

## Список літератури

1. Дзидзава И.И. Осложнения после обширных резекций печени / И.И. Дзидзава, А.В. Слободяник, В.И. Ионцев // Вестник Российской военно-медицинской академии. — № 3(51). — 261-266.

2. Bektas M. Adjuvant therapeutic plasma exchange in liver failure: assessments of clinical and laboratory parameters // M. Bektas [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 42, № 5. — P. 517-521.

УДК 618-001.45-615.835-08

Юхимчук Т.Я., Левченко Т.М.

Українська військово-медична академія,  
м. Київ, Україна

### Застосування гіпербаричної оксигенації в комплексному лікуванні поранень нижніх кінцівок

**Вступ.** При вогнепальних і вибухових пораненнях розвивається синдром мікроциркуляторних порушень із переходом у гіпоксію, з яким пов'язані метаболічні й функціональні зміни. Тому з метою припинення або корекції гіпоксичного синдрому на спеціалізованому етапі лікування поранених досить широко застосовується комплексне лікування з гіпербаричною оксигенацією (ГБО). **Мета роботи:** оптимізація лікування вогнепальних поранень нижніх кінцівок. **Матеріали та методи.** Нами було обстежено 30 пацієнтів з пораненнями нижніх кінцівок, які знаходились на лікуванні в НВМКЦ «ГВКГ» із 2014 по 2017 р. Переважали вогнепальні наскрізні поранення з багатоуламковими переломами й осколкові поранення з багатоуламковими переломами. Залежно від методики лікування, яку застосовували, поранених було розділено на дві групи. У 1-шу групу (n = 19) входили поранені, які отримували комплексне лікування із сеансами ГБО. Гіпербаричну оксигенацію розпочинали через 24 години після хірургічної корекції ушкоджень. Надалі ГБО-терапія проводилась 1 раз на добу через день. У 2-й групі (n = 11) поранені отримували аналогічне комплексне лікування без сеансів гіпербаричної оксигенації. **Результати.** Застосування ГБО сприяло: 1) зменшенню кількості оперативних втручань. У першій групі поранених кількість оперативних втручань була значно меншою й становила в одного пораненого в середньому 8, тоді як у другій групі, у якій не застосовувалась ГБО, — 12; 2) скороченню тривалості застосування антибактеріальної терапії та відсутності змін у схем антибактеріальної терапії; 3) більш швидкому зникненню ознак запалення рани й появи грануляцій. У поранених 1-ї групи в середньому це спостерігалось на 6-й день, тоді як у 2-й групі — на 22-й день; 4) скороченню термінів перебування поранених у стаціонарі. Тривалість лікування у пацієнтів 2-ї групи була вірогідно довшою й становила в середньому  $53,9 \pm 4,8$  днів, тоді як у поранених 1-ї групи тривалість лікування становила

в середньому  $33,0 \pm 4,9$  днів. **Висновки.** Отже, можна стверджувати, що ГБО доцільно застосовувати в комплексному лікуванні поранень нижніх кінцівок

## Список літератури

1. Гипербарическая медицина: практическое руководство / Под ред. Д. Матве; пер. с англ. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009.

2. Каримова Е.А. Метод гипербарической оксигенации в комплексном лечении // Здоровье и образование в XXI веке. — 2012. — № 1.

3. Воробьев К.П. Современные европейские стандарты клинического использования гипербарической оксигенации // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2006. — № 3.

УДК 616-089.5-031.81

Якобчук Х.Р., Тхоревський О.В.

Українська військово-медична академія,  
м. Київ, Україна

### Моніторинг нейром'язової провідності та глибини наркозу як основа керування етапами загальної анестезії при оперативних втручаннях на черевній порожнині

**Вступ.** На сьогодні щодо застосування загальної багатокомпонентної анестезії, одним із компонентів якої є міорелаксація, з'явилась можливість проводити анестезію на адекватному рівні, ефективно керувати газообміном під час операції й анестезії, оскільки знання реального значення нейром'язової провідності (НМП) дає можливість оптимально вибрати час для інтубації й екстубації трахеї, забезпечити візуалізацію органів. **Мета роботи:** проаналізувати ефективність і доцільність використання інструментального контролю НМП під час оперативних втручань на базі НВМКЦ «ГВКГ» за 2017–2018 роки. **Матеріали та методи.** Провели проспективне дослідження 30 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання лапароскопічним доступом на органах черевної порожнини під загальною багатокомпонентною анестезією з інтубацією трахеї і штучною вентиляцією легень. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1-ша група — клінічні методи моніторингу рівня нейром'язової провідності (n = 15); 2-га група — апаратні методи моніторингу рівня нейром'язової провідності (TOF-Watch SX) (n = 15). **Результати.** При порівнянні часових інтервалів під час індукції анестезії спостерігається вірогідна різниця в часі введення міорелаксантів у 2-й групі ( $42,6 \pm 4,1$  с) порівняно з 1-ю групою ( $35,0 \pm 3,1$  с;  $p < 0,05$ ). Час від введення міорелаксанту до інтубації трахеї в 1-й групі був вірогідно нижчий, ніж у 2-й групі ( $85,3 \pm 4,9$  с проти  $135,0 \pm 9,6$  с,  $p < 0,05$ ). Важливо відзначити, що в 1-й групі спостерігається найменший час від введення міорелаксанта до інтубації трахеї ( $85,3 \pm 4,9$  с), але й гірші умови для інтубації за шкалою Cooper ( $7,8 \pm 0,8$ ;