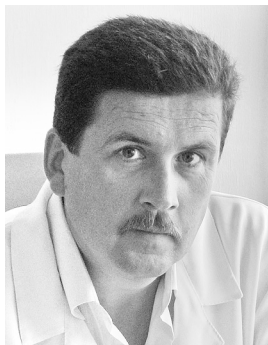




УДК 617.557–007.43–089



С.І. Іващук, О.Й. Хомко, М.Д. Крикливець, О.О. Хомко

Деякі аспекти курації хворих при виконанні планової пахової герніотомії у стаціонарі короткого перебування

Буковинський державний медичний університет, Чернівці,
Вузлова клінічна лікарня на станції Чернівці ДТГО «Львівська залізниця»,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Ключові слова: стаціонар одного дня, герніотомія, знеболювання.

Амбулаторна герніотомія, незважаючи на її перспективність, досі не набула широкого розповсюдження. За даними різних авторів, не менше 60% хворих мають лікуватися в умовах денного хірургічного стаціонару. В США, Канаді, Німеччині та Італії амбулаторна герніохірургія почала розвиватися в 50-х роках минулого століття [1–4]. В Україні її застосовують протягом останніх 5 років. Широкому впровадженню амбулаторної герніотомії перешкоджає консерватизм хірургів щодо необхідності дотримання суворого постільного режиму, невизначеність методики знеболювання, ризик виникнення післяопераційних ускладнень. Водночас економічні та психологічні переваги денного хірургічного стаціонару чи стаціонару короткого перебування з подальшою передачею хворого під нагляд сімейному лікарю, є незаперечними [5, 6]. Особливо це стосується пахових і стегнових гриж.

Забезпечення адекватної курації хворого починається у передопераційному періоді, коли оцінюють психологічну готовність пацієнта до хірургічного втручання [7, 8]. Сумніви у сприятливому перебігу операції, лабільна нервова система, тривога, зумовлена стереотипом «операція – біль» змушують проводити неодноразові бесіди із хворим. Адже хворі перед операцією готуються до чогось «страшного». Лікар пояснює суть операції та особливості післяопераційного періоду, неодноразово наголошує на відсутності болю чи незначному його прояві. У деяких випадках прийнятним є призначення заспокійливих. Увагу хворого акцентують на нетривалості його перебування у стаціонарі, таким чином підсвідомо створюють психологічну готовність до хірургічного втручання і надають впевненості в успіху операції. Не менш важливою є віра хворого в хірурга. Забезпечення адекватного знеболювання хворого у післяопераційному періоді є одним із найважливіших завдань, оскільки, за даними багатьох дослідників, неадекватну та неефективну аналгезію у ранньому післяопераційному періоді відзначено у 30–50% хворих [9, 10].

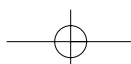
Деякі автори пояснюють післяопераційний біль впливом пошкоджуючого фактора з наступною стресорною реакцією, яка, залежно від умов, може включати різні рівні відповіді. Наймобільнішим є поріг чутливості, зумовлений функцією гіпоталамо-гіпофізарно-кортико-адреналової системи. Модулювання та підтримання необхідного рівня діяльності ЦНС з використанням шадного режиму на всіх етапах амбулаторного лікування хворих знижують рівень больового синдрому.

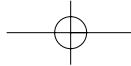
Зазвичай госпіталізація хворого у стаціонар відбувається планово, у день операції. Палату вибирають з нетяжкими хворими та хворими зі сприятливим перебігом захворювання. Враховуючи атмосферу хірургічного стаціонару (тяжкохворі, які потребують серйозних хірургічних утручань, ймовірність серйозних ускладнень і навіть летального наслідку, наявність госпітальної інфекції), ми намагаємося звести до мінімуму передопераційне перебування хворого у стаціонарі.

Мета роботи – оцінити ефективність різних схем знеболювання в післяопераційному періоді після планової герніотомії з приводу паховинної грижі.

Матеріали та методи

Проведено порівняння ефективності двох схем знеболювання хворих у післяопераційному періоді після виконання герніотомії. За першою схемою (1-ша група хворих – 20 осіб) хворі отримували знеболювальні традиційно «за вимогою», тобто тоді, коли відчували появу чи посилення болю. За другою схемою (2-га група – 57 осіб) знеболювання здійснювали відразу після завершення хірургічного втручання. Знеболювання виконували, навіть якщо хворі не відчували болю, причому аналгетики вводили кожні 2–3 год впродовж першої післяопераційної доби та кожні 4–6 год впродовж другої. При цьому керувалися принципом, що хворий не повинен відчувати біль, а тим більше чекати того моменту, «коли вже не можна терпіти». Враховували час, необхідний для того щоб





Таблиця

Стан хворих у післяопераційний період

Показник	Часовий показник	1-а група	2-а група
Час до вставання, год	12	43%	100%
	24	55%	
	Після 24	2%	
Час до відходження газів, год	До 18	3%	43%
	24	75%	57%
	36	20%	
	48	2%	
Час до вимоги знеболювальних препаратів, год	24	—	23%
	36	53%	77%
	48	39%	
	72	8%	
Перехід на амбулаторне лікування, доба	1		1%
	2		43%
	3		56%
	4	3%	
	5	14%	
	6	62%	
	7	21%	
Частота виявлення інфільтрату післяопераційної рани	—	3%	—

препарат подіяв, тобто дотримувалися профілактичного принципу в лікуванні болю (preemptive analgesia).

Враховуючи хронобіологічний мінімум протопатичного больового порога (максимум чутливості), який припадає на 3-тю годину ночі, вважали обов'язковим виконання нічного знеболювання.

Знеболювання у післяопераційний період здійснювали, чергуючи наркотичні та ненаркотичні препарати. Такий підхід був зумовлений тим, що наркотичні анагетика, які реалізують свою дію через опіатні μ -рецептори на спінальному та супраспінальному рівнях, не впливають на первинний (периферичний) пусковий механізм післяопераційного болю. Для знеболювання використовували «Дексалгін», «Кетанов», «Оmnopон», «Промедол».

Усім хворим за 40 хв до операції внутрішньом'язово виконували загальноприйнятну премедикацію: «Промедол» 1% — 1 мл, атропіну сульфат 0,1% — 0,6–0,8 мл, «Димедрол» 1% - 1 мл.

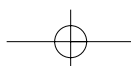
Усі оперативні втручання проводили хірурги практично однакового кваліфікаційного рівня, під місцевою анестезією із застосуванням 0,5 % розчину новокаїну в поєднанні з 2% розчином лі-

докаїну. Під час виконання оперативного втручання максимально намагалися забезпечити відсутність больового відчуття у хворого. Герніотомію виконували без зайвого натягу тканин і стиснення судинних чи нервових структур. Останні ретельно виділяли і відводили від зони маніпуляції. Операції проводили переважно за методикою Бассіні, Мак–Вея (пластика задньої стінки пахового каналу), Жирара–Спасокукоцького–Кімбаровського (передня стінка пахового каналу).

Результати та обговорення

Усі хворі 2-ої групи вставали і починали ходити самостійно в межах палати впродовж перших 12 год після операції (таблиця); хворі 1-ої групи, згідно з традиційними рекомендаціями, — впродовж 24 год після операції.

Отже, знеболювання, проведене за другою схемою (2-га група хворих), асоціювалося з більш раннім та легшим вставанням хворих у післяопераційному періоді, ранішим початком фізичної активності, відмовою від анагетиків та відновленням функцій кишечника. У цій групі були відсутні ускладнення післяопераційного періоду, тоді як у 1-й групі їхня частота становила 3%. У





95% хворих 2-ої групи і 87% – 1-ої після виписування спостерігали відчуття психологічного комфорту.

Висновки

Результати дослідження засвідчили переваги застосування адекватної аналгезії впродовж перших 36 год післяопераційного періоду, ранньої фізичної активації хворих з раннім переведенням на амбулаторне лікування, що дало змогу запобігти

розвитку значної кількості ускладнень післяопераційного періоду та істотно поліпшити якість життя цієї категорії пацієнтів.

Перспектива наукового пошуку. Виявлені переваги методу хірургічного лікування пахвинних гриж у стаціонарі короткого перебування обґрунтовують доцільність хірургічного лікування іншої патології (геморой, варикозне розширення вен нижніх кінцівок) в умовах даного хірургічного стаціонару.

Література

1. Новиков К.В., Раев В.К., Бутузов В.Г. и др. Болевой синдром после пахового грыжесечения, выполненного в условиях дневного хирургического стационара // Хирургия. — 2002. — № 12. — С. 34–37.
2. Gilliard N., Egli Y., Halfon P. A methodology to estimate the potential to move inpatient to one day surgery // BMC Health Services Research. — 2006. — Vol. 6. — P. 78.
3. Gottschalk A., Smith D. New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia // Am. Fam. Phys. — 2001. — Vol. 63. — P. 1079–1084.
4. Iarumov N., Koichev A., Angelov K. et al. Economical and social effectiveness of one day surgical treatment in patients with hernial defects of anterior abdominal wall – results of 7 year study // Khirurgiia. — 2007. — Vol. 1–2. — P. 39–42.
5. Leardi S., Pietroletti I., Angeloni G. et al. Multidisciplinary day surgery unit: seven years' experience // Chirurgia Italiana. — 2008. — Vol. 60 (issue 3). — P. 395–400.
6. Lemos P. Ambulatory surgery in Portugal The 2003 APCA report // J. Ambulatory Surgery. — 2004. — Vol. 10. — P. 179–180.
7. Shetty A., Manimaran N., Reece-Smith H. Direct access day-case hernia surgery: a logical option for reduction in waiting time // J. Ambulatory Surgery. — 2004. — Vol. 11. — P. 41–43.
8. Sturniolo G., Bonanno L., Lo Schiavo M.G. La day-surgery come fattore di riduzione della durata della degenza // Chirurgia Italiana. — 2007. — Vol. 59 (issue 1). — P. 41–52.
9. Toftgaard C. Danish association of day surgery // J. Ambulatory Surgery. — 2004. — Vol. 10. — P. 175–176.
10. Tseng C.C., Lin A.D. Triple-combined herniorrhaphy for inguinal hernia repair: experience of 1411 cases Hepatogastroenterology // Chirurgia Italiana. — 2007. — Vol. 54 (issue 77). — P. 1433–1437.

С.И. Иващук, О.И. Хомко, М.Д. Крыкльвец, Е.О. Хомко

Некоторые аспекты курации больных при выполнении плановой паховой герниотомии в стационаре краткого пребывания

Описаны методические аспекты ведения больных после герниотомии в стационаре краткого пребывания с акцентом на обезболивании. Изучено течение послеоперационного периода у 77 пациентов, оперированных по поводу паховой грыжи.

S.I. Ivashchuk, O.Y. Khomko, M.D. Kruklyvets, O.O. Khomko

Some aspects of the treatment of the patients after planned inguinal herniotomy in one-day hospital

The article describes methodological aspects of the treatment of the patients after herniotomy in one-day hospital with highlighting of the key point of the analgesia. The postoperative period of 77 patients with inguinal hernia was studied.

