

**Ю. Г. Антипкін, В. Л. Дронова, О. І. Дронов\*, Р. С. Теслюк**

*Державна установа “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”, 04050 Київ  
\*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МЗ України, 01601 Київ*

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ У ЖІНОК З ПОЄДНАНОЮ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ТА ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

На основі аналізу виконання симультанних операцій, проведених у 68 жінок з поєднаною гінекологічною та екстрагенітальною хірургічною патологією, розроблений спосіб анестезіологічного забезпечення оперативних втручань. Цей спосіб характеризується комбінуванням регіонарної анестезії з використанням додаткового внутрішньовенного знеболення в поєднанні зі штучною вентиляцією легень на фоні міорелаксації, що дає змогу знизити депресивну дію наркозу на центральну нервову та серцево-судинну системи, проводити корекцію гемодинаміки у межах контрольованої нормо- чи гіпотонії. Проведення подовженої регіонарної анестезії дає змогу зменшити дозу введення наркотичних анальгетиків у післяопераційному періоді, швидше нормалізувати функцію шлунково-кишкового тракту, відновити фізичну активність жінок, знизити можливий ризик післяопераційних ускладнень. При даному методі анестезії збільшення обсягу оперативного втручання помітно не впливає на ступінь травматичності операції.

**Ключові слова:** жінки з поєднаною гінекологічною та екстрагенітальною хірургічною патологією, симультанні оперативні втручання, способи анестезіологічного забезпечення.

В останні роки більшість хірургів та гінекологів визнають необхідність виконання одномоментних, симультанних операцій. Численні дослідження свідчать про широке розповсюдження поєднаних захворювань органів черевної порожнини та малого тазу (за даними ВООЗ, 30 % хірургічних пацієнтів), проте тільки 11-17 % пацієнтів виконуються симультанні втручання [1, 4, 6]. Оцінка показів та доцільності виконання одномоментних оперативних втручань викликає занепокоєння з приводу відносно можливого підвищення операційного ризику, більшої травматичності, частоти хірургічних і анестезіологічних ускладнень та збільшення летальності. Світові тенденції потребують від сучас-

них гінекологів та хірургів більш широко впроваджувати в практику виконання симультанних операцій. Специфіка анестезії в гінекології визначається особливістю топографо-анатомічного розташування внутрішніх статевих органів, наявністю у більшості оперованих жінок супутньої екстрагенітальної хірургічної патології [5, 10, 12].

Відомо, що при гінекологічних операціях, що виконуються лапаротомічним доступом, особливо при екстирпації матки з придатками, операції Вертгейма, на додатках матки хірургічні маніпуляції пов'язані з тривалою травматизацією обширних рефлексогенних зон малого таза, кишечника, сечового міхура, прямої кишки, великих судинних

ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”

Ю. Г. Антипкін — директор інституту, академік НАМН України

В. Л. Дронова — перший заступник директора з науково-організаційної роботи, керівник відділення оперативної гінекології, д.м.н. (dronovaviktoriya@gmail.com)

Р. С. Теслюк — с.н.с. відділення оперативної гінекології, к.м.н.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України

О. І. Дронов — зав. кафедрою загальної хірургії № 1, д.м.н., професор

© Ю. Г. Антипкін, В. Л. Дронова, О. І. Дронов, Р. С. Теслюк, 2015.

утворень і заочеревинного простору. При проведенні операцій значного обсягу достовірно змінюються функції центральної нервової (ЦНС) і ендокринної систем, кровообігу та дихання, печінки і нирок, імунітету та метаболізму. У відсутності антистресового захисту ці зміни стають небезпечними для життя синдромами, запобігти яким має анестезіолог за допомогою раціонального комплексного анестезіологічного забезпечення [2, 13].

Після оперативного лікування, в тому числі на органах малого таза, організм жінки зазнає ряд нейрогуморальних змін, пов'язаних, з одного боку, з видаленням яєчників, з іншого — з порушенням зворотних рецепторних зв'язків після видалення міометрія та ендометрія. Це веде до розвитку постгістеректомічного синдрому, який складається з вегетосудинних, психоемоційних і обмінно-ендокринних розладів, схожих з клімактеричними.

Механізм нейроендокринних порушень на рівні гіпоталамічної і лімбічної систем полягає у зниженні допамінергічного і підвищенні норадренергічного тону. Емоційні порушення, занепокоєння, депресія, діссомнія, больовий синдром, когнітивні розлади в постменопаузі відображають порушення функції лімбічної та інших систем [7, 9]. Само хірургічне втручання призводить до виникнення психоемоційних порушень, а поєднання операційного стресу з видаленням матки і додатків сприяє значному зростанню психоемоційних розладів. Все це значно порушує соціальну адаптацію хворих. Будь-яка хірургічна операція є фактором агресії, внаслідок якої розвиваються порушення діяльності серцево-судинної, дихальної, нейроендокринної, видільної систем, метаболічні порушення та ін. [5, 7, 11].

Хірургічне втручання є для пацієнта стресом як соматичним, так і психологічним. Провідна роль в подоланні стресу і відновленні гомеостазу належить нервовій системі і залежить від постійних індивідуально сформованих у процесі розвитку кортиковісцеральних і вісцерокортикальних відносин. Не тільки успішна операція, правильно вибраний наркоз та раціональна терапія в післяопераційному періоді, а й стабільний психологічний стан пацієнта, його адекватне реагування на відчуття мають велике значення для одужання [5, 13].

Розглядаючи етіологію, показано, що серед агресивних факторів, що викликають операційний стрес, головними є психоемоційне збудження, біль, патологічні рефлекси невольового характеру, постуральні реакції кровообігу, дихання, крововтрата, пошкодження життєво важливих органів. Кожен із цих факторів проявляє себе по-різному залежно від загального стану хворого, характеру його основної і супутньої патології, тривалості і

травматичності оперативного втручання, адекватності анестезіологічного захисту [2, 3, 14].

Психоемоційне збудження — цей найважливіший агресивний чинник оперативного втручання — не завжди повною мірою враховується хірургами і анестезіологами. Зовні спокійна поведінка хворих перед операцією не означає відсутності психоемоційного стресу, а нерідко, навпаки, веде до загальної більш вираженої гіперкатехоламінемії. Всяка людина боїться майбутньої операції, і конкретно даний страх викликає викид гормонів агресії — катехоламінів. Точно також у зв'язку з передопераційним психоемоційним збудженням підвищується частка гормонів кори наднирників та інших ендокринних залоз. Це пов'язано з психоемоційним фактором росту виділення гормонів агресії перед операцією, що має чітке призначення, вироблене в ході біоеволюції. Больовий фактор — важливий агресивний чинник операційного стресу, який діє і під час, і після операції, стимулюючи гіперкатехоламінемію і викид інших гормонів так само, як психоемоційне збудження. Патологічні рефлекси — ще один фактор операційної агресії — безбольові патологічні рефлекси, що виникають при розтині тканин і тракції різних органів. Ці стимули можуть діяти і через адренергічну систему, збільшуючи викид катехоламінів, і через холінергічну, посилюючи небезпечні наслідки гіперкатехоламінемії — порушення ритму і сили серцевих скорочень, бронхоспазму і т. п. Можуть виникати вентиляційно-перфузійні порушення в легенях, пов'язані з обмеженням рухливості грудної клітки і гравітаційним перерозподілом кровотоку, що ведуть до виникнення дихальної недостатності. Постуральні реакції посилюються при глибокій анестезії, нейроплегії під час виконання епідуральної та спинномозкової анестезії [3, 9, 12].

Важливим є той факт, що наявність екстрагенітальної патології має правильно орієнтувати анестезіолога при виборі більш безпечного виду анестезії, а також передбачити профілактику можливих ускладнень як під час проведення наркозу, так і в післяопераційному періоді. В останні роки намітилася тенденція — відхід від наркозу на користь комбінованих видів загальної анестезії в хірургії. Пропонуються різні підходи до досягнення повноцінної афферентної блокади ноціцептивної імпульсації. Та на жаль, на сьогодні в гінекології не існує єдиної тактики забезпечення анестезіологічного захисту пацієнта при симультанних операціях, враховуючи необхідність гальмування ноціцепції на всіх її рівнях [8, 17, 19]. При проведенні оперативних втручань у пацієнок з великим обсягом операції на двох та більше органах в основному використовуються ізольовані методи анестезіоло-

гічного забезпечення (загальний наркоз, епідуральна чи спінальна анестезія) [15, 16, 18].

Таким чином, актуальним завданням є пошук найбільш раціональних підходів до вдосконалення анестезіологічного захисту пацієнта від хірургічної травми, причому ці підходи можуть відрізнятися в залежності від локалізації, характеру, ступеня травматичності, обсягу операції, визначення показників гормонального гомеостазу, стрес-реактивності організму.

**Обстежувані та методи.** Аналіз анестезіологічного забезпечення був проведений у 150 пацієнток, які перенесли різні варіанти оперативних втручань з приводу поєднаної гінекологічної та екстрагенітальної хірургічної патології в клініці оперативної гінекології ДУ "ІПАГ НАМН України".

При обстеженні визначали анамнез хвороби, наявність гінекологічних та екстрагенітальних захворювань, проведене оперативне лікування, анестезіологічне забезпечення в анамнезі та алергологічний анамнез. При епідуральній анестезії (ЕПДА) використовували набір *B/Braun, Perifix-401* (голка-20G, Німеччина) для здійснення загального (інтубаційного) наркозу — електричний вентилятор *Neptun* № 11/21782, 2011 р. (Бельгія).

**Результати та їх обговорення.** Виконано 150 наркозів, з них оперативні втручання під загальною анестезією (ЗА) — інтубаційним наркозом — проводили у 100 жінок, ЕПДА — у 36 та комбінований метод — штучна вентиляція легень (ШВЛ) + ЕПДА — у 14 жінок.

Великі абдомінальні оперативні втручання, а саме симультанні операції, були виконані в умовах полікомпонентної загальної анестезії (ШВЛ, в/в наркоз) у 44 (28,9 %) жінок з поєднаною гінекологічною і екстрагенітальною хірургічною патологією. Оперативні втручання під комбінованим методом анестезії (ЕДПА + ШВЛ, в/в наркоз) проведено у 11 (7,23 %) та під ЕПДА і в/в наркозом — у 13 (8,6 %) жінок.

Гінекологічні операції проводились під загальним знеболенням у 56 (36,8 %) жінок, під комбінованим методом анестезії — у 3 (1,97 %) та під ЕПДА — у 23 (15,13 %) жінок.

Дані аналізу перед-, інтра- та післяопераційного застосування різних анальгетиків периферичної дії (АПД) — інгібіторів простагландиногенеза (кетопрофен, кетанов, метамізол) та інгібіторів кінногенеза (апротинін) в різних поєднаннях з опіоїдними анальгетиками — вказують на їх значний внесок в антиноціцептивний захист пацієнта.

Слід зазначити, що знеболення після великих за обсягом абдомінальних операцій, виконаних під

ЗА, досягалось при зменшенні доз опіоїдних анальгетиків на 35-60,5 % у порівнянні з операціями, де не використовувались АПД. Ці клінічні дані підтверджують, що АПД, гальмуючи продукцію медіаторів болю, захищають ноціцептори, обмежують висхідну больову імпульсацію, знижують інтенсивність післяопераційного болю. Після великих абдомінальних операцій антипростагландиновий агент в терапевтичній дозі застосовувався не менше 5-7 діб, а антикініновий — протягом 2 діб (апротинін 20 000-30 000 од.). Поряд з анальгетичною дією АПД мають інші корисні властивості (протиабряковий, протизапальний), зменшуючи посттравматичні порушення в тканинах. Враховуючи сказане, при великих порожнинних операціях АПД антипростагландинової і антикінінової дії доцільно включати в схему анестезії навіть при використанні головного антиноціцептивного засобу — сегментарної блокади. Така комплексна попереджуюча анальгезія є найбільш ефективною.

На фоні цього базового захисту не скасовується і значення основних антиноціцептивних компонентів загальної анестезії: опіоїда і кетаміну — антагоніста збуджуючих амінокислот, головного тригера центральної сенситизації. Дослідження підтверджують те, що ступінь потреби в них на фоні ЕПДА залежить від масштабів і травматичності операції. Наприклад, операції на нижніх кінцівках (венектомія) або надпихвова ампутація матки чи екстирпація матки у літньої жінки можуть бути виконані в умовах ЕПДА в поєднанні з легкою седацією малими дозами діпривану або пропофолу без системного застосування анальгетиків центральної дії, тоді як розширені гінекологічні операції з приводу раку шийки та тіла матки потребують обов'язкового доповнення ЕПДА внутрішньовенним введенням фентанілу і анальгетичних доз кетаміну та сибазону.

Проведена розробка оптимального методу комбінованої загальної анестезії в поєднанні з епідуральною блокадою бупівакаїном (L2-L5) для жінок із симультанними операціями на органах малого таза та черевної порожнини. ЗА здійснювали за полікомпонентним принципом на основі діпривану, пропофолу, фентанілу, кетаміну, сибазону з використанням для попереджувальної анальгезії нестероїдних протизапальних препаратів — кетопрофену (1,5 мг/кг внутрішньом'язево за 1 год до операції) і інгібітора протеаз апротиніна (контрикал сумарно 50 000 од. протягом анестезії), а також блокатора H<sub>2</sub>-рецепторів (омез, омепразол 40 мг).

Виконано дослідження в групі 14 (9,20 %) пацієнток, у яких був використаний комбінований наркоз. У цій групі переважали жінки літнього

віку, III категорії за шкалою ASA з різноманітними супутніми захворюваннями, включаючи ішемічну хворобу серця, перенесені інфаркти міокарда, порушення мозкового кровообігу, гіпертонічну хворобу, жовчно-кам'яну хворобу, хронічний холецисто-панкреатит. Тривалість операцій не перевищувала 5 год. Середня крововтрата становила близько 300 мл, початкова доза бупівакаїну —  $(0,82 \pm 0,2)$  мг/кг, загальна інтраопераційна доза —  $(0,29 \pm 0,1)$  мг/(кг·год). Після операції ЕПДА підтримували протягом 1-ї доби (до переведення хворих з відділення інтенсивної терапії в профільне відділення).

Під час операцій з великим обсягом оперативного втручання артеріальний тиск (АТ) й частота серцевих скорочень (ЧСС) у хворих були стабільними; за даними моніторингу електрокардіографії, не відзначено порушень ритму, ішемічних та інших патологічних змін діяльності серця, а показники метаболічного компонента кислотно-лужного стану (рН) знаходилися в межах нормальних значень, що в цілому вказує на адекватний анестезіологічний захист. Слід відзначити також повну відсутність гіпердинамічної реакції АТ й ЧСС впродовж найбільш травматичного етапу операції, де на фоні ЕПДА 0,5 % бупівакаїном значення цих показників були навіть дещо нижче вихідних: систолічний АТ —  $(120,5 \pm 2,3)$  мм рт. ст. при вихідному  $(131,0 \pm 15,4)$  мм рт. ст., ЧСС — відповідно  $(78,6 \pm 11,9)$  хв<sup>-1</sup> і  $(80,5 \pm 9,3)$  хв<sup>-1</sup>.

Отже, такий інтраопераційний анестезіологічний захист має високу ефективність і не потребує значно більших доз системних анальгетиків центральної дії. Слід підкреслити, що для підвищення надійності антиноціцептивної блокади на сегментарному рівні крім ЕПДА необхідний як опіоїд (фентаніл) у середньо-терапевтичних дозах, що нівелиє можливі дефекти або тимчасове ослаблення епідурального блоку, так і кетамін у вищевказаних субанестетичних дозах, що запобігає формуванню центральної сенситизації і гіперальгезії.

У ранній післяопераційний період продовжували плановий мультимодальний антиноціцептивний захист шляхом застосування засобів системної анальгезії: кетопрофен 200 мг/д (або дексалгін 6 мг/д) внутрішньом'язево, контрикал 20 000-30 000 од/д внутрішньовенно, омепразол 40 мг внутрішньовенно, проводячи оцінку інтенсивності болю за шкалою вербальних оцінок від 0 до 4 балів. У даній групі додатково проводилася безперервна епідуральна інфузія ропівакаїну або бупівакаїну, або повноцінна анальгезія при застосуванні кетанова та

дексалгіна. Тобто, застосування двох АПД за принципом попереджувальної анальгезії з продовженням цієї терапії в ранній післяопераційний період покращує якість післяопераційного знеболювання при зниженні потреби в опіоїдах, що дозволяє уникнути істотних побічних ефектів опіоїдної моноанальгезії.

Потрібно відзначити, що при проведенні симультанних операцій у жінок на фоні комбінованого наркозу будь-яких ускладнень та порушень функціонування органів і систем організму відзначено не було. Пацієнткам, яким проводили симультанні оперативні втручання для покращення функції шлунково-кишкового тракту, були використані блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів, назогастральний зонд, що, у свою чергу, сприяло відновленню нормальної функції кишечника з уникненням шлунково-кишкового стазу.

Значний функціональний результат отримано в групі цих пацієнток, де на фоні подовженої ЕПДА при анальгезії з мінімальною дозою кетанова, кеторолака, дексалгіна відбувалося відновлення перистальтики з 1-2-ї доби після операції. Це цілком пояснено кращим захистом і перфузією висцеральних органів в умовах ЕПДА.

Отже, при великих обсягах оперативного втручання для забезпечення повноцінного захисту хворого від операційної травми необхідний мультимодальний підхід, що передбачає гальмування ноціцепції на всіх рівнях, починаючи від зони операційної рани до вищих відділів ЦНС.

### Висновки

1. Оптимальним методом знеболення при проведенні симультанних операцій у пацієнток з наявністю соматичної екстрагенітальної патології може бути застосування регіонарної анестезії (епідуральної) з використанням додаткового в/в знеболення та виконанням штучної вентиляції легень на фоні міорелаксації. Це дає змогу здійснити адекватне знеболення та ноціцептивний захист інтраопераційно.
2. Проведення подовженої регіонарної анестезії дає змогу зменшити дозу введення наркотичних анальгетиків у післяопераційному періоді, швидше нормалізувати функцію шлунково-кишкового тракту, відновити фізичну активність жінок, знизити можливий ризик післяопераційних ускладнень. При даному методі анестезії збільшення обсягу оперативного втручання не робить помітного впливу на ступінь травматичності операції.

## Список використаної літератури

1. *Альтмарк Е. М.* Симультанне лапароскопические операции (обзор литературы) // Вестник хирургии. — 2007. — 166, № 4. — С. 117-125.
2. *Ветшев П. С., Чилингарида К. Е., Ипполитов Л. И.* и др. Хирургический стресс при различных вариантах холецистэктомии // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2002. — № 3. — С. 4-10.
3. *Гарипов Р. М., Ганиев Р. Ф., Корнилаев П. Г.* Некоторые технические особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии // Мат-лы Десятого Юбилейного Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии (Москва, 19-21 апреля 2006 г.) М., 2006. — С. 57.
4. *Гордеева Т. В.* Симультанне лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2006. — 209 с.
5. *Лебедева Е. А.* Симультанне лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 123 с.
6. *Маховский В. З., Аксенко В. А., Маховский В. В.* и др. Одномоментные сочетанные операции в неотложной хирургии и гинекологии // Хирургия. — 2008. — № 9. — С. 41-45.
7. *Никитина Е. В., Литвинова М. Л.* Психологическое состояние женщин, перенесших тотальную гистерэктомию // Мед. журн. — 2009. — № 4. — С. 73-74.
8. *Осипова Н. А., Петрова В. В., Митрофанов С. В.* и др. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 4. — С. 12-16.
9. *Савочкина Ю. В.* Системные нарушения при хирургической менопаузе и их коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 2005. — С. 40-42.
10. *Федоров А. В., Кризер А. Г., Колыгин А. В., Кочатков А. В.* Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) // Хирургия. — 2011. — № 7. — С. 72-76.
11. *Ханина Ю. С., Лобанов А. А., Герасимов С. Л.* Стрессовая реакция у пациентов после лапароскопической холецистэктомии в зависимости от индекса массы тела // Эндоскопическая хирургия. — 2009. — № 3. — С. 44-46.
12. *Butterworth J., Mackey D. C., Wasnick J. D.* Morgan and Mikhail's clinical anesthesiology: 5-th ed. — McGraw-Hill Medical; 2013. — 1392 p.
13. *Fotiadis R. J., Badvil S., Weston M. D., Allen-Mersh T. G.* Epidural analgesia in gastrointestinal surgery // Br. J. Surg. — 2004. — 91. — P. 828-841.
14. *Hines R. L.* Stoelting's anesthesia and co-existing disease. — ElsevierScience, 2012. — 688 p.
15. *Miller R. D., Eriksson L. J., Fleisher L.* et al. Miller's anesthesia: 7th ed. — Churchill Livingstone, Elsevier Science, 2009. — 3312 p.
16. *Regional anaesthesia and antithrombotic agents: recommendations of the European Society of Anaesthesiology* // Eur. J. Anaesthesiology. — 2010. — 27. — P. 999-1015.
17. *Wallace W. A.* Clonidine and modification of perioperative outcome // Current Opinion Anesthesiology. — 2006. — 19. — P. 411-417.
18. *Yao F. S.* Yao and Artusio's anesthesiology: Problem-Oriented Patient Management JPG PDF. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. — 1376 p.

Одержано 3.09.2015

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ю. Г. Антипкин, В. Л. Дронова, А. И. Дронов\*, Р. С. Теслюк

Государственное учреждение "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины", 04050 Киев

\*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца МЗ Украины, 01601 Киев

На основе анализа выполнения симультантных операций, проведенных у 68 женщин с сочетанной гинекологической и экстрагениальной хирургической патологией, разработан способ анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств. Этот способ характеризуется комбинированием регионарной анестезии с использованием дополнительного внутривенного обезболивания в сочетании с искусственной вентиляцией легких на фоне миорелаксации, что дает возможность снизить депрессивное действие наркоза на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, проводить коррекцию гемодинамики в пределах контролируемой нормы- или гипотонии. Проведение продленной регионарной анестезии дает возможность уменьшить дозу введения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, быстрее нормализовать функцию желудочно-кишечного тракта, возобновить физическую активность женщин, снизить возможный риск послеоперационных осложнений. При данном методе анестезии увеличение объема оперативного вмешательства заметно не влияет на степень травматичности операции.

**NEW APPROACHES TO ANAESTHESIOLOGICAL PROVISION  
OF SIMULTANEOUS OPERATIVE INTERVENTIONS IN WOMEN  
WITH COMBINED GYNAECOLOGICAL AND EXTRAGENITAL SURGICAL  
PATHOLOGY**

**Yu. G. Antipkin, V. L. Dronova, A. I. Dronov\*, R. S. Tesliuk**

State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS Ukraine", 04050 Kyiv

\*A. A. Bogomolets National Medical University Ministry of Health Ukraine, 01601 Kyiv

The method of anesthetic management of operative interventions was developed based on the analysis simultaneous operations performed in 68 women with combination gynaecological and extragenital surgical pathology. This method is characterized by combined regional anesthesia using additional intravenous anesthetization in combination with artificial lung ventilation against the background of myorelaxation, thus reducing a depressive effect of narcosis on the central nervous and cardiovascular systems, correct hemodynamics within control normo- and hypotension. Conducting prolonged regional anesthesia makes it possible to decrease the dose of administration of narcotic analgesics in the postoperative period, to faster normalize the function of gastrointestinal tract, restore physical activity of women, and reduce potential risk of postoperative complications. Using this method of anesthesia the increased volume of surgical intervention does not make a significant impact on the degree of surgical injury.