

Всім пацієнтам під час операції була проведена комбінована інгаляційна низькопоточна анестезія севофлюраном, у поєднанні з періопераційною мультимодальною аналгезією.

Результати. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалась за допомогою пакету аналізу статистичних даних EZR (R-Statistics) та авторського пакету “Medstat” (Лях Ю. Є., Гурьянов В. Г., 2004-2011 р.р.).

Частота виникнення ПОНБ в першій групі склала 6,7% (ДІ = 95 %, 0,6-18,8 , p=0,05), в другій – 93,8% (ДІ=95%, 82,4-99,5 p=0,05). Було встановлено, що частота виникнення ПОНБ також пов'язана із зменшенням рівня болю за ВАШ в перші години після операції.

Висновки.

1. Парацетамол може знижувати частоту ПОНБ за умови введення під час операції, але не при післяопераційному знеболенні.

2. Можливо, антиеметичні ефекти внутрішньовенного інтраопераційного введення парацетамолу пов'язані не тільки із зменшенням загальної дози опіоїдів, але й з прямими механізмами впливу парацетамолу на ЦНС .

3. Біль є самостійним чинником ПОНБ поряд із загальновідомими тригерами – опіоїдами та гіпнотиками.

Шапринський В.О., Шапринський Є. В., Гомон М. Л., Шапринська Л. А.

ПЕРІОПЕРАЦІЙНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ СТЕНОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця

Актуальність. Лікування стенозуючих захворювань стравоходу залишається на сьогоднішній день невирішеною проблемою, що підтверджується високим рівнем ускладнень та післяопераційної летальності: від 3 до 30 % відповідно. Це обумовлено тим, що більшість даних хворих

госпіталізується у занедбаному стані, а саме: з 4 та 5 ступенями непрохідності стравоходу та у стані кахексії. Тому для запобігання та зменшення кількості ускладнень доцільним є проведення інтенсивної періопераційної терапії хворим зі стенозуючими захворюваннями стравоходу.

Метою нашої роботи є покращення результатів лікування хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу на основі правильно обраної лікувальної тактики та проведення адекватної періопераційної інтенсивної терапії.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз оперативного лікування 177 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу. При розподілі за нозологіями встановлено, що післяопікові рубцеві стриктури стравоходу спостерігались у 64, післяопераційні рубцеві стриктури – у 32, стриктури на тлі рефлюкс-езофагіта – у 16, рак стравоходу – у 65. Хворим основної групи (77 пацієнтів) згідно методу логістичної регресії були відібрані найбільш вагомі прогностичні критерії виникнення післяопераційних ускладнень, а саме: наявність технічних труднощів під час операцій, коефіцієнт моделі = 4,1399 з $p=0,0083$; наявність цукрового діабету, коефіцієнт моделі = 3,2766 з $p=0,0693$, рівень альбумінів плазми крові менше ніж 25 г/л, коефіцієнт моделі = 3,2932 з $p=0,0224$; повна непрохідність стравоходу, коефіцієнт моделі = 0,8492. В результаті врахування обраних прогностичних критеріїв була розроблена лікувальна тактика, яка полягала в інтенсивній підготовці хворого до подальшої езофагопластики у відділенні реанімації та інтенсивної терапії у пацієнтів з високим та середнім ступенем ризику розвитку ускладнень.

На передопераційному етапі, з метою покращення живлення товстокишкового трансплантата і попередження післяопераційних ускладнень проводили запропоновану інфузійну терапію за 1 добу до операції, що включала: внутрішньовенне введення 4 мл 5 % розчину мексідолу 2 рази на добу, 100 мл тівортіну 1 раз на добу, 1 мл 1 % розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно 2 рази на добу. Інтраопераційно також проводили

запропоновану інфузійну терапію протягом виконання реконструктивно-відновного оперативного втручання. У післяопераційному періоді курс запропонованої інфузійної терапії складав 7 діб. При наявності назогастрального зонду або гастростоми проводили ентеральне харчування сумішами підвищеної калорійності.

Результати та обговорення. У хворих основної групи в результаті застосування запропонованої лікувальної тактики, періопераційної інфузійної терапії відбувалась більш швидка стабілізація лабораторних, біохімічних показників в післяопераційному періоді. Її використання дозволило знизити рівень неспроможності швів анастомозів з 14,00 % до 5,19 % ($p < 0,05$), виникнення стриктур стравохідно-органичних анастомозів з 20,00 % до 10,39 % ($p < 0,01$), скоротити тривалість перебування хворих на лікарняному ліжку з $26,1 \pm 1,1$ до $22,0 \pm 0,5$ ліжко-дня ($p < 0,001$), тривалість післяопераційного періоду – з $19,5 \pm 1,1$ до $15,2 \pm 0,7$ ліжко-дня ($p < 0,01$) та знизити рівень післяопераційної летальності з 6,00 % до 2,60 %.

Висновки. В результаті застосування розробленої нами лікувальної тактики, періопераційної інтенсивної терапії у хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу встановлено, що перебіг післяопераційного періоду є більш сприятливим, ніж у хворих, яким під час лікування не використовували запропоновані методики. Їх використання дозволило достовірно знизити рівень післяопераційних ускладнень, скоротити тривалість перебування хворих в стаціонарі та знизити післяопераційну летальність.

Шавлюк Р.В.

ПАТОФІЗІОЛОГІЯ БОЛЮ В ПЕРЕБІЗІ ПЛОНІДАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця