

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 ($7,8 \pm 0,8$;

$p < 0,05$). А в 2-й групі спостерігається більший час від уведення міорелаксанту до інтубації трахеї порівняно з контрольною групою ($135,0 \pm 4,5$ с проти $85,3 \pm 4,9$ с), а також відмінні умови для інтубації за шкалою Соорег ($8,9 \pm 0,1$ проти $7,8 \pm 0,8$). Більш високі середні показники артеріального тиску й частоти серцевих скорочень у першій групі на етапах інтубації й через 5 хвилин після інтубації пов'язані з недостатнім рівнем анестезії порівняно з другою групою. Час від закінчення операції до екстубації в 1-й групі становив $10,5 \pm 0,7$ хв, що на 4,4 хв (72 %) більше, ніж у 2-й групі ($6,1 \pm 0,5$ хв). Також час від закінчення операції до виїзду пацієнта з операційної в 1-й групі становив $17,3 \pm 1,1$ хв, що на 6,6 хв (62 %) більше, ніж у 2-й групі ($10,7 \pm 0,9$). Отже, використання TOF-моніторингу дозволяє зменшити час перебування хворого в операційній після операції на 6,6 хв. При порівнянні тривалості оперативного втручання в групах доведено, що суттєвої різниці не спостерігалось. При порівнянні витрат рокуронію броміду упродовж проведення анестезії бачимо, що витрати рокуронію були значно вищими в 1-й групі, ніж у 2-й групі: у першій групі — $52,3 \pm 1,0$ мг, у другій — $42,3 \pm 1,3$ мг, $p > 0,05$. **Висновки.** Використання моніторингу для визначення нейром'язової провідності дозволяє оптимізувати умови й безпеку під час оперативного втручання. На основі даних глибини

нейром'язової провідності досягається вірогідне покращення умов і безпеки для інтубації трахеї за шкалою Соорег з 8 до 9 балів. Акселерометричний метод моніторингу дозволяє кількісно оцінювати нейром'язовий блок і вчасно проводити екстубацію трахеї. Застосування нейромоніторингу при анестезії дозволяє зменшити час перебування пацієнтів в операційній та уникнути ускладнень, пов'язаних із залишковою релаксацією.

Список літератури

1. Бутров А.В. *Технология использования миорелаксантов на основе мониторинга нейромышечной проводимости* / А.В. Бутров, М.Ф. Дробышев, В.Е. Кислевич. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2009. — 48 с.
2. Beemer G.H., Rozental P. *Postoperative neuromuscular function* // *Anaesth. Intensive Care*. — 1986. — 14. — 41-5.
3. Грачев С.С. *Повышение безопасности и эффективности применения мышечных релаксантов при анестезиологическом обеспечении интраабдоминальных оперативных вмешательств: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.20* / С.С. Грачев; БелМАПО. — Минск, 2011. — 22 с.
4. Murphy G.S., Szokol J.W., Marymont J.H. et al. *Residual neuromuscular blockade and critical respiratory events in the postanesthesia care unit* // *Anesth. Analg.* — 2008. — 107(1). — 130-137. ■