

МУЛЬТИМОДАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТОМУ КИШЕЧНИКУ

Пазинич З., Пазинич А.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Післяопераційний біль (ПБ) є одним із найважливіших обтяжуючих факторів у ранньому післяопераційному періоді, який прямо впливає на термін відновлення пацієнтів після операції, перебування їх у стаціонарі та повернення до активного життя. Основною складовою мультимодальної аналгезії (ММА) є одночасне призначення двох і більше анальгетиків і/або використання декількох методів знеболення, які мають різні механізми дії, що дає змогу досягти адекватної аналгезії та мінімізувати побічні ефекти. В даний час ММА поряд з інфузійною терапією, раннім ентеральним харчуванням та ранньою активізацією пацієнтів становить основу програми прискореної реабілітації пацієнтів у хірургії. У комплексі оптимізації периопераційного ведення пацієнтів, епідуральне знеболення впливає не тільки на інтенсивність больового синдрому, а й зменшує тривалість післяопераційного парезу кишечника, за даними окремих досліджень скорочуючи терміни госпіталізації після операцій на товстому кишечнику.

Мета дослідження: порівняти ефективність та безпеку схем знеболення, що включають системне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) – парацетамол, декскетпрофен, нефопам; наркотичних анальгетиків (морфін) та епідурального введення місцевого анестетика (бупівакаїн), а також підвищити якість ведення хворих із застосуванням мультимодального знеболення після оперативних втручань на товстому кишечнику.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування 24 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КП «1-а МКЛ ПМР» після абдомінальних хірургічних втручань на товстому кишечнику. Для периопераційної аналгезії у 5 пацієнтів використовували подовжену епідуральну аналгезію у комбінації з НПЗП: парацетамол, декскетпрофен, нефопам у стандартних дозах (1-а група); у 7 пацієнтів – наркотичні анальгетики та НПЗП у стандартних дозах без регіонарного знеболення (2-а група); 12 пацієнтів отримували стандартну схему післяопераційного знеболення: парацетамол 100 мг в/в +

декскетопрофен 50 мг в/м + нефопам 20 мг через 8 год без наркотичних анальгетиків та додаткових регіонарних методів знеболення (3-я група). Після операції оцінювали час екстубації трахеї, загальну дозу наркотичних анальгетиків, рівень болю за 10-бальною цифровою рейтинговою шкалою (ЦРШБ), частоту випадків післяопераційної нудоти та блювання (ПОНБ), відходження газів та час активної мобілізації пацієнтів, рівень задоволеності анальгетичним режимом та кількість проведених ліжок/днів у післяопераційному періоді.

Результати дослідження. У 1-й групі інтраопераційна доза фентанілу була вдвічі меншою, а пацієнти були екстубовані всередньому на $32,7 \pm 2,8$ хвилини раніше, ніж у 2-й групі. Після операції рівень болю був на 2 бали вищим за ЦРШБ у 3-й групі, ніж у перших двох групах. У 1-й групі випадки ПОНБ відмічались у 2 рази рідше, ніж у пацієнтів із груп 2 і 3. У 1-й групі пацієнти стали мобільними через $10,6 \pm 1,1$ годин, у 2-й групі – через $17,2 \pm 2,1$ години, а у 3-й – через $22,4 \pm 1,7$ години після операції. З 1-ї групи 95 % хворих були задоволені анальгетичним режимом на рівні «відмінно», а 5% – як «добре»; у 2-й групі 82% – як «добре», 7% – «відмінно», 11% – «задовільно»; у 3-й – лише 48% як «добре», 39% – як «задовільно» і решта 13% – як «незадовільно». Пацієнти у 1-й групі провели 11 ± 3 ліжок/днів, у 2-й – 14 ± 2 ліжок/днів, у 3-й – 17 ± 3 ліжок/днів.

Висновки. Застосування мультимодального знеболення в порівнянні з класичними схемами використання НПЗП, наркотичних анальгетиків з метою периопераційного знеболення пацієнтів після операцій на товстому кишечнику, показало достовірно більшу ефективність за рахунок мінімізації застосування наркотичних анальгетиків під час операції та у післяопераційному періоді, більш виражену анальгетичну дію у периопераційному періоді, зменшення частоти випадків ПОНБ, скорочення проведених ліжок/днів та прискорення активізації пацієнтів.