

відділів шлунково-кишкового тракту пізно діагностуються, загрожують анемією, порушенням киснево-транспортної функції крові, вимагають гемотрансфузій, гемостатичної терапії, фіброгастроскопічного контролю й гемостаза, а нерідко й хірургічного втручання. **Матеріали та методи.** Проведено вимірювання інтрагастрального рН у 22 потерпілих з однотипною закритою ЧМТ у першу добу з моменту надходження. Використано моніторну систему 24h pHmonitor Pг1-1 (Україна). Активний електрод вводили в порожнину шлунка через просвіт шлункового зонда, який був встановлений трансназально. **Результати.** Встановлено, що на початку моніторингу рівень інтрагастрального рН становив  $2,16 \pm 0,11$ . Це засвідчило вкрай кисле середовище в шлунку, що потенційно загрожувало не лише деструкцією слизової оболонки, а й мікроаспіраціями та розвитком легеневих ускладнень. Безперервне вимірювання інтрагастрального рН упродовж наступних 4 годин засвідчило відсутність статистично вірогідних змін. З огляду на це всім пацієнтам внутрішньовенно болюсно введено 40 мг пантопризолу (пангастро, «Сандоз»). Через  $18 \pm 3$  хв відмічено неухильне зростання значення інтрагастрального рН, що досягло рівня  $5,46 \pm 0,21$  у 86 % пацієнтів. Для 81 % потерпілих значення, близькі до межі інтрагастрального рН 5,5, утримувалися на кінець першої доби моніторингу, що засвідчило достатність профілактичної дози пантопризолу 40 мг/добу. У плані підтримання нормоацидності нами відмічено потенціюючий ефект інтрагастрального введення лужної мінеральної води («Поляна Квасова», «Лужанська»), з якої зазвичай розпочинається зондове харчування цієї категорії пацієнтів. **Висновки.** Потерпілі з ЧМТ мають високий ризик виникнення стресових уражень слизової оболонки шлунка. Профілактичне застосування пантопризолу і ранній початок харчування дозволяють мінімізувати розвиток тяжких ускладнень.

### Список літератури

1. Bullock R., Chestnut R. et al. Guidelines for the surgical Management of Traumatic Brain Injury // *Neurosurgery*. — 2006. — 58. — S2-1-S2-62.

Ткаченко Р.О., Зайченко С.П.,  
Рибін М.С., Тян О.В.

### Періопераційний період у пацієнтів при гінекологічних операціях

Робота присвячена дослідженню видів анестезіологічного забезпечення при гінекологічних операціях, пошуку й вдосконаленню анестезіологічних методик проведення в умовах загальної анестезії та впливу безпосередньо анестезії під час оперативного втручання на післяопераційне

знеболювання. У дослідження ввійшли 180 пацієнтів, яким виконувались різні види анестезіологічного забезпечення, із яких 90 проводилась загальна анестезія з використанням опіоїдів (збалансована анестезія) і газового анестетика, 90 — мультимодальна анестезія з газовим анестетиком. На даний момент у дослідження входять дві групи пацієнтів: перша — 25 пацієнтів, яким проводилась загальна анестезія з використанням опіоїдів і газового анестетика, друга — 25 пацієнтів, у яких використовувалась мультимодальна методика проведення загальної анестезії. Гістеректомія — найбільш поширена операція в більшості розвинутих країн. Частота відкритих абдомінальних операцій становить: у Швеції — 38 %, в Англії — 25 %, у США — 36 %. Однією з основних проблем у періопераційному періоді є післяопераційний біль, 4–27 % жінок відчувають хронічний післяопераційний біль. До першої групи було включено 25 пацієнок, яким проводилось хірургічне лікування гінекологічної патології, лапаротомія за Пфаненштилем в умовах загальної анестезії з використанням стандартної методики її проведення. Ця група була поділена на 3 підгрупи залежно від виду анестезіологічного забезпечення. Друга група включала 25 пацієнок, яким проводилась загальна анестезія з використанням малоопіатної мультимодальної анестезії: севофлурану, кетаміну, габапептину, релаксантів короткої дії, лідокаїну та методики мультимодального післяопераційного знеболювання й підготовки пацієнтів за методикою Fast track протоколу. Потреба в опіоїдних анагетиках у першу добу в групі мультимодальної анестезії була меншою, ніж у групі з використанням стандартної методики проведення загального знеболювання. Тривалість госпіталізації в стаціонарі становила 2,4 дня і була меншою порівняно з показником групи стандартної методики — 3,8 дня. Рівень болю за візуальною аналоговою шкалою у першу добу становив 3,8 бала, у групі стандартної методики — 4,9 бала.

### Список літератури

1. Statistics Netherlands (CBS). *Operaties in het ziekenhuis; soort opname, leeftijd en geslacht, 1995–2010*. — 2010. — <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80386NED&D1=a&D2=1&D3=2-3&D4=0,16-17&D5=1&HDR=T&STB=G1,G4,G2,G3&VW=T>. — Accessed: 22.11.2014.

2. Hinrichs-Rocker A., Schulz K., Jarvinen I. et al. *Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) — a systematic review* // *Eur. J. Pain*. — 2009. — 13. — 719-730.

3. Selye H. *General adaptation syndrome and the diseases of adaptation* // *J. Clin. Endocrinol.* — 1946. — 6. — 117-230.

4. White P.F. *Improving postoperative pain management: what are the unresolved issues?* // *Anesthesiology*. — 2010 Jan. — 112(1). — 220-5. Doi: 0.1097/ALN.0b013e3181c6316e.