

блемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2012. — № 2. — С. 29–38.

2. Peter G. Teichman *International Aeromedical Evacuation* / G. Peter Teichman, Y. Donchin, J. Raphael Kot // *The new England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 356(262). — P. 70.

УДК 616.34-007.272

Ліпич О.П., Лісецький В.А.

Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Застосування місцевих анестетиків у складі анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії пацієнтів з гострою тонкокишковою непрохідністю

Вступ. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) стає в екстремній хірургії 9,4–14,1 % усіх хірургічних захворювань (Воробей А.В., 2012). Гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) — близько 80–85 % у структурі ГКН (Elroy P.W., 2017). Згідно з даними М.И. Кузьмін-Крутецького та співавторів (2016), летальність при ГТКН в післяопераційному (п/о) періоді становить 9–21 %. Тому важливим є здійснення адекватного анестезіологічного забезпечення таких пацієнтів не лише під час оперативного втручання (ОВ), а й в п/о періоді. **Мета:** вивчення впливу та ефективності епідурального введення місцевих анестетиків (МА) під час і після операції для п/о знеболювання та відновлення моторно-евакуаторної функції (МЕФ) кишечника у хворих, прооперованих з приводу ГТКН, порівняно з опіатами та НПЗП. **Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз 40 пацієнтів, прооперованих шляхом лапаротомії з приводу ГТКН на базі НВМКЦ «ГВКГ». У 20 осіб (контрольна група) операція проходила під багатокомпонентною внутрішньовенною анестезією з інтубацією трахеї та штучною вентиляцією легень, а п/о знеболювання проводилось опіатами (промедол) та НПЗП (кейвер). В інших 20 (дослідна група) ОВ здійснювалось аналогічно, а для знеболювання вводили епідурально 1% р-н лідокаїну (4–6 мл/год) під час і після ОВ 2 дні. Досліджувані групи репрезентативні. **Результати.** У хворих, яким п/о знеболювання здійснювалось опіатами та НПЗП, рівень болю в перші години після ОВ був вищим, ніж у пацієнтів з епідуральною анальгезією (ЕА), 13 хворих із 20 (65 %) потребували додаткового знеболювання промедолом зразу п/о та 7 (35 %) — у першу п/о добу. При застосуванні промедолу парез кишечника зберігався 4–5 днів, пацієнти скаржилися на нудоту, блювання та біль при рухах. У хворих з ЕА відзначено добре знеболювання і появу перистальтики на 2-гу добу п/о періоду. Глікемія плазми крові пацієнтів до ОВ була майже однаковою, а в п/о періоді отримано: через 6 год п/о при застосуванні опіатів рівень глікемії крові $7,64 \pm 0,39$ ммоль/л, а при використанні МА — $6,24 \pm 0,52$ ммоль/л. Через добу —

$7,20 \pm 0,38$ ммоль/л і $5,32 \pm 0,24$ ммоль/л; на третю добу — $6,42 \pm 0,28$ ммоль/л та $5,02 \pm 0,23$ ммоль/л відповідно. **Висновки.** Застосування МА під час ОВ і в п/о періоді у пацієнтів, прооперованих з приводу ГТКН, дозволяє забезпечити добре знеболювання, якнайшвидше відновити МЕФ кишечника та зменшити прояви стрес-реакції організму (показник глікемії плазми крові) порівняно з використанням опіатів та НПЗП.

УДК 616.711.6:612.143:089

Лизогуб М.В.¹, Георгіянець М.А.², Лизогуб К.І.²

¹ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Можливості контрольованої гіпотензії при операціях на поперековому відділі хребта

Вступ. Більшість оперативних втручань на поперековому відділі хребта виконується в умовах загальної анестезії (ЗА), проте цілком обґрунтованим є їх виконання в умовах спінальної анестезії (СА). Однією з переваг СА вважається зниження об'єму інтраопераційної крововтрати. Проте не всі дослідники поділяють цю точку зору. **Мета дослідження:** порівняти об'єм крововтрати на поперековому відділі хребта при використанні спінальної або загальної внутрішньовенної анестезії з керованою гіпотензією. **Матеріали та методи.** Досліджено 215 пацієнтів віком 18–70 років, ASA I–II, яким виконувались планові операції з транспедикулярною стабілізацією 1–2 сегментів хребта. Пацієнтам групи СА (n = 110) виконували спінальну анестезію 0,5% розчином бупівакаїну (4 мл), пацієнтам групи ЗА (n = 105) — загальну внутрішньовенну анестезію (пропофол, фентаніл, атракуріум у стандартних дозах). Середній артеріальний тиск (САТ) жорстко підтримувався на рівні 60–80 мм рт.ст. При САТ < 60 мм рт.ст. використовували фенілефрин, при САТ > 80 мм рт.ст. — урапідил. **Результати.** У групі СА середній артеріальний тиск на момент розрізу був статистично значуще нижче, ніж у пацієнтів групи ЗА ($75,4 \pm 5,2$ мм рт.ст. проти $83,5 \pm 5,6$ мм рт.ст.; $p < 0,05$). У 22 ± 3 % пацієнтів ЗА та 4 ± 1 % пацієнтів СА для підтримання гіпотензії вводили урапідил. Різниця об'єму крововтрати між пацієнтами досліджуваних груп не виявлено. Проте загальний час оперативного втручання був статистично значуще більшим у групі ЗА порівняно із групою СА ($128,5 \pm 40,0$ хв проти $104,6 \pm 26,3$ хвилини; $p < 0,05$). **Висновки.** При проведенні гіпотензивної анестезії загальний рівень крововтрати не залежить від виду анестезії. СА забезпечує ефект