

УДК 617.55-006-089.5+615.211

ЗАСТОСУВАННЯ ДАЛАРГІНУ ЯК СКЛАДОВОЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЙ ВЕЛИКОГО ОБСЯГУ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

О. О. Семікоз, А. І. Качур, С. П. Сороко, В. Є. Федченко

Дорожня лікарня № 2 на станції Ясинувата

Ключові слова: анестезія, даларгін, онкологічні захворювання, біль, ад'ювантні препарати.

Досконале анестезіологічне забезпечення на сьогодні пов'язане із застосуванням ад'ювантних (допоміжних) препаратів, що збільшують антистресовий ефект і поліпшують хід знеболювання, сприяють реконвалесценції хворих [7].

Ми поставили за мету дослідити ефективність даларгину як складової анестезіологічного забезпечення під час черевних втручань великого обсягу у хворих онкологічного профілю.

Даларгін — синтетичний стабільний аналог лейенкефаліну, гексапептид за хімічним складом. Період напіввиведення препарату становить 10—15 хвилин. Має приблизно однакову активність стосовно впливу на α - і δ -опіатні рецептори, чим зумовлює знеболювальний ефект. Препарат справляє протистресовий ефект, завдяки чому знижуються стрес-індукований рівень АКТГ і кортизону в плазмі, запобігає розвитку гіпоінсулінемії [3]. Застосування даларгину поліпшує мікроциркуляцію та запобігає розвитку централізації кровообігу [2].

Треба відзначити здатність препарату стабілізувати гемодинаміку, є підстава вважати, що даларгін має кардіопротекторні властивості [5], він справляє гепатопанкреатопротекторний ефект, сприяє відновленню тканини [6].

Матеріали та методи дослідження

Досліджено 24 хворих (основна група) віком від 55 до 76 років, яким були проведені втручання у зв'язку з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Тяжкість стану хворих відповідала III—IV класу за шкалою ASA.

Проведені операції:

- субтотальна резекція шлунка — 4,
- на товстій кишці — 8,
- на прямій кишці — 5,
- білідигестивні — 7.

Контрольна група складалася з 18 хворих, оперованих у зв'язку з онкопатологією шлунково-кишкового тракту. Операції, проведені у контрольній групі:

- субтотальна резекція шлунка — 2,
- на прямій кишці — 4,
- на товстій кишці — 7,
- білідигестивні — 5.

В обох групах методом знеболювання була тотальна внутрішньовенна анестезія в умовах ШВЛ. Для введення в наркоз використовували тіопентал 2—6 мг/кг у поєднанні з ГОМК 40—100 мг/кг або кетамін ($2,1 \pm 0,32$) мг/кг. Підтримування анестезії: фентаніл ($1,4 \pm 0,46$) мкг/кг/год, ГОМК ($62 \pm 6,42$) мг/кг/год, кетамін ($1,2 \pm 0,24$) мг/кг/год. Проводили однотипну премедикацію із застосуванням холінолітиків (атропін 0,1 % — 0,01 мг/кг), протигістамінних (димедрол 1 % — 1,0), наркотичних анагетиків (омнопон 2 % — 1,0). В основній групі використовували даларгін в інтраопераційному періоді в/венно крапельно в дозі 45—55 мг/кг/год. У післяопераційному періоді даларгін вводили внутрішньом'язово в дозі 1 мг 2 рази на добу.

Хворим обох груп у післяопераційному періоді з метою знеболення вводили наркотичні анагетики (омнопон) в/м в разовій дозі 20 мг. При цьому кількість ін'єкцій за добу залежала від інтенсивності болю.

Для оцінки інтенсивності болю застосовували 10-бальну візуально-аналогову шкалу (ВАШ), за якою 0 балів означає відсутність болю, а дуже сильному болю відповідає значення 10 балів [1].

Якщо рівень больового синдрому був меншим за 3 бали, результат знеболювання вважали добрим, якщо меншим від 5 балів — задовільним [4].

Для оцінки стабільності гемодинаміки застосовували показник стабільності гемодинаміки (ПСГ). Він обчислюється як частка від ділення суми коефіцієнтів варіації гемодинамічних показників на кількість цих показників і відображує міру сталості чи монотонності гемодинамічних показників у періопераційному періоді. При цьому априорно припускаємо, що більш адекватне знеболення забезпечує менші зміни гемодинаміки. Чим менший ПСГ, тим стабільніша гемодинаміка. Перебіг періопераційного періоду вважаємо добрим,

коли показник має значення до 10 %, задовільним — 10—20 % і незадовільним, якщо його значення перевищує 20 %. З математичного погляду це відповідає оцінці міри розсіювання варіант навколо середньої за допомогою коефіцієнта варіації. В інтраопераційному періоді гемодинамічні показ-

Таблиця 1. Інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді у хворих основної і контрольної груп ($M \pm m$) у балах

Час, що пройшов після операції, год	Контрольна група	Основна група
2	5,80±0,11 *	3,40±0,13
4	5,70±0,14 *	3,50±0,08
8	5,60±0,15 *	4,20±0,12
12	4,30±0,11 *	3,90±0,10
24	4,40±0,12	3,00±0,09
48	3,50±0,10 *	2,70±0,13
72	5,30±0,12	3,20±0,11

* $P < 0,05$ порівняно з основною групою.

Таблиця 2. Добова доза наркотичного аналгетика омнопон у післяопераційному періоді у хворих основної і контрольної груп ($M \pm m$), мг

Доба після операції	Контрольна група	Основна група
перша	112,2±2,4 *	86,4±2,8
друга	84,0±2,2 *	54,0±2,0
третя	58,0±1,8 *	42,0±1,4

* $P < 0,05$ порівняно з основною групою.

Таблиця 3. Показник стабільності гемодинаміки в післяопераційному періоді у хворих основної та контрольної груп ($M \pm m$), %

Період	Контрольна група	Основна група
Інтраопераційний	12,48±1,26 *	9,46±1,14
Післяопераційний	12,63±1,22 *	8,52±1,12

* $P < 0,05$ порівняно з основною групою.

ники реєстрували кожні 5 хвилин, у післяопераційному періоді кожну годину.

Результати та їх обговорення

Інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді у хворих основної та контрольної груп подано в табл. 1.

З наведених даних випливає, що застосування даларгіну забезпечує достовірно більш високий рівень знеболення в період перших двох діб після операційного періоду. При цьому у більшості хворих основної групи знеболення можна оцінити як добре. У хворих контрольної групи знеболення можна оцінювати як задовільне.

На третю добу післяопераційного періоду відмінність у якості знеболення стає недостовірною. Очевидно, це має зв'язок із загальним зниженням рівня больового синдрому.

Кількість введеного наркотичного аналгетика омнопону була достовірно нижчою у хворих основної групи на всіх етапах дослідження (табл. 2).

Показник стабільності гемодинаміки (табл. 3) у хворих основної групи був нижчим, як в інтраопераційному, так і в післяопераційному періодах. Більша стабільність гемодинаміки у хворих основної групи досягалася за рахунок зниження кількості хворих як з підвищеним, так і зі знизеним артеріальним тиском. У цій групі достовірно нижчою була і кількість хворих із тахікардією. Загалом у хворих основної групи частіше мав місце еукінетичний тип кровообігу, що ми розцінюємо як позитивний факт.

Висновки

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що застосування даларгіну як компонента анестезіологічного забезпечення онкологічних операцій великого обсягу дає змогу істотно поліпшити якість післяопераційного знеболювання, з одночасним зниженням доз наркотичних аналгетиків, домогтися більшої стабільності гемодинаміки в післяопераційному періоді, а також досягти більш швидкої реконвалесценції хворого.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Лебедева Р. Н., Маячкин Р. Б., Никода В. В. и др. Методы применения кеторолака трометамин у больных в раннем послеоперационном периоде // *Анестезиология и реаниматология*.— 1997.— № 5.— С. 98—102.
2. Лисаченко Г. В., Слепушкин В. Д., Золоев Г. К. Влияние даларгина на гемодинамику при остром инфаркте миокарда, осложненном клинической смертью // *Там же*.— 1992.— № 4.— С. 57—59.
3. Малышев В. Д., Слестников С. В., Свиридов С. В. и др. Применение даларгина как компонента послеоперационного обезболивания у лиц пожилого и старческого возраста // *Там же*.— 1995.— № 1.— С. 66—68.
4. Никода В. В., Лебедева Р. Н., Артамошин М. П. и др. Сравнительная оценка применения налбуфина и бупренорфина в условиях оказания догоспитальной помощи // *Там же*.— 1998.— № 5.— С. 23—28.
5. *Практическое руководство по анестезиологии* / Под ред. В. А. Лихванцева.— М.: Медицинское информ. агентство, 1998.— 288 с.
6. Слепушкин В. Д. Нейропептиды в анестезиологии и реаниматологии // *Анестезиология и реаниматология*.— 1997.— № 6.— С. 59—62.
7. *Морган-мл. Дж. Э., Михаил М. С.* Клиническая анестезия: Пер. с англ.— М. — СПб.: БИНОМ — Невский диалект, 2000.— Книга 1-я.— 396 с.

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА КАК КОМПОНЕНТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Е. А. Семикоз, А. И. Качур, С. П. Сороко, В. Е. Федченко

Авторы статьи произвели оценку синтетического гексапептида даларгина как компонента анестезиологического пособия при обширных абдоминальных операциях у больных онкологического профиля. Доказаны анальгетический эффект, стабилизирующее влияние препарата на гемодинамику пациента в интра- и послеоперационном периоде, ускорение реабилитации.

APPLICATION OF DALARGIN AS A COMPONENT OF ANESTHETIC RELIEF OF THE MANUAL AT EXTENSIVE OPERATIONS ON ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY AT THE PATIENTS ONCOLOGY OF A STRUCTURE

O. O. Semikoz, A. I. Kachur, S. P. Soroko, V. E. Fedchenko

The authors of the clause have made an estimation of synthetic geksapeptida dalargina as a component of anesthesiological manual at extensive abdominales operations at the oncological patients. It was proved the existance of an analgesics effect stabilizing influence on hemodynamics of the patient in intra- and postoperative period, contribution to acceleration of rehabilitation.