track surgery» to improve the results of surgical treatment in patients with hernia defects in alloplasty.
Materials and methods. The study involved patients who underwent surgery with ventral hernias hospitalized in the clinic of the Department of Surgery № 3 (surgical department of the 1st GKB of Poltava) from 2010 to 2015, and who underwent routine alloplasty of abdominal wall. All patients were divided into two groups: basic one (n=73) – Fast-track surgery program, and a control one (n=69) – standard treatment.
Results. Application of principles of quick rehabilitation programs in patients with abdominal wall defects in alloplasty significantly reduces the incidence of nausea and vomiting, promotes fast restoration of the function of gastrointestinal tract, reduces the intensity of pain after operation by 48% and the need for additional analgesia by 69%, local postoperative complications – by 2.7%, total ones – up to 1.4%, earlier activation of patients (by 2.4 times), reduction of duration of hospital stay by 15%.
Conclusion. Use of the «fast track surgery» during alloplasty in patients with hernia defect can significantly improve the results of their treatment, reduce postoperative complications, promote faster recovery and earlier discharge from hospital.
Keywords: fast rehabilitation, alloplasty, abdominal wall defects.

ВВЕДЕНИЕ

Постоянно растущее количество пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении, некоторые экономические ограничения привели к поиску новой концепции их ускоренного выздоровления. Развитие хирургических технологий за последние годы позволило повысить эффективность оперативного лечения за счет минимизации хирургической травмы и ранней реабилитации пациентов.

Все это подтолкнуло к развитию мультимодальной программы Fast track surgery (FTS – хирургия быстрого восстановления), впервые разработанной датским анестезиологом Henrik Kehlet в 90-е годы прошлого столетия. Цель данной программы – максимальное ограничение физической травмы, обусловленной хирургическим вмешательством, борьба с послеоперационной болью, обеспечение выздоровления без осложнений в короткий срок госпитализации, более быстрое восстановление пациента в послеоперационном периоде, быстрое возвращение к нормальной жизни. Концепция FTS относится ко всем этапам операционной помощи: предоперационное, интраоперационное и послеоперационное ведение [4].

О растущем интересе к этой концепции свидетельствует тот факт, что во многих исследованиях были опубликованы результаты применения данной стратегии FTS в различных разделах хирургии: брюшной полости, ортопедии, гинекологии, урологии и т.д. [2]. Реализация этой концепции опирается на политику взаимодействия всех отделов и служб больницы, медицинского персонала, но главными действующими лицами являются хирург и анестезиолог, которые имеют наиболее постоянный и непосредственный контакт с пациентом.

Также остается актуальной проблема лечения болевого синдрома в послеоперационном периоде. Несмотря на широкий выбор медикаментозных препаратов и методик анальгезии, до 75% пациентов испытывают боль различной интенсивности в зоне операции в раннем послеоперационном периоде [1, 3–5]. Для профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома (ПБС) в большинстве случаев традиционно используют опиоидные анальгетики, однако побочные эффекты этих препаратов заставляют задуматься о применении альтернативных методов лечения боли в послеоперационном периоде [1–3, 5]. Несмотря на это, выбор конкретного препарата остается сложной проблемой, что обусловлено большим количеством нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), сравнительная эффективность которых недостаточно изучена [2, 5, 6].

Использование программы FTS в герниологии может способствовать более ранней физической и социальной реабилитации при хирургическом лечении пациентов с грыжевыми дефектами (ГД). Недостатком традиционного способа ведения пациентов данной категории является то, что используются наркотики, длительное время после операции не разрешается пить и вставать, что неадекватно отражается на результатах лечения и способствует увеличению осложнений. Информации о применении программы FTS при хирургическом лечении пациентов с ГД мы не встречали. Поэтому данный вопрос требует дополнительного рассмотрения и изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить возможность использования программы Fast track surgery для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с грыжевыми дефектами при выполнении аллопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие прооперированные пациенты с вентральными грыжами, которые находились на стационарном лечении в клинике кафедры хирургии № 3 (хирургическое отделение 1-й ГКБ г. Полтавы) с 2010 по 2015 г. и которым была проведена плановая аллопластика брюшной стенки.

Все пациенты были разделены на 2 группы: основную (n=73) – с применением программы FTS, и контрольную (n=69) – со стандартным лечением. Избранные группы были сопоставимы по факторам клинического прогноза (пол, возраст, сопутствующая патология, размер, локализация ГД). Средний возраст пациентов соответственно составил 59±5 и 60±6 лет в основной и контрольной группах. В обеих группах преобладали лица женского пола (63–65%).

Основные Fast-track факторы, которые применялись нами при хирургическом лечении пациентов с ГД при выполнении аллопластики:

- предоперационные: предоперативное обучение пациентов, отказ от голодания перед операцией, оптимизация дооперационного уровня гемоглобина, употребление достаточного количества витамина С (особенно курильщики), предупреждение запоров до операции, предоперационная гидратация, антибиотикопрофилактика;
- интраоперационные: использование регионарной анестезии и про-

лонгированной анальгезии, мини-инвазивных техник, уменьшение операционных стрессовых факторов: предупреждение периоперационной гипотермии, минимизация кровопотери, отказ от рутинной установки дренажей, назогастрального зонда, применение высоких концентраций O_2;

- послеоперационные: раннее энтеральное питание, ранняя активизация пациентов, контроль и рестрикция инфузионной терапии, эффективный контроль боли, проведение упреждающего обезболивания, максимальное уменьшение или отказ от использования опиоидных анальгетиков, использование прокинетиков, предупреждение тошноты и рвоты, раннее удаление уретрального, венозных и эпидурального катетеров, дренажей.

Углубленное изучение патофизиологических особенностей, которые приводят к увеличению выраженности послеоперационных осложнений, позволило более дифференцированно влиять на отдельные компоненты патогенеза, такие как боль, тошнота и рвота, вызванные динамичным парезом кишечника, гипоксией и нарушением сна, голоданием и иммобилизацией, длительным наличием в организме посторонних тел (таких как дренажи, катетеры, зонды).

Эффективность программы FTS была оценена по показателям динамики ПБС, скорости восстановления функции желудочно-кишечного тракта, активизации пациентов, срокам пребывания на больничной койке и наличию осложнений. В качестве основных критериев эффективности нами были изучены показатели интенсивности боли и необходимости дополнительного обезболивания.

Для клинического подтверждения характера ПБС и для оценки интенсивности острой боли использовали визуальную аналоговую шкалу (Visual Analog Scale, VAS). Нами исследована динамика изменения интенсивности ПБС, активизации пациентов в послеоперационном периоде в зависимости от вида обезболивания при аллопластике по поводу ГД. Мы изучали клиническую эффективность мелоксикама (препарата Мовалис (Movalis) производства компании «Берингер Ингельхайм», форма выпуска – Мовалис амп. 15 мг/1,5 мл), который назначался пациентам с ГД в схемах комплексного лечения ПБС по показаниям в соответствии с инструкцией по применению, утвержденной МОЗ Украины. Пациенты контрольной группы получали декскетопрофен и омнопон.

Антикоагулянтная терапия в обеих группах проводилась согласно выявленным факторам риска.

Наблюдение для оценки результатов начиналось в день оперативного вмешательства и завершалось в период от 5-х до 14-х суток после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов основной группы мы отказались от проведения предоперационного голодания, разрешали пить воду за 2 ч до операции.

Продленная эпидуральная анестезия 0,125%-м раствором маркаина выполнялась у 37% пациентов основной группы, тогда как все пациенты контрольной группы оперированы под эндотрахеальным наркозом. Продленную эпидуральную анестезию считали предпочтительной при

обширных вмешательствах, при явлениях спаечной болезни, у пожилых пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском. Учитывали пожелания пациентов, их состояние, технические возможности проведения. При операциях, меньших по обьему, травматичности, где в постановке эпидурального катетера не было необходимости, основное внимание уделяли контролю ПБС. Продленная эпидуральная аналгезия показала значительно более высокий уровень обезболивания по сравнению с использованием опиоидов, в то же время способствовала ранней стимуляции кишечника, уменьшению общих осложнений.

В основной группе в большинстве случаев (89,3%) объемом операции была аллопластика sublay, причем в 46,6% из них применялись «облегченные» сетки, 9,7% пациентов оперированы лапароскопически. В контрольной группе все оперированы по методике sublay с использованием наиболее распространенных «тяжелых» сеток.

Адекватное обезболивание, отсутствие негативных последствий опиоидов, мотивирование пациентов способствовало ранней активизации лиц основной группы. Проведенный анализ активизации пациентов в послеоперационном периоде показал, что 94% пациентов основной группы начинали вставать с постели с 1-го дня после операции, тогда как в контрольной – только 39%.

Пациентам основной группы с первого дня разрешали оральный прием воды, жидкой пищи, не дожидаясь активной перистальтики, что хорошо переносилось ими. Все пациенты основной группы для предупреждения тошноты, рвоты, улучшения перистальтики в раннем послеоперационном периоде получали метоклопрамид по 2,0 мл внутримышечно 2–3 раза в сутки до 3 дней, тогда как в контрольной – по необходимости. Пролонгированная эпидуральная анестезия, ранняя активизация пациентов, раннее энтеральное питание, отказ от опиоидов способствовали быстрому восстановлению функционирования желудочно-кишечного тракта у пациентов основной группы в послеоперационном периоде.

Независимо от выявленных факторов риска, с целью предупреждения тромбоэмболических осложнений у всех пациентов основной группы проводили следующие мероприятия: планирование операции не в жаркую пору года, отказ от дооперационного голодания, предоперационная гидратация, эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация в послеоперационном периоде. Использование данных мероприятий при выполнении менее травматичных хирургических вмешательств позволило нам не проводить рутинно стандартную антикоагулянтную терапию у пациентов основной группы.

Использованные нами принципы многоплановой сбалансированной анальгезии, которая предполагала комбинирование различных анальгетиков, способствовали улучшению обезболивания, уменьшению побочных эффектов от использования опиоидов. Интенсивность боли и необходимость в дополнительном обезболивании была на 59,0% меньше в исследовании с положительным результатом при комбинированном использовании мелоксикама и декскетопрофена, чем при совместном использовании декскетопрофена и омнопона. Наблюдали уменьшение количества введения наркотических анальгетиков на 69% в основной группе по сравнению с контрольной. Изолирован-

ное использование мелоксикама оказалось более эффективным, чем декскетопрофена, в 55,6% и 20% исследований соответственно.

После проведенной терапии отмечалось значительное уменьшение интенсивности ПБС в обеих группах, причем его динамика оказалась более выраженной в основной. Интенсивность болевого синдрома в основной группе пациентов, получавших мелоксикам, на 5-е сутки уменьшилась на 4,89 балла по ВАШ по сравнению с 1-м днем, в то время как в группе получавших декскетопрофен снижение болевого синдрома составило всего 2,32 балла по ВАШ.

Полученные данные позволяют считать, что базисное применение мелоксикама в виде монотерапии или при сочетанной анальгезии для профилактики и лечения ПБС при аллопластике брюшной стенки по поводу грыжевых дефектов более эффективно, чем использование других НПВП и опиоидов, приводит к длительному выраженному обезболивающему и противовоспалительному эффектам, позволяет уменьшить количество или отказаться от применения наркотических анальгетиков и негативных эффектов, характерных для них.

Также нами выделены дополнительные критерии эффективности мелоксикама, которые были оценены следующим образом: вводится 1 раз в сутки – длительный эффект, возможность проведения упреждающего обезболивания; часто не требует дополнительных введений анальгетиков; устойчивый регресс признаков системной воспалительной реакции, нормализация лейкоцитарной формулы; не влияет на время кровотечения, особенно на фоне антикоагулянтов. Сочетанное использование мелоксикама и антикоагулянтов в исследуемых группах не влияло на развитие послеоперационных кровотечений и гематом.

На основании вышесказанного нами были определены следующие пути предупреждения хронизации послеоперационной боли: устранение предоперационных болей, применение регионарных техник анестезии, упреждающего обезболивания, мониторинга уровня боли, сбалансированной аналгезии, селективных НПВП (мелоксикам, ревмоксикам).

Адекватно выполненная операция, отсутствие натяжения в зоне аллопластики способствовали уменьшению у наших пациентов интенсивности ПБС. Применение дифференцированного подхода к выбору метода аллопластики у пациентов основной группы с большими дефектами и высоким операционно-анестезиологическим риском, который предусматривал интраоперационное моделирование состояния брюшной стенки, как после аллопластики, создание оптимального объема брюшной полости с внутрибрюшным давлением не более 15 мм рт. ст. позволило уменьшить количество общих послеоперационных осложнений до 1,4%, что подтверждает высокую эффективность выбранной концепции.

Общие осложнения (по одному в обеих группах) в виде пневмонии, которые развились на фоне дополнительных введений опиатов, можно в определенной степени связать с угнетающим действием этих препаратов на дыхательный центр.

У пациентов основной группы местных осложнений со стороны зоны операции не наблюдалось, тогда как в контрольной группе было обнаружено формирование серомы – у 2 пациентов (2,7%), инфильтра-

та послеоперационной раны – у 1 (1,4%). Использование «облегченных» сетчатых имплантатов при аллопластике брюшной стенки по поводу ГД позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений в 3 раза по сравнению с аллопластикой «тяжелыми» сетками. Разносторонний профилактический подход способствовал не только уменьшению раневых осложнений, но и количеству и длительности выделений из раны в послеоперационном периоде.

Применение «облегченных» сеток, прецизионной техники, тщательного гемостаза позволило не выполнять дренирования при аллопластике ГД у 18 пациентов (24,7%) основной группы. Раннее удаление дренажей, катетеров, зондов способствовало более ранней активизации наших пациентов, уменьшало у них болевые ощущения, количество осложнений (уретрит, флебиты и другие), сокращало период реабилитации.

Критериями длительности пребывания пациента в стационаре считали: состояние послеоперационной раны, основных показателей жизнедеятельности организма, что в большинстве случаев нормализовалось на 5–8-е сутки после операции. Средний койко-день составил 6,9±3,1 дня в основной, 7,6±2,3 дня – в контрольной группе.

Приведенные данные свидетельствуют о большом лечебном и социально-экономическом потенциале программы FTS, что значительно повысило эффективность лечения, ускорило сроки реабилитации данной категории пациентов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование программы Fast track surgery при проведении аллопластики у пациентов с грыжевыми дефектами позволяет значительно улучшить результаты их лечения, способствует уменьшению послеоперационных осложнений, более быстрому выздоровлению и ранней выписке из стационара.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Basse L., Thorbol J.E., Lossl K., Kehlet H. (2004) Colonic Surgery With Accelerated Rehabilitation or Conventional Care. *Dis Colon Rectum,* vol. 47, no 3, pp. 271–278.
2. Delaney C.P. (2009) Clinical perspective on postoperative ileus and the effect of opiates. *Neurogastroenterol. Motil.,* vol. 16, no 2, pp. 61–66.
3. Grigoras I. (2007) Fast-track surgery – a new concept the perioperative anesthetic management. *Jurnalul de Chirurgie*, vol. 3, no 2, pp. 133–137.
4. Kehlet H., Holte K. (2001) Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br. J. Anaesth.,* vol. 87, no 1, pp. 62–72.
5. Kitching A.J., O'Neill S.S. (2009) Fast-track surgery and anesthesia. Continuing Education in Anesthesia, *Critical Care&Pain*, vol. 9, issue 2, pp. 39–43.
6. Wichmann M.W., Roth M. Jauch K.W., Bruns C.J. (2006) A prospective clinical study for multimodal "fast-track" rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery. *Rozhl. Chir.*, vol. 85, no 4, pp. 169–175.

Поступила / Received: 07.04.2016
Контакты / Contacts: lrb@online.ua