

роксидазы (ГП), а также сдвиг pH в кислую сторону и усиление нейротоксичности через повышение содержания холинэстеразы (ХЭ). У детей 14-17 лет, у которых возрастает психоэмоциональное напряжение, по сравнению с детьми 11-12 лет, при высокой тревожности в ротовой жидкости достоверно в большей степени нарушается содержание ЛДГ, лизоцима и ХЭ, а при повышенной – ГП.

**Ключевые слова:** тревожность, дети, ротовая жидкость, ферменты.

## THE LEVEL OF ANXIETY AND CHANGES OF THE ENZYMES OF THE ORAL FLUID IN CHILDREN OF THE MIDDLE AND OLDER SCHOOL AGE

*B.O. Palasiuk*

**Abstract.** A study of the content of the enzymes in the oral fluid of children of the middle and older school age with a diverse level of anxiety has been carried out. A significant increase of the content of lactate dehydrogenase (LDG), alkaline phosphatase (AP), a decrease of the indices of lysozyme and glutathione peroxidase (GP), as well as a pH shift in the acid direction and enhanced nephrotoxicity due to an elevation of cholinesterase (CE) have been detected in school children with enhanced and high anxiety. The content of LDG, lysozyme and CE is significantly disturbed to a greater extent in the oral fluid in case of high anxiety, whereas in case of elevated anxiety – GP in children aged 14-17 years in whom psychoemotional stress elevates as compared with children aged 11-12 years.

**Key words:** anxiety, children, oral fluid, enzymes.

State Medical University Named after I.Ya. Horbachevs'kyi (Ternopil')

Рецензент – доц. Н.Б. Кузник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 123-127

Надійшла до редакції 09.10.2012 року

© Б.О. Паласюк, 2012

УДК 616.61-003.7-089

*О.О. Підмурняк*

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНИХ УРОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Обласна лікарня, м. Хмельницький

**Резюме.** У статті наведені результати вивчення показників передопераційного стресу в пацієнтів із малоінвазивними та відкритими урологічними операціями. Застосовані декілька типів спеціальних анкет, опитування за якими вказують на високий рівень передопераційної тривожності та потреби в поінформованості. При малоінвазивних операціях ступінь передоперацій-

ного стресу та післяопераційний больовий синдром вірогідно менші ніж при відкритих.

**Ключові слова:** передопераційний стрес, малоінвазивна урологія, больовий синдром, анкетування тривожності.

**Вступ.** Лапароскопічний метод поступово стає стандартом у лікуванні ряду урологічних захворювань, витісняючи традиційні операції, у зв'язку з істотними його лікувальними й економічними перевагами [2, 4]. Лапароскопічні втручання перейшли і в онкоурологію. Перша лапароскопічна нефректомія була виконана Clauman et al. у 1990 р. із приводу ниркової онкоцитоми, а рік по тому Sortcoat et al. провели лапароскопічну нефректомію хворому з нирково-клітинним раком [4, 9]. До цього часу у світі накопичений достатній досвід виконання даних операцій, результати яких дозволили лапароскопічній нефректомії при пухлинах посісти провідне місце в урології [2, 3]. У 2005 році при розмірі пухлини більше 6 см майже 20 % онкоурологів рекомендували відкриту нефректомію, на сьогодні – лише 10 %, а при пухлинах до 3 см – 40 %, а на сьо-

годні – 28 %. Радикальну лапароскопічну нефректомію в США виконують у 77 % випадків, у Європі та Азії – у 74 % випадків, Канаді – 55 %. Малоінвазивна хірургічна практика має переваги перед традиційними відкритими втручаннями не тільки в мінімальній інвазивності та швидкій репарації операційного доступу, у коротшому перебуванні в стаціонарі, але й у зменшенні болу в пацієнтів як за силою, так і за тривалістю, зменшенню потреби в знеболювальних, швидкішій фізичній та психологічній реабілітації [4, 9]. Аспекти самопочуття та сприйняття пацієнтом оперативного втручання останнім часом незаслужено відійшли на задній план, але вони є істотною складовою успішного результату операції [1].

**Мета дослідження.** Вивчити ступінь передопераційної тривожності та потреби в поінфор-

© О.О. Підмурняк, 2012

мованості про особливості проведення оперативного втручання в урологічних пацієнтів.

**Матеріал і методи.** У роботі вивчалися дані, отримані в 34 пацієнтів (15 жінок, 19 чоловіків), оперованих із приводу пухлин нирок та каменів верхніх відділів сечоводів із використанням ендовідеохірургічної методики в урологічному відділенні Хмельницької обласної лікарні в період 2011-2012 рр. Результати порівнювалися з даними 16 пацієнтів контрольної групи з такою ж патологією з відкритою операцією. Передопераційна підготовка хворих не відрізнялася між групами. Для оцінки ступеня передопераційної тривожності застосовувалася спеціальна міжнародна анкета з шести пунктів – Амстердамська шкала передопераційної тривоги та потреби в інформації (APAIS) [5, 8]. Перші два питання оцінюють анестезіологічний компонент формування тривожності, четверте та п'яте – операційний, третє та шосте питання вказують на потребу в поінформованості пацієнтів. У загальній оцінці формуються два показники, як сума балів кожної складової – тривожності (сума балів від 4 до 20 та поінформованості (сума балів від 2 до 10). В осіб із підвищеним хвилюванням проводився аналіз його компонентів за анкетною анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ASPA). Обидві анкети побудовані за п'ятибальною шкалою Лікерта. Інтенсивність передопераційного очікування пацієнтів та післяопераційного болю в них оцінювалася за допомогою поширеної в медицині візуальної аналогової шкали (ВАШ) з діапазоном від 0 до 100. Заповнення всіх анкет пацієнтом займає біля двох хвилин. Всі три психометричні інструменти тривалий час використовуються в хірургічних клініках і підтвердили свою валідність та надійність. Отримані результати оброблялися статистично (обрахунок та порівняння середніх, показників кореляції) з використанням програми Statistica 6,0 (StatSoft).

### Результати дослідження та їх обговорення.

Оперативні втручання з приводу пухлин нирок, кіст та каменів верхньої третини сечовода є серйозною психологічною травмою для хворого. Наш аналіз показав, що передопераційний стрес є в кожного пацієнта, незалежно від того чи це відкрита операція, чи малоінвазивне втручання. Фактори, що сприяють його збільшенню, перш за все пов'язані зі ступенем інформаційної та психологічної передопераційної підготовки, попередніх оперативних втручань, тривалості захворювання. Сприйняття також залежить від віку та статі пацієнта, рівня його освіти. Основні результати оцінки стресу за шкалою APAIS наведені в таблиці.

Згідно з даними таблиці рівень тривожності в обох групах вище загальноприйнятої межі (11 балів) між низькою та високою тривожністю. Ступінь страху та тривожності при малоінвазивних операціях вірогідно менший. У першій групі кількість осіб із високою тривожністю становила 64,7 %, у контрольній – 87,5 %. Спостерігається суттєва різниця в показнику жінок та чоловіків. Жінки реагують більш емоційно (показник кореляції  $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ), їх рівень тривожності склав  $14,3\pm 0,63$  проти  $11,4\pm 0,79$  у чоловіків ( $p<0,05$ ), що збігається з результатами інших дослідників [1, 10].

Показники застосованої нами візуальної аналогової шкали (ВАШ) передопераційного очікування пацієнтів корелювали із загальним рівнем тривожності ( $r=0,68$ ,  $p<0,001$ ). Ступінь тривожності, визначений за ВАШ, був дещо меншим в обох групах ніж за шкалою APAIS, але зі збереженням різниці між ними. Показники ВАШ корелювали з відповідями на питання шкали анестезіологічної та хірургічної передопераційної тривожності (ASPA) – із загальним показником ( $r=0,61$ ,  $p<0,001$ ) та окремими питаннями (від  $r=0,42$ ,  $p<0,05$  до  $r=0,65$ ,  $p<0,001$ ).

Таблиця

### Ступінь передопераційної тривожності та потреби в інформації у пацієнтів

№ п/п	Показник	Група основна (34)		Група контрольна (16)	
		М	m	М	m
1	Питання 1	3,3	0,17	3,9*	0,22
2	Питання 2	3,1	0,17	3,8*	0,21
3	Питання 3	3,2	0,16	3,1	0,26
4	Питання 4	3,3	0,18	4,0*	0,24
5	Питання 5	3,0	0,17	3,9*	0,22
6	Питання 6	3,8	0,12	3,9	0,25
7	Тривожність	12,7	0,57	15,6*	0,69
8	Поінформованість	6,9	0,21	7,0	0,24

Примітка. – \* вірогідність різниці між групами  $p<0,05$

Результати оцінки післяопераційного болювого синдрому за шкалою ВАШ були відповідно в основній групі 38,6 % і в контрольній – 67,4 % ( $p < 0,05$ ). При цьому не встановлено вірогідної кореляції між передопераційною тривожністю за будь-якою зі шкал та інтенсивністю післяопераційного болю ( $r = 0,20$ ,  $p = 0,34$ ).

Потреба в поінформованості залишається високою і практично однаковою в обох групах без різниці між жінками і чоловіками. У пацієнтів із достатнім обсягом інформації про знеболення та хід операції ступінь тривожності загалом нижчий.

Таким чином, у всіх пацієнтів напередодні оперативного втручання є достатньо високий рівень тривожності. Це може вплинути негативно як на перебіг самої операції, так і на якість надання анестезіологічної підтримки [6, 7, 9].

### Висновки

1. У пацієнтів, які оперуються з приводу урологічної патології, спостерігається високий рівень тривожності, що може ускладнити ефективну анестезіологічну підтримку. При малоінвазивних операціях рівень тривожності вірогідно нижчий ніж при відкритих.

2. Для експрес-оцінки рівня тривожності візуальна аналогова шкала є простою в застосуванні і достатньо інформативною для виділення групи пацієнтів, які потребують додаткової уваги анестезіолога в передопераційному періоді.

3. Передопераційна підготовка повинна включати необхідну пацієнтові інформацію про майбутнє знеболення та хід і тривалість операції.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати вимагають подальшого поглибленого вивчення проблем покращання передопераційної підготовки та якості життя пацієнтів із урологічною патологією.

### Література

1. Артюшкина В.К. Предоперационный стресс: психологические особенности пациентов с учетом возрастных и гендерных различий /

В.К. Артюшкина, Д. В. Сологуб // Рос. ото-ларингол. – 2012. – № 1. – С. 24-29.

2. Хирургическое лечение рака почки сегодня: лапароскопическая радикальная нефрэктомия и резекция почки / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, А.А. Крапивин [и др.] // Урология. – 2008. – № 1. – С. 52-58.
3. Методология освоения лапароскопической хирургии в урологии / Ю.П. Серняк, Ю.В. Рошин, А.С. Фуксзон [та ін.] / Урология. – 2006. – № 3. – С. 50-55.
4. Теодорович О.В. Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая резекция почки / О.В. Теодорович, Э.А. Галлямов, Н.Б. Забродина // Урология. – 2011. – № 3. – С. 43-47.
5. Boker A. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety / A. Boker, L. Brownell, N. Donen // Can. J. Anaesth. – 2002. – № 49. – P. 792-798.
6. Psychological stress impairs early wound repair following surgery / E. Broadbent, K.J. Petrie, P.G. Alley [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2003. – № 65. – P. 865-869.
7. Brown S.M. Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease / S.M. Brown // J. Adv. Nurs. – 1990. – Vol. 15, № 8. – P. 962-970.
8. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) / N. Moerman, F. van Dam, M. J. Muller [et al.] // Anesth. Analg. – 1996. – № 82. – P. 445-451.
9. Perioperative outcomes in patients undergoing conventional laparoscopic versus laparoendoscopic single-site pyeloplasty / C.R. Tracy, J.D. Raman, A. Bagrodia [et al.] // Urology. – 2009. – Vol. 74. – P. 1029-1034.
10. Wetsch W.A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery / W.A. Wetsch, I. Pircher, W. Lederer // Brit. J. of Anaesthesia. – 2009. – Vol. 103, № 2. – P. 199-205.

## ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

*А.А. Пидмурняк*

**Резюме.** В статье приведены результаты изучения показателей предоперационного стресса у пациентов с малоинвазивными и открытыми урологическими операциями. Были применены несколько типов специальных анкет, опросы по которым указывают на высокий уровень предоперационной тревожности и потребности в информировании. При малоинвазивных операциях степень предоперационного стресса и послеоперационный болевой синдром достоверно меньше чем при открытых.

**Ключевые слова:** предоперационный стресс, малоинвазивная урология, болевой синдром, анкетирование.

## PECULIARITIES OF AN ESTIMATION PREOPERATIVE STRESS AND THE EFFICIENCY OF POSTOPERATIVE ANESTHESIA IN MINIMALLY INVASIVE UROLOGICAL OPERATIONS

*А.А. Pidmurniak*

**Abstract.** The paper presents the results of studying the indicators of preoperative stress in patients with slightly invasive and open urological operations. A few types of special questionnaires were used. Questioning based on them point to a

very high level of preoperative anxiety and a need of being informed. In case of minimally invasive operations the degree of preoperative stress and postoperative pain syndrome is significantly lower than in case of open ones.

**Key words:** preoperative stress, minimally invasive urology, pain syndrome, anxiety questionnaires

Regional Hospital (Khmelnys'ts'kyi)

Рецензент – проф. О.С. Федорук

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 127-130

Надійшла до редакції 08.10.2012 року

© О.О. Підмурняк, 2012

УДК 616.33/34-008-053.2-085.24

*О.М. Платонова*

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЯК КРИТЕРІЙ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ

Одеський національний медичний університет

**Резюме.** Проведена оцінка якості життя дітей із синдромом подразненого кишечника в динаміці комплексного лікування. Показано, що в дітей шкільного віку із синдромом подразненого кишечника (СПК) відбувається зниження показників за шкалами болю, рольового емоційного функціонування, загального здоров'я, рольового фізичного та фізичного функціонування порівняно з контрольною групою. Застосування комплексної комбінованої терапії з включенням стимулятора енкефалінових рецепторів (тримебутин) та психокорекції дозволяє покращити якість життя пацієнтів.

Описані зміни утримуються протягом трьох місяців після завершення лікування. Розглядається доцільність використання опитувальника з якості життя з метою оцінки клінічної ефективності лікування функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей.

**Ключові слова:** функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, якість життя, лікування.

**Вступ.** Функціональні розлади органів шлунково-кишкового тракту (ФРШКТ) являють собою гетерогенну групу нозологічних одиниць, спільними рисами яких є наявність порушень секреторної та моторної функції, що супроводжуються больовим синдромом за умов відсутності органічних захворювань [1-3].

На сьогодні педіатричною спільнотою напрацьовані основні критерії діагностики ФРШКТ, окреслені комплексні лікувально-профілактичні заходи. Водночас питання оцінки клінічної ефективності лікування ФРШКТ залишаються чітко невизначеними. Відповідно до концепції доказової медицини при оцінці клінічних виходів пріоритет має віддаватися ознакам, які безпосередньо характеризують ступінь адаптації організму до середовища проживання, у тому числі динаміці якості життя [4].

Під якістю життя (ЯЖ) розуміють широке і багатопланове поняття, що залежить від стану здоров'я, умов навчання й життя, соціального стану, оточення та інших факторів. Для вивчення ЯЖ у медицині використовують два види опитувальників – загальних та спеціалізованих для кожного виду нозології [4].

ЯЖ визначається насамперед оцінкою самим хворим ступеня задоволеності різними аспектами свого життя у зв'язку з реальними або очікуваними змінами, зумовленими хворобою і її наслідками, а

також пов'язаними з процесом спостереження лікарем і лікування. ЯЖ залежить також від клінічних скарг і функціональних можливостей хворого.

За наявності ФРШКТ у дітей якість життя суттєво погіршується, причому основними детермінантами цих змін є насамперед вираженість больового синдрому та соціальної дезадаптації, зумовленої функціональними порушеннями, а також рівня тривожності й проявів депресії, з ними пов'язаних [5-9]. Одним із розповсюджених варіантів ФРШКТ є синдром подразненого кишечника (СПК), який визначають як біопсихосоціальну патологію [2, 7]. Втім, до останнього часу вітчизняні дослідження щодо оцінки динаміки ЯЖ у дітей із ФРШКТ одиничні.

**Мета дослідження.** Оцінити якість життя дітей із синдромом подразненого кишечника в динаміці комплексного лікування.

**Матеріал і методи.** Дослідження виконане на базі ДКМЛ № 1 ім. Б.Я. Резніка, м. Одеса. У дослідженні взяли участь 50 дітей віком 14-17 років із верифікованим діагнозом синдрому подразненого кишечника та 40 практично здорових дітей того ж віку (контрольна група).

Пацієнти із СПК одержували терапію відповідно до стандартного клінічного протоколу протягом двох тижнів [10]. До комплексу терапії включали стимулятор енкефалінових рецепторів (тримебутин) та психокорекцію.

© О.М. Платонова, 2012