

WayScience

4th International Scientific
and Practical Internet Conference

«Future of Work: Technological,
Generational and Social Shifts»

ISBN 978-617-8293-46-8

БЛОКАДА ПІХВИ ПРЯМИХ М'ЯЗИВ ЖИВОТА У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ В ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Данилюк М.Б.

к. мед. н., доцент

ORCID: 0000-0003-4515-7522

em_de@ukr.net

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Больовий синдром є важливою складовою у загальному лікуванні післяопераційних пацієнтів. Значна кількість експериментальних та клінічних досліджень доводять, що сильний біль у ранньому післяопераційному періоді негативно впливає не тільки у гострому періоді післяопераційної травми, а і протягом тривалого часу, що в свою чергу призводить до небажаних ускладнень та погіршення результатів лікування у періопераційному періоді.

Забезпечення адекватної аналгезії в ранньому післяопераційному періоді даної вікової категорії хворих без використання наркотичних анальгетиків дозволяє провести ранню активізацію, профілактику парезу, порушень зі сторони легеневої та серцево – судинної систем і, що дуже важливо, забезпечити коректну оцінку больового синдрому самим пацієнтом для забезпечення повноцінної аналгезії.

Мета. Порівняти ефективність ТАР-блоком з інтраопераційною блокадою прямих м'язів живота під час виконання верхньо – середньої лапаротомії.

Матеріали та методи дослідження. В роботі проведено оцінку післяопераційного знеболення за допомогою ТАР - блоку та інтраопераційної блокади прямих м'язів живота лікарем – хірургом під час виконання верхньо – середньої лапаротомії. Загальна кількість хворих склала 112 (100,0 %) осіб похилого та старечого віку. Середній вік досліджуваної групи склав $71,8 \pm 8,7$ років, з них похилого віку було 62 (55,4 %), а старечого 50 (44,6 %). За гендерною структурою жінок було 58 (51,8 %), чоловіків 54 (48,2 %).

Усі пацієнти розділені на дві групи: в групу порівняння включено 45 (40,2 %) пацієнтів, яким не виконувалось будь якого із методів регіонарного знеболення, а лише післяопераційне введення препаратів декскетопрофену 2,0 мл кожні 8-12 годин та парацетамолу 1000,0 мг кожні 6 годин. У випадку вираженого больового синдрому були додатково призначені наркотичні препарати.

Основна група - 67 (59,8 %) пацієнтів, яким проведено місцеве знеболення під час або після оперативного втручання. Дана група розділена на дві підгрупи: у підгрупу А включено 35 (31,2 %) хворих, яким після закінчення оперативного втручання було виконано ТАР-блок під контролем ультразвукового датчика із субкостального доступу (Th6 – Th9) з використанням 0,25 % розчину бупівакаїну об'ємом по 20,0 мл з додаванням 4,0 мг дексаметазону як адьюванту з обох сторін. В підгрупу В увійшли 32 (28,6 %) хворих, яким проведено інтраопераційне знеболення піхви прямих м'язів живота із двох точок зі сторони очеревини перед зашиванням лапаротомної рани. Вводили 20,0 мл 0,25 % розчин бупівакаїну разом із 4,0 мг дексаметазону у піхву прямого м'язу живота з двох сторін на межі верхнього краю рани, що відповідає субкостальному рівню (Th6 – Th9).

Результати та обговорення.

Оцінка ступеню знеболення усім пацієнтам проведена на 6, 12 та 24 годину після оперативного втручання з використанням шкали оцінки болю NRS.

Аналізуючи результати нами визначено значну різницю в результатах оцінки ступеню больового синдрому в перші 6 годин після оперативного втручання, так у групі порівняння він склав $6,75 \pm 0,75$ балів, тоді як в підгрупі А основної групи – $1,85 \pm 0,45$ балів, $p < 0,0001$, U

= 585,0. Однак при порівнянні підгруп А (1,85±0,45 балів) та В (1,87±0,35 балів) достовірної різниці не виявлено, $p = 0,8934$, $U = 3713$, що свідчить про ефективність обох методів та відсутність різниці між ними на ранніх годинах післяопераційного періоду.

Оцінка на 12 годину післяопераційного періоду показала також значну різницю між групою порівняння 4,83±0,85 балів та підгрупою А - 2,90±0,83 балів, $p = 0,0023$, $U = 862,5$. Такої різниці не було виявлено між підгрупами А (2,90±0,83 балів) та В (3,0±0,52 балів), $p = 0,4523$, $U = 2613$, що вказує на достовірну рівноцінну ефективність обох використаних методів знеболення.

Під час оцінки через 24 години після оперативного втручання нами визначено достовірну різницю та ефективність ТАР - блоку - 2,45±0,35 балів в порівнянні з групою порівняння - 5,20±0,82 балів, $p = 0,0347$, $U = 1329,0$, а також достовірну ефективність блокади піхви прямих м'язів живота - 3,0±0,45 балів, $p = 0,0463$, $U = 1527,5$. Однак при порівнянні результатів у підгрупі А (2,45±0,35 балів) та підгрупі В (3,0±0,45 балів) визначено достовірну різницю, $p = 0,0564$, $U = 1736,2$, що вказує на більшу ефективність ТАБ – блоку у порівнянні з блокадою піхви прямих м'язів живота.

Висновки:

1. Метод мультимодальної аналгезії з використанням ТАР – блоку та нестероїдних протизапальних препаратів достовірно знижує рівень больового синдрому у осіб похилого та старечого віку після ургентної верхньо – серединної лапаротомії.

2. Метод інтраопераційної блокади піхви прямих м'язів живота не показав достовірної різниці з ТАР – блоком через 6 годин $p = 0,8934$, $U = 3713$ та 12 годин, $p = 0,4523$, $U = 2613$ після оперативного втручання, що достовірно підтверджує його ефективність в ранньому післяопераційному періоді.

3. Використання мультимодальної аналгезії знизило частоту нехірургічних післяопераційних ускладнень в основній групі - – 20,9 % у порівнянні з групою порівняння - 40,0 %, $p = 0,0374$, $U = 1174,0$.

Баланаєва О.В. ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИКЛАДАННІ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ	57
Биргазов Д. ВДОСКОНАЛЕНА СИСТЕМА ДОМЕННОЇ РЕФЛЕКТОМЕТРІЇ БРІЛЛЮЕНА З ВИКОРИСТАННЯМ ВИПАДКОВОЇ МОДУЛЯЦІЇ	60
Бишовець І.П. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕХАНІЗМУ ІННОВАЦІЙНОГО УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СФЕРИ	63
Бірюков В.С., Мийня М.М. НАСЛІДКИ ТА ТИПИ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК У ДИТЯЧІЙ НЕФРОЛОГІЇ	66
Боровська Г.А., Анісімова О.М. ДЕЯКІ АСПЕКТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ДОКУМЕНТООБІГУ У ВІДДІЛІ АСПРАНТУРИ ТА ДОКТОРАНТУРИ	69
Бровченко А.І. ЦИФРОВА ПЕДАГОГІКА В СУЧАСНІЙ ДИЗАЙН ОСВІТІ	72
Бурцева О.Г. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ	74
Власенко М.С. РОЛЬ ДИСКУРСИВНИХ МАРКЕРІВ У РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАГМАТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ІСПАНСЬКИХ АДМІНІСТРАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ	77
Волинець Л.М., Халацька І.І., Волинець Я.Є., Янішевський А.А. ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ СТРАТЕГІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПІДПРИЄМСТВ ЛОГІСТИЧНИХ ПРОВАЙДЕРІВ ТА АНАЛІЗУ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ НЕСТАБІЛЬНОГО ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	80
Волошина Ю.І. ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПРАЦІВНИКІВ ХАРЧОВОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ В УМОВАХ АВТОМАТИЗАЦІЇ ТА ЦИФРОВІЗАЦІЇ ВИРОБНИЦТВА	82
Горбачова І.В., Майданович В.І. МОДЕЛЮВАННЯ СТАЛОГО РОЗВИТКУ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ В УМОВАХ РЕФОРМ	84
Горбачова І.В., Патратій В.Я. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ В ОРГАНАХ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ	86
Данилюк М.Б. БЛОКАДА ПІХВИ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ В ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	88
Довга І., Беляєва Н. КОРОТКОСТРОКОВІ ТЕХНІКИ КОНСУЛЬТУВАННЯ В УМОВАХ КРИЗИ	90
Дудка О.М., Ікавець Н.В. КАЛЕЙДОСКОП ФРАКТАЛІВ: STEM-ПРОЄКТ ЯК ВІКНО У СВІТ САМОПОДІБНОСТІ	93
Єпик Д.В. УКРАЇНСЬКЕ КІНО І ВИКЛИКИ КОЛЕКТИВНОЇ ПАМ'ЯТІ: МІЖ ДОКУМЕНТОМ І ХУДОЖНІСТЮ	96
Єпик Л.І. ІСТОРІЯ ТУРИЗМУ ТА КРАЄЗНАВСТВО В СИСТЕМІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ТУРИСТИЧНОЇ ГАЛУЗІ	98
Жабковська О.А., Пробін М. НЕОБХІДНІСТЬ ЗЕЛЕНОЇ ХІМІЇ НА ШЛЯХУ ДО СТАЛОГО ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ УКРАЇНИ	99
Загородня А.А. ЗМІСТ НАЦІОНАЛЬНО-ПАТРІОТИЧНОГО ВИХОВАННЯ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ОСВІТИ	101
Захаров А.В., Савчук О.С. ВИБІР ПРОТОКОЛУ ОБМІНУ ДАНИМИ ДЛЯ ІoT-СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ МІКРОКЛІМАТУ	103
Захарченко Р.М., Расторгуєв В.С., Стецюк М.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ УПРАВЛІННЯ ГЕТЕРОГЕННИМИ АНСАМБЛЯМИ БЕЗПЛОТНИХ АПАРАТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ОПТИМІЗАЦІЙНИХ МЕТОДІВ В ЗАДАЧАХ ЛОГІСТИКИ	106