

жения иглы (истечение ликвора) был введен раствор гипербарического бупивакаина 12,5 мг и раствор морфина гидрохлорида 100 мкг. После размещения на операционном столе сразу же начата инфузия подогретого раствора 0,9% NaCl и согревание верхних и нижних конечностей пациентки термофенами. В ходе операции у матери и плода осложнений не возникло. **Обсуждение.** Миотонический криз, иногда с развитием рабдомиолиза, у пациентов с ДМ могут вызывать не только миорелаксанты или ингаляционные анестетики, но и растворы, содержащие калий (Рингера, Рингера лактат, трисоль, ацесоль), а также снижение температуры тела пациента или окружающего воздуха. **Выводы.** Случай показал, что регионарные методики при отсутствии абсолютных противопоказаний являются методом выбора при ДМ.

Список литературы

1. Payne B., Ashizawa T. *Practical recommendation for surgery and anesthesia in myotonic dystrophy and Recommendations for surgery and anesthesia (previous version)* // *Myotonic Dystrophy Foundation*. — Aug 2006 — 7 Jan 2009.

УДК 616.231-089.86-07:616.15

Дундаров Э.З., Корольчук К.Р.
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Влияние различных видов трахеостомии на гемодинамику пациентов

Введение. Трахеостомия — наиболее часто выполняемая процедура после катетеризации магистральных сосудов в отделении реанимации. Значительное число осложнений при открытой трахеостомии, стремление к снижению времени операции привело к внедрению в практику пункционно-дилатационной трахеостомии (ПДТ) [1]. Большое распространение получила методика ПДТ способом Ciaglia/Griggs (пункция трахеи с ее последующей дилатацией серией бужей все большего диаметра). Существует менее распространенная методика с использованием набора Blue Rhino (BR) — после пункции трахеи ее последующая дилатация происходит изогнутым коническим бужем, диаметр которого увеличивается в несколько раз от начального отдела к дистальному концу. Такая конфигурация бужа позволяет обеспечить дилатацию тканей в один прием, снижая при этом риск повреждения задней стенки трахеи и интраоперационного кровотечения [1]. **Цель.** Сравнить результаты трахеостомии с использованием набора Blue Rhino и способом Ciaglia/Griggs. **Материалы и методы.** 50 пациентов с ЧМТ (ШКГ = 8), которым выполнялась ПДТ. Из них 25 с использованием набора Blue Rhino и 25 — способом Ciaglia/Griggs. Сравнивались: время выполнения процедуры (Тср.), частота сердечных

сокращений (ЧСС), среднее артериальное давление (СрАД). Тср. для BR — 10 минут (± 2 мин), для C/G Тср. — 18 минут (± 2 мин). Значение ЧСС для BR — до 91 мин (± 7 мин), для C/G — до 117 мин (± 6 мин). Значение СрАД: для BR — 79 мм рт.ст. (± 5); для C/G — 88 мм рт.ст. (± 4). **Выводы.** Трахеостомия с использованием набора Blue Rhino в меньшей степени оказывает влияние на гемодинамику пациентов и при наличии технического навыка занимает меньше времени.

Список литературы

1. Cianchi G. *Comparison between single-step and balloon dilatational tracheostomy in intensive care unit: a single-centre, randomized controlled study* / G. Cianchi, G. Zagli, M. Bonizzoli, S. Batacchi, R. Cammelli, S. Biondi, R. Spina, A. Peris // *British Journal of Anaesthesia*. — 2010. — 104(6). — 728-732.

УДК 616.728.2-005.1-089:615.21

Дундаров Э.З., Корольчук К.Р.,
Лапицкая Е.С., Варганова К.М.
Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Влияние дозы транексамовой кислоты на уровень кровопотери при эндопротезировании тазобедренного сустава

Введение. Ежегодно в мире растет число больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренных суставов. Радикальным способом восстановления двигательной активности у таких пациентов является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС). Данная операция может сопровождаться достаточно большой кровопотерей, поэтому актуальным остается вопрос поиска наиболее эффективных препаратов и их доз для ее предотвращения. Одним из используемых препаратов является ингибитор фибринолиза — транексамовая кислота (ТК) — синтетическое производное аминокислоты лизина, которое ингибирует фибринолиз, блокирует рецепторы связывания лизина на плазминогене. Было доказано положительное влияние на снижение интраоперационной кровопотери и смертности пациентов. [1]. **Цель:** изучить влияние дозы транексамовой кислоты при проведении ТЭТС на объем кровопотери. **Материалы и методы.** Выбрано 40 пациентов со сходными причинами проведения ТЭТС — асептический некроз головки бедренной кости вследствие ревматоидного артрита. Средний возраст — 55 лет, средний исходный уровень гемоглобина — 135 г/л. Исследуемые разделены на три группы. Пациенты 1-й группы (13 чел.) получали 1000 мг ТК, 2-й группы (14 чел.) — 500 мг ТК, 3-я группа (13 чел.) — контроль — без ТК. ТК вводилась за 10 минут до начала операции. Сравнивались параметры: кровопотеря (КВП) (периоперационная + по дренажам

за следующие 24 часа), уровень гемоглобина (Hb) через 24 ч после операции. **Результаты.** Получены следующие средние значения для каждой из групп: 1-я группа — КВП — 300 (\pm 50) мл + 250 (\pm 30) мл, уровень Hb — 117 (\pm 6) г/л; 2-я группа — КВП — 550 (\pm 40) мл + 400 (\pm 25), уровень Hb — 105 (\pm 5) г/л; 3-тя группа — КВП — 800 (\pm 60) + 550 (\pm 45), уровень Hb — 90 (\pm 15) г/л. **Выводы.** Использование ТК для профилактики кровопотери при ТЭТС приводит к снижению объема как интра-, так и послеоперационной кровопотери.

Список литературы

1. CRASH-2 trial collaborators. *Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant hemorrhage (CRASH-2): a randomized, placebo-controlled trial* // *Lancet*. — 2010. — 376. — 23-32.

УДК 616.859.1+616.33-008.3]-089.5-084

Дундаров Э.З., Сумарук И.Ю.,
Алейников Н.А.

Гомельский государственный медицинский
университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Способы профилактики опиоид-индуцированной тошноты и рвоты

Введение. Опиоиды являются неотъемлемой частью для борьбы с болью. Однако среди побочных эффектов можно отметить тошноту и рвоту. Данная проблема является одной из самых актуальных в послеоперационном периоде. В профилактике на сегодняшний день авторами признается мультимодальная концепция, согласно которой с целью предотвращения тошноты и рвоты используют сразу несколько препаратов [1]. Распространение получили 3 группы препаратов, купирующих это состояние: ингибиторы 5HT₃-рецепторов (ондансетрон), блокаторы дофаминовых D₂-рецепторов (метоклопрамид), бутирофеноны (дроперидол). **Цель.** Изучить влияние противорвотных препаратов на пациентов, страдающих опиоид-индуцированной тошнотой и рвотой. **Материалы и методы.** 75 пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, которым в качестве адьюванта интратекально вводился морфина гидрохлорид в дозе 150–200 мкг. Пациенты были распределены на 3 группы (n = 25) в зависимости от вводимого препарата. Пациентам 1-й группы в/в вводили метоклопрамид 10 мг, пациентам 2-й группы — в/в ондансетрон 4 мг, пациентам 3-й группы — в/в дроперидол 1,25 мг. Оценивалась частота развития тошноты и рвоты в раннем послеоперационном периоде. **Результаты.** 1-я группа — тошнота/рвота — 10/8 случаев (40/32 %); 2-я группа — тошнота/рвота — 7/4 случаев (28/16 %); 3-я группа — тошнота/рвота — 8/5 случаев (32/20 %). **Выводы.** Использование данных групп противорвотных препаратов спо-

собно предотвращать развитие тошноты и рвоты, вызванных интратекальным введением опиоидов. Некоторые из них могут быть более эффективны, чем другие, однако доза препаратов и кратность их введения требуют дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Klyukin M.I., Kulikov A.S., Lubnin A.Yu. *The problem of post-operative nausea and vomiting in the patients undergoing neurosurgery* // *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*. — 2017. — 14(4). — 43-51.

УДК617-089.5+614.2:34+613.25

Євсєєва В.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний
центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Успішна імплементація протоколу ERABS у пацієнтів із морбідним ожирінням під час лапароскопічних баріатричних втручань

Вступ. Протокол прискореного ведення (ERAS) був імплементований у багатьох західноєвропейських баріатричних центрах [1–3] і включає кращу практику передопераційної підготовки та стандартизації періопераційної та післяопераційної допомоги, що забезпечить швидке одужання і поліпшить результат лікування. Але залишається неясним, чи всі компоненти класичного протоколу необхідні та пристосовані для успішної реалізації в баріатричній хірургії. **Мета дослідження:** оцінити доцільність впровадження адаптованого для баріатричної хірургії протоколу прискореної реабілітації (ERABS) при лапароскопічних баріатричних втручаннях (ЛБВ), який використовує базові та суттєві зміни ERAS. **Матеріали та методи.** В дослідження було включено 68 пацієнтів із морбідним ожирінням (МО) віком від 18 років та індексом маси тіла ≥ 40 кг/м² або ≥ 35 кг/м² за коморбідної патології, яким у 2011–2018 рр. в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС виконано ЛБВ. Пацієнти були рандомізовані на 2 групи. До першої групи (n = 44) увійшли пацієнти, в яких був реалізований протокол ERABS, до другої групи (n = 24) — пацієнти, до яких не застосовувався жодний протокол прискореної реабілітації. Всім пацієнтам під час операції була проведена комбінована інгаляційна низькопоточна анестезія севофлураном, у першій групі — разом із періопераційною мультимодальною анальгезією та мультимодальною профілактикою післяопераційної нудоти та блювання (ПОНБ). **Результати.** Застосування адаптованого для баріатричної хірургії протоколу прискореного ведення ERABS у пацієнтів з МО дозволило значно скоротити післяопераційну потребу в наркотичних анальгетиках та частоту ПОНБ, у перші 24 післяопераційні години активізувати всіх пацієнтів, розпочати ентеральне харчування. Середній термін перебування у