

Переваги застосування ТАР-блоку для знеболювання після тотальної абдомінальної гістеректомії

М.С. Рибін

Київський міський центр репродуктивної і перинатальної медицини

Мета дослідження: показати переваги лікування больового синдрому у пацієнок після абдомінальних гінекологічних операцій шляхом застосування ТАР-блоку як варіанта післяопераційної аналгезії.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 104 жінки, яким була виконана тотальна абдомінальна гістеректомія. У I групу (контрольну) увійшли 36 жінок, які отримували з метою знеболювання декскетпрофен у дозі 50 мг кожні 8 год та морфіну гідрохлорид у дозі 10 мг внутрішньовенно за вимогою; у II групу – 34 жінки, яким стандартну аналгезію доповнювали пролонгованим ТАР-блоком; у III групу – 34 пацієнтки, у яких проведено знеболювання ЕДА у поєднанні зі стандартною методикою.

Результати. У групах дослідження, де застосовували методи регіонарної аналгезії, відзначали високу ефективність знеболювання у післяопераційний період порівняно із системним введенням наркотичних анагетиків. Найбільш виражений больовий синдром відзначали у контрольній групі. У пацієнок, які отримували подовжений ТАР-блок та ЕДА, фіксували значне зменшення добової потреби у морфіні (група ТАР-блоку – $18,75 \pm 6,4$ мг/добу, група ЕДА – $16,4 \pm 5,2$ мг/добу, контрольна група – $36,25 \pm 5,2$ мг/добу; $p < 0,05$). Середній час до першого запиту морфіну був значно більший у хворих, які отримували подовжений ТАР-блок (група ТАР-блоку – $5,26 \pm 0,03$ год, група ЕДА – $6,34 \pm 0,02$ год, контрольна група – $0,26 \pm 0,01$ год; $p < 0,05$). У пацієнок контрольної групи прояви седативного ефекту наркотичних анагетиків були більш виражені, ніж у пацієнок інших груп, протягом перших двох годин спостереження. Частота випадків виникнення таких ускладнень, як післяопераційна нудота і блювання, мала зв'язок із кількістю та часом введення морфіну.

Заключення. Застосування ТАР-блоку є перспективним компонентом мультимодального режиму аналгезії після абдомінальної гістеректомії у післяопераційний період, достовірно підвищує ефективність післяопераційної аналгезії, покращує комфорт пацієнок, знижує потребу в опіатах, що зменшує виникнення ускладнень.

Ключові слова: абдомінальна гістеректомія, післяопераційне знеболювання, аналгезія, ТАР-блок.

Абдомінальна гістеректомія – одна з найбільш травматичних операцій у гінекологічній практиці, після якої можна очікувати значного післяопераційного дискомфорту та болю [1, 2]. Ефективна післяопераційна аналгезія має ключове значення для полегшення ранньої активізації та профілактики ускладнень післяопераційного періоду [3]. Протягом останнього десятиліття у клінічній практиці домінує мультимодальний підхід, який представляє одночасне призначення препаратів різних фармакологічних груп для досягнення ефекту аналгезії, що дозволяє значно підвищити якість післяопераційного знеболювання, але в акушерсько-гінекологічній практиці використання регіонарних технік обмежувалося епідуральною (ЕДА) та спінальною аналгезією. Отримані за останні роки дані що-

до ефективності блокади поперекового простору для знеболювання органів малого таза (Transversus Abdominis Planeblock – ТАР-блок) зумовили виникнення значного інтересу до неї як до нового методу ефективної післяопераційної аналгезії [4]. У той самий час, за даними літератури [5], відсутні всебічні дослідження ефективності і безпеки методики пролонгованої аналгезії ТАР-блоком у гінекологічних хворих. Комплексне дослідження ефективності пролонгованого ТАР-блоку для післяопераційного знеболювання абдомінальної гістеректомії дозволить визначити місце цієї методики серед інших способів терапії післяопераційного больового синдрому (ПБС) та суттєво поліпшити якість відповідного лікування.

Мета дослідження: показати переваги лікування больового синдрому у пацієнок після абдомінальних гінекологічних операцій шляхом застосування ТАР-блоку як варіанта післяопераційної аналгезії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 104 хворі, у яких була виконана гістеректомія абдомінальним доступом, фізичний статус відповідав I–II класу за оцінкою фізичного стану пацієнта (American Society of Anesthesiologist – ASA). Залежно від методів післяопераційного знеболювання всі жінки були рандомізовані на три групи дослідження. Пацієнткам всіх груп у плановому порядку проводили абдомінальну гістеректомію з приводу фіброміоми матки. Під час оперативного втручання у якості наркозу була виконана тотальна інтравенозна анестезія (ТІВА) у пацієнок I і II груп та комбінована анестезія ТІВА з ЕДА – у пацієнок III групи. Пацієнтки I (контрольної) групи дослідження у післяопераційний період отримували декскетпрофену 50 мг тричі на добу, внутрішньовенно – розчин морфіну гідрохлориду 10 мг за вимогою. Даний різновид післяопераційної аналгезії є рутинним у більшості хірургічних стаціонарів. Жінкам II групи (34 особи) після закінчення операції до екстубації була виконана блокада ТАР-простору з наступною катетеризацією.

Пацієнткам III групи (34 особи) за 30 хв до початку операції виконували пункцію та катетеризацію епідурального простору за стандартною методикою. У післяопераційний період знеболювання проводили розчином 0,0625% бупівакаїну через шприцевий насос зі швидкістю 8 мл/год. Пацієнтки II і III груп отримували додатково системно внутрішньовенно морфін 10 мг за вимогою та декскетпрофен 50 мг кожні 8 год. Усім пацієнткам проводили контроль неінвазивного артеріального тиску, пульсоксиметрії, капнографії, а також частоти дихання. Моніторинг проводили за допомогою реанімаційно-хірургічного монітору Ютас «ЮМ 300Р».

Оцінювання рівня післяопераційного знеболювання проводили за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ): за 100-бальною системою оцінювали больовий синдром перед оперативним втручанням, після екстубації та через 2, 4, 6, 12, 24 год. Крім того, проводили оцінювання больового

синдрому не тільки у стані спокою, а і під час руху (кашлі). Використовували також шкалу седатції Ramsay, у якій виділено 6 рівнів, що відображають діяльність центральної нервової системи – від вираженого збудження до глибокої коми. Усі результати дослідження оброблені статистично.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середня оцінка больового синдрому за ВАШ болю наведена на малюнку. Слід зазначити, що у групах дослідження, де застосовували методи регіонарної анестезії, відзначено високу ефективність знеболювання у післяопераційний період порівняно із системним введенням наркотичних анальгетиків. Найбільш виражений больовий синдром відзначали у контрольній групі морфіну протягом усього дослідження. Максимальне значення за ВАШ фіксували на етапі пробудження та екстубації пацієнток контрольної групи – 60 балів. Під час руху больовий синдром посилювався, його оцінювали на 10–20 балів вище, ніж у стані спокою. У жінок з ЕДА на момент пробудження і транспортування у палату післяопераційного спостереження больовий синдром в абсолютній більшості був відсутній. Переважна кількість жінок, яким після закінчення операції був виконаний ТАР-блок, оцінювали біль у 20 балів у стані спокою, під час руху він не посилювався.

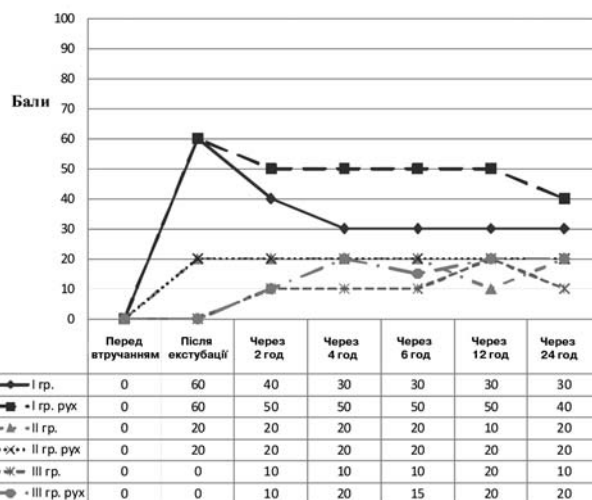
Одним з показників, який свідчить про ефективність післяопераційної анальгезії, є додаткове введення наркотичних анальгетиків «за вимогою» пацієнтки, а також час до початку запиту морфіну. Спостерігали збільшення часу до першого болюсного введення морфіну у II та III групах. У пацієнток, яким було проведено ТАР-блок і ЕДА, перше введення морфіну було виконано через 5,26±0,03 год і 6,34±0,02 год відповідно, у той час як у контрольній групі морфін вводили протягом першої години – у середньому через 0,26±0,01 год (p<0,05). Ця потреба була зумовлена ступенем прояву ПБС.

Добова потреба у морфіні є також одним із показників якості післяопераційної анальгезії. У групах пролонгованого ТАР-блоку та пролонгованої ЕДА фіксували значне зниження потреби у наркотичних анальгетиках. У групі ТАР-блоку потреба в морфіні складала 18,75±6,4 мг/добу, а в групі ЕДА – 16,4±5,2 мг/добу відповідно проти 36,25±5,2 мг/добу у пацієнток контрольної групи (p<0,05).

Різна добова потреба у наркотичних анальгетиках відображена у ступені прояву седативного ефекту у післяопераційний період. У пацієнток контрольної групи прояви седативного ефекту наркотичних анальгетиків були більш виражені, ніж у жінок інших груп. На момент екстубації 2 бали мали тільки 9 хворих (27,7%), 3 бали – 23 жінки (65,7%), 4 бали – 2 (5,7%) і 1 пацієнтка відзначала седатію на 5 балів (2,9%). Через 2 год після оперативного втручання седатія на 2 бали спостерігалась у 24 жінок (68,6%), на 3 бали – у 9 пацієнток (25,7%), на 4 бали – у 2 (5,7%). Через 4 год седатія на 3 бали була зафіксована у 2 хворих (5,7%), а через 6 год – тільки у 1 пацієнтки (2,9%). Після 6 год післяопераційного періоду у жінок усіх трьох груп рівень седатції складав 2 бали.

Седативний ефект у хворих, які отримували регіонарні методи знеболювання, був менше виражений. У пацієнток з ЕДА за шкалою Ramsay на момент екстубації 2 бали відзначали у 24 пацієнток (72,7%), 3 бали – у 9 жінок (27,3%); через 2 год після операції – 2 бали у 32 хворих (97%) і у 1 пацієнтки (3%) 3 бали; на інших етапах дослідження ступінь седатції становив 2 бали.

У пацієнток, знеболюваних методом ТАР-блоку, на момент екстубації ступінь седатції за Ramsay у 2 бали спостерігався у 14 пацієнток (42,4%), 3 бали – у 18 хворих (54,5%) та 4 бали



Оцінювання за ВАШ динаміки больового синдрому у післяопераційний період залежно від методу анальгезії, бали

– лише у 1 жінки (3%); через 2 год після операції ступінь седатції у 2 бали відзначали у 30 пацієнток (90,9%) і 3 бали – у 3 жінок (9,1%). На інших етапах дослідження рівень седатції складав 2 бали.

Частота випадків виникнення таких ускладнень, як післяопераційна нудота і блювання, мала зв'язок із кількістю та часом введення морфіну. У контрольній групі на всіх етапах фіксували випадки виникнення нудоти і блювання, на момент пробудження нудота мала місце тільки в 1 випадку (2,9%). Через 2 год, коли пацієнтки отримували першу дозу морфіну, нудоту відзначали у 7 хворих (20%) і в 1 жінки (2,9%) було відзначено блювання. У пацієнток даної групи через 4 год нудоту фіксували у 6 (17,7%), а блювання – у 2 жінок (5,7%). Через 6 год нудоту виявляли у 9 хворих (25,7%). На етапах дослідження 12 і 24 год нудота спостерігалась у 7 жінок (20%), а блювання – в 1 (2,9%), 2 (5,7%) і 2 (2,9%) жінок відповідно.

У пацієнток груп дослідження прояви післяопераційної нудоти і блювання були менш вираженими. У групі ТАР-блоку після пробудження нудоту виявляли в 1 випадку (3%). Через 2 год були відзначені випадки нудоти у 3 жінок (9,1%), а випадків блювання не зафіксовано взагалі. Через 4 год ці ускладнення реєстрували у 3% випадків. На інших етапах дослідження – через 6 і 12 год нудоту фіксували у 3 (9,1%) і 2 (6,1%) випадках, блювання не спостерігалось. Через 24 год дані ускладнення не відзначали. Частота їхнього виникнення у групі пролонгованої ЕДА була зівставна з групою ТАР-блоку. На етапі екстубації нудоту виявляли в 1 (3%) пацієнтки. Через 2 год нудоту фіксували у 2 (6,1%) і блювання в 1 (3%) пацієнтки. Через 4, 6, 12 год на нудоту скаржились 5 (15,2%), 2 (6,1%) і 3 (9,1%) жінки відповідно, випадків блювання не зафіксовано.

ВИСНОВКИ

Застосування ТАР-блоку у післяопераційний період після абдомінальної гістеректомії достовірно підвищує ефективність післяопераційної анальгезії, покращує комфорт пацієнток та знижує потребу в опіатах. У жінок, для знеболювання яких були застосовані регіонарні методи, знижується потреба в опіатах майже у два рази, що приводить до зменшення в післяопераційний період випадків виникнення таких ускладнень, як нудота та блювання. Застосування ТАР-блоку є перспективним компонентом мультимодального режиму анальгезії після абдомінальної гістеректомії.

Преимущество применения TAP-блока для обезболивания после тотальной абдоминальной гистерэктомии
М.С. Рыбин

Цель исследования: оценка преимущества лечения болевого синдрома у пациенток после абдоминальных гинекологических операций путем применения TAP-блока как варианта послеоперационной анальгезии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 104 женщины, которым была выполнена тотальная абдоминальная гистерэктомия. В I группу (контрольную) вошли 36 женщин, получавших с целью обезболивания декскетопрофен в дозе 50 мг каждые 8 ч и морфина гидрохлорид в дозе 10 мг по требованию; во II группу – 34 женщины, которым стандартную анальгезию дополняли пролонгированным TAP-блоком; в III группу – 34 пациентки, которым проводили обезболивание ЭДА в сочетании со стандартной методикой.

Результаты. В группах исследования, где применяли методы регионарной анальгезии, отмечали высокую эффективность обезболивания в послеоперационный период по сравнению с системным введением наркотических анальгетиков. Наиболее выраженный болевой синдром отмечали в контрольной группе. У пациенток, получавших пролонгированный TAP-блок и ЭДА, фиксировали значительное уменьшение суточной потребности в морфине (группа TAP-блока – 18,75±6,4 мг/сут, группа ЭДА – 16,4±5,2 мг/сут, контрольная группа – 36,25±5,2 мг/сут; $p < 0,05$). Среднее время до первого запроса морфина был значительно больше у больных, получавших удлиненный TAP-блок (группа TAP-блока – 5,26±0,03 ч, группа ЭДА – 6,34±0,02 ч, контрольная группа – 0,26±0,01 ч; $p < 0,05$). У пациенток контрольной группы проявления седативного эффекта наркотических анальгетиков были более выражены, чем у пациенток других групп, в течение первых двух часов наблюдения. Частота случаев возникновения таких осложнений, как послеоперационная тошнота и рвота, имела связь с количеством и временем введения морфина.

Заключение. Применение TAP-блока является перспективным компонентом смешанного режима анальгезии после абдоминальной гистерэктомии в послеоперационный период, достоверно повышает эффективность послеоперационной анальгезии, улучшает комфорт пациенток, снижает потребность в опиатах, что уменьшает возникновение осложнений.

Ключевые слова: абдоминальная гистерэктомия, послеоперационное обезболивание, анальгезия, TAP-блок.

Experience with TAP-block for analgesia after total abdominal hysterectomy
M.S. Rybin

The objective: to show the benefits of the treatment of pain in patients after abdominal gynecological operations through the use of TAP-block as a variant of post-operative analgesia.

Patients and methods. The study involved 104 women who have total abdominal hysterectomy was performed. Group I (control) included 36 women treated for pain dexketoprofen at the dose of 50 mg every 8 o'clock and morphine hydrochloride at a dose of 10 mg as required, in II group – 34 women, which was supplemented by standard analgesia extended TAP block, III group – 34 patients, analgesic EDA in conjunction with a conventional method.

Results. In the study groups, which used techniques of regional analgesia, there was a high efficiency of analgesia in the postoperative period as compared to the systemic administration of narcotic analgesics. The most severe pain was observed in the control group. Patients treated with extended-TAP block and EDA showed a significant decrease in daily requirement of morphine (TAP block group 18,75 ±6,4 mg/day, EDA 16,4 ±5,2 mg / day. A control group of 36,25±5,2 mg/day, $p < 0.05$). The median time to the first request for morphine was significantly greater in patients treated with extended-TAP block (TAP block group - 5,26 ± 0,03 hours, EDA 6,34 ± 0,02 hours, the control group 0,26 ± 0.01 hr., $p < 0,05$). Patients of control group displays sedation narcotic analgesics were more pronounced than in other groups of patients during the first two hours of observation. The frequency of the incidence of complications such as postoperative nausea and vomiting, had a relationship with the amount and the time of administration of morphine.

Conclusions. The use of TAP block is a promising component of the mixed mode of analgesia after abdominal hysterectomy in the postoperative period, significantly increases the efficiency of post-operative analgesia, improves patient comfort, reduce the need for opioids, which reduces the occurrence of complications.

Key words: abdominal hysterectomy, postoperative pain, analgesia, TAP block.

Сведения об авторах

Рыбин Михаил Сергеевич – Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины; 04210, г. Киев, просп. Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Abdominal, vaginal and total laparoscopic hysterectomy: perioperative morbidity / M. Doganay [et al.] // Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2011. – Vol. 284. – № 2. – P. 385–389.
2. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a meta-analysis / C.A. Walsh [et al.] // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2009. – Vol. 144. – № 1. – P. 3–7.
3. Овечкин А.М. Послеоперационное обезболивание: оптимизация подходов с точки зрения доказательной медицины / А.М. Овечкин, Т.Л. Поманова // Рус. мед. журн. – 2006. – № 12. – С. 865–871.
4. Bonnet F. Transversus abdominis plane block: what is its role in postoperative analgesia? / F. Bonnet, J. Berger, C. Aveline // British journal of anaesthesia. – 2009. – Vol. 103, № 4. – P. 468–470.
5. Jankovic Z.B. Continuous transversus abdominis plane block for renal transplant recipients / Z.B. Jankovic, S.G. Pollard, M.M. Nachiappan // Anesthesia & Analgesia. – 2009. – Vol. 109, № 5. – P. 1710–1711.

Статья поступила в редакцию 15.06.2016