

3. Відновлення кишкової безперервності повинно проводитися з урахуванням поширеності ракового процесу, ступеня компенсації наслідків кишкової непрохідності, а також супутніх захворювань.

Література

1. Голуб І.Е., Сорокіна Л.В., Ковиршин А.В. Мультиmodalна антиноцицептивна захиста у больних с острої кишкової непрохідністю. // Анестезіологія і реаніматологія - 2004. - № 4 - С.35-37.
2. Корымасов Е.А. Принципи дифференціальної діагностики і тактики при острої кишкової непрохідності / Е.А. Корымасов, Ю.В. Горбунов // Вестн. хірургії ім. І.І. Грекова. - 2003. - № 3. - С. 101 – 106.
3. Тотинов В.З. Лечебно-діагностическая программа при острої спаечной, obturatorной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотино, В.М. Амриллаева, М.В. Калицова // Хирургия. - 2006. - № 2. - С. 38 - 43.

Гринцов А.Г., Буценко В.Н., Куницький Ю.Л. Совпель О.В., Христуленко А.А.

Степень операционного риска при острой кишечной непроходимости, обусловлены раком ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения

57 больных с острої кишкової непрохідністю на почве рака ободочної кишки (РОК). Все больные представлены лицами пожилого и старческого возраста: от 60 до 93 лет. Выделенные факторы риска, определяющие развитие послеоперационных осложнений, предложенные меры их профилактики.

Ключевые слова: *осложненный рак, операционный риск, преклонный возраст.*

Grintsov A.G., Butsenko V.N., Kunitskiy Yu.L., Sovpel O.V., Khristulenko A.A.

The Degree of Operative Risk in Acute Intestinal Obstruction Caused by Colon Cancer in Patients of Elderly and Senile Age

Summary. The results of surgical treatment are analysed 57 patients with acute intestinal obstruction on soil of cancer of colon. All patients are represented by the persons of elderly and senile age: from 60 to 93 years. The heavy concomitant diseases took place at all operated patients. In a postoperative period died 4 (7,0%) patients. Risk factors are selected determining development of postoperative complications at this category of patients, the measures of his prophylaxis are offered.

Keywords: *complicated cancer, operating risk, elderly age, stages.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-089.166/168-616-089.5-035

Гринцов О.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.О., Мате В.В., Аран І.А.

Зниження операційно-анестезіологічного ризику в лапароскопічній хірургії

Кафедра загальної хірургії та хірургічних хвороб стоматологічного факультету
Донецького національного медичного університету ім. М.Горького

Резюме. Одна із категорій якості анестезіологічного забезпечення є міра безпеки, яка сама по собі вимагає визначення міри ризику. Визначено оптимально безпечну хірургічну тактику та анестезіологічне забезпечення при виконанні ендохірургічних втручань. Проведено критичний аналіз результатів гемодинамічного перебігу різних методик загальної анестезії, об'єму операції і перебігу раннього післяопераційного періоду (ускладнення) у 170 пацієнтів (130 жінок - 76,8%; 40 чоловіків - 23,2%) при виконанні лапароскопічних втручань.

Ключові слова: *лапароскопічні операції, операційно-анестезіологічний ризик.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Впровадження ендоскопічної техніки значно знизило інвазивність хірургічних втручань. Це дозволило розширити покази до оперативного лікування, істотно зменшивши обмеження за віком і супутньою патологією. Знизилась кількість післяопераційних ускладнень, особливо з боку дихальної і серцево-судинної систем. Окрім того, значно скоротилися терміни госпіталізації хворих (на 69%), що підвищує пропускну спроможність стаціонарного ліжка і дає велику економічну вигоду [3,4].

Забезпечення надійного анестезіологічного захисту, безпека і керованість анестезії при ендоскопічних операціях для анестезіолога є досить складним завданням [1,5]. Основний об'єм анестезіологічних проблем при проведенні лапароскопічних операцій пов'язаний з необхідністю накладення пневмоперитонеуму зі створенням підвищеного внутрішньочеревного тиску (не більше 12-15 мм рт. ст.) для забезпечення оптимальної візуалізації анатомічних структур і перекладом хворих в нефізіологічне положення [2].

Мета дослідження. Визначення оптимально безпечної хірургічної тактики та анестезіологічного забезпечення при виконанні ендохірургічних втручань.

Матеріал і методи дослідження

Проведений критичний аналіз результатів гемодинамічного перебігу різних методик загальної анестезії, об'єму операції і перебігу раннього післяопераційного періоду (ускладнення) у 170 пацієнтів (130 жінок - 76,8%; 40 чоловіків - 23,2%) при виконанні лапароскопічних

холецистектомій - 63(37,1%); апендектомій - 33(19,4%); фундоплекцій - 34(20%); герніопластик - 27(15,9%), оперативних втручань на товстій кишці - 13 (7,6 %). Середній вік пацієнтів склав 39,6±0,3 років. Фізикальний статус більшості пацієнтів (52%) на момент проведення загальної анестезії відповідав ASA III - IV - V. При проведенні 76,4% операцій пацієнти знаходилися під загальною комбінованою анестезією з ШВЛ, у 23,6% пацієнтів проводили багатокomпонентну загальну анестезію з ШВЛ у поєднанні з епідуральною анальгезією.

Перед операцією виконували ЕКГ, ФЗД, спірометрію. Інтраопераційно оцінювали гемодинамічну стабільність методик анестезії. Проводили моніторинг основних показників гемодинаміки і газообміну: АТ, систолічний (САТ), діастолічний (ДАТ), АТ середній, частоту серцевих скорочень (ЧСС), парціальний тиск CO₂ у кінці вдиху (etCO₂) і насичення киснем гемоглобіну в периферичній крові (SpO₂) на етапах анестезії і операції. У післяопераційному періоді аналізували характер і частоту ускладнень.

Результати дослідження та їх обговорення

Відзначено, що найчастіше реєстрували інциденти, пов'язані з респіраторними порушеннями, - 52,3%. З них критична гіпоксемія складала 10,3% від усієї анестезії, помірна гіпоксемія 23,9%, гіперкапнія 18,1%. Порушення різної міри вираженості, пов'язані з ЦНС склали 20,5%. З них найчастіше відзначали затримку відновлення свідомості після загальної анестезії - у 5,7%, нудоту і одноразову блювоту - у 7,1%, делірій і психомоторне збудження - у 5,8%, післяопераційну гіпотермію і синдром ознобу і м'язевого тремтіння - у 19,9% пацієнтів. Пацієнти з вираженою супутньою патологією кардіореспіраторної системи, ускладненим перебігом основного захворювання мали найбільшу кількість ускладнень в післяопераційному періоді (до 78%). Аналогічний вплив на післяопераційний період мав і об'єм оперативного втручання в 22% випадків.

На підставі отриманих даних ми дійшли висновку, що при ендоскопічних операціях низької і середньої міри ризику основне значення має тривалість операції і у меншій мірі - об'єм втручання. Хворим з високою мірою операційно-анестезіологічного ризику проведення ендохірургічних втручань пов'язано зі збільшенням числа ускладнень анестезіологічного забезпе-

чення, що вимагає обмеження кількості і складності етапів операцій, зниження міри хірургічної агресії, скорочення (до 2 годин) тривалості періоду підтримки карбоксиперитонеума, або використання мануально-асистованої техніки з обов'язковим зниженням рівня внутрішньочеревного тиску, або застосування безгазової лапароскопії як альтернативної технології.

Надалі на етапі планування операції під час доопераційного обговорення анестезіологів спільно з хірургами, враховуючи об'єм, складність і тривалість кожного етапу, супутні захворювання, вид анестезіологічного забезпечення, характер і черговість планованої зміни положення пацієнта на операційному столі, тяжкість стану (по ASA) вдалося об'єктивно і більш аргументовано визначити: послідовність і тривалість етапів хірургічного втручання, максимально безпечний для пацієнта рівень ВЧТ і швидкість інсуфляції; черговість програмованої десуфляції, періодів зміни положення хворого на операційному столі і пов'язаної з цими чинниками тактики анестезіологічного забезпечення.

Висновки

1. Отримані результати підтвердили, що реєстрація критичних інцидентів загальної анестезії - ефективний шлях оцінки і підвищення безпеки пацієнта під час анестезії, спрямований на мінімізацію периопераційних ускладнень.

2. Застосування алгоритму прогнозування можливості виконання ендовідеоскопічного втручання дозволяє прогнозувати ризик, пов'язаний з анестезіологічним забезпеченням, і уникнути цілого ряду інтра- і післяопераційних ускладнень, тим самим покращуючи результати лікування хворих з поєднаною хірургічною патологією.

Література

1. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А. Варианты видеоэндохирургических вмешательств при ГЭРБ. – Эндоскопическая хирургия. - 2005. - С.71-77.

2. Осложнения карбоксиперитонеума во время лапароскопических операций и их профилактика / Давыдов А.А., Баранов Д.В., Крапивин Б.В. и др. // Эндоскоп. хирургия. - 2002. - №2. - С. 23-24.

3. Патогенез гемодинамических и дыхательных расстройств при

лапароскопических оперативных вмешательствах / Азбаров А.А., Буров Н.Е., Курицин А.Н., Фоменко А.В. // Эндоскоп. хирургия. - 2009. - №3. - С. 44-51.

4. Снижение рисков оперативного вмешательства и улучшение результатов лечения в хирургии за последние 15—20 лет / М.П. Толстых, Э.А. Галлямов, В.Г. Ширинский Д.В. и др.// Альманах клинической медицины. М. - 2006. - С.138—141.

5. Anaesthesia for laparoscopy / de Grood P.M.R.M., Harbers J.B.M., van Egmond J., Grul J.F.// Anaesthesia. - 2007. - Vol. 42, №8. - P.815-823.

Гринцов А.Г., Совпель А.В., Шановалова Ю.А., Мате В.В., Арап И.А.

Снижение операционно-анестезиологического риска в лапароскопической хирургии

Резюме. Одна из категорий качества анестезиологического обеспечения является мера безопасности, которая сама по себе требует определения степени риска. Определена оптимально безопасная хирургическая тактика и анестезиологическое обеспечение при выполнении эндохирургических вмешательств. Проведен критический анализ результатов гемодинамического течения различных методик общей анестезии, объема операции и течения раннего послеоперационного периода (осложнения) в 170 пациентов (130 женщин - 76,8%; 40 мужчин - 23,2%) при выполнении лапароскопических вмешательств.

Ключевые слова: лапароскопические операции, операционно-анестезиологический риск.

Grintsov A.G., Soyvel O.V., Shapovalova J.A., Mate V.V., Arap I.A.

Reduction of Operative and Anesthetic Hazard in Laparoscopic Operations

Summary. One of the category quality conducted anesthetic allowance is considered degree to safety, which itself requires the determinations a degree risk. The critical analysis of 170 general anaesthesias is conducted at 170 patients (130 women - 76,8%; 40 men - 23,2%) at different types of surgical activity. The Got results have confirmed that registration critical incident to general anaesthesia - an efficient way of the estimation and increasing to safety of the patient during anaesthesia, effective mechanism of the estimation of the functioning(working) the anesthesiologist. The Results of the study have allowed to reveal the most problem-solving places in undertaking the general anaesthesia and conduct their correction.

Keywords: laparoscopic operations, operating-anaesthetic risk.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-366.6-089.87:615.837.3

Гринцов О.Г., Совпель О.В., Сало М.Ф., Мате В.В.

Порівняльна оцінка морфологічних змін тканин, що піддалися дії ВЧ-електрокоагуляції

Кафедра загальної хірургії і хірургічних хвороб стоматологічного факультету

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. На 30 експериментальних тваринах (кроликах-самцях) вивчено вплив ВЧ-електрокоагуляції на тканини, при відсіченні жовчного міхура та холестази. Доказано, що використання біологічної зварки менш травматично для печінки у порівнянні із біполярною коагуляцією.

Ключові слова: ВЧ електрокоагуляція, жовчний міхур, печінка.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. До теперішнього часу в арсеналі хірургів є багато апаратів і установок, здатних розтинати або коагулювати тканини з використанням різних видів енергії. Проте, не дивлячись на достатню велику кількість фізичних способів дисекції і коагуляції, дотепер не існує строго аргументованих уявлень щодо їх оптимального використання. Перш за все, цьому перешкоджає відсутність систематизованого, комплексного підходу до вивчення особливостей дії різних видів енергії на тканини із врахуванням морфологічних змін, які відбуваються, у області операції і впливом їх на перебіг репаративних процесів. Таке коло маловивчених, а деколи і неоднозначних питань визначає актуальність досліджень в межах даної проблеми.

Мета роботи. Вивчити в експерименті патоморфологічну структуру тканини печінки, протоки міхура, артерії міхура після біполярної електрокоагуляційної дії і при використуванні різних параметрів апарату височастотної зварки м'яких тканин ВЧ-300М1.

Матеріал і методи дослідження

Експериментальна частина виконана в експериментальній операційній на базі Донецького обласного протипухлинного центру (ДЮПЦ) з урахуванням Міжнародних принципів Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментів та інших наукових цілей.

Об'єктом експериментального дослідження були кролики-самці. Загальна кількість їх склала 30 тварин, масою від 3 до 3,5 кг.

Залежно від способу відсікання ЖМ і методу гемостазу і холестази, всі тварини були розділені на дві групи по 15 кроликів в кожній. У I групі тварин виконувалась типова холецистектомія від шийки з роздільною перев'язкою протоки міхура і артерії міхура. Жовчний міхур відсікали за допомогою біполярного електроду. У II групі тварин вивчали вплив ВЧ-електрозварювання на тканину печінки, стінку протоки і артерії міхура, оперативне втручання виконувалося за допомогою