

Кузнецов А.Д., Закала Х.В.

Національний військовий медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», клініка невідкладної медичної допомоги, анестезіології, реанімації, інтенсивної терапії та детоксикації, м. Київ, Україна

Методи покращення ефективності провідникової анестезії у травматологічних пораненнях і хворих

Вступ. Регіонарна анестезія, як окремо, так і в поєднанні з іншими методами анестезії, знову набуває актуальності як метод вибору при різноманітних хірургічних втручаннях на верхніх і нижніх кінцівках. Можливості, що забезпечуються використанням периферичних нервових блоків, полягають у тривалому знеболюванні, селективній зоні дії анестетика та меншій побічній дії порівняно з наркотичними анальгетиками. У Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» було проаналізовано 50 оперативних втручань на верхніх і нижніх кінцівках, на яких виконувалася провідникова анестезія під ультразвуковим контролем. **Мета:** покращити ефективність провідникової анестезії при операціях на верхніх і нижніх кінцівках. **Матеріали та методи.** Було відібрано 2 групи пацієнтів ($n = 50$) із середнім віком $46,0 \pm 14,9$ року. У першій групі (25 пацієнтів) використовувалась провідникова анестезія (міждрабинчаста блокада у 56 % хворих, аксилярна — 24 %, підколінна — 20 %) 0,25% розчином бупівакаїну 40 ± 10 мл. У другій групі (25 пацієнтів) — провідникова анестезія (міждрабинчаста блокада у 64 % хворих, аксилярна — 32 %, підколінна — 4 %) тим самим місцевим анестетиком із додаванням як ад'юванта розчину дексаметазону 4 мг. Регіонарні блокади проводилися під контролем УЗД. Тривалість оперативного втручання у першій групі становила $93,0 \pm 13,7$ хв, у другій групі — $106,0 \pm 31,7$ хв. Порівнювали тривалість блоків у групах за появою болю, використовуючи ВАШ. Статистична

обробка здійснювалась у програмі Excel. **Результати.** У першій групі тривалість блока становила $12,56 \pm 1,26$ год, у другій — $21,64 \pm 1,87$ год.

У першу післяопераційну добу хворі не потребували знеболювання наркотичними анальгетиками. Критерій Стьюдента — 0,004.

Висновки. Використання дексаметазону як ад'юванта статистично подовжує (продовжує) тривалість провідникової блокади, що дозволяє покращити комфорт пацієнта у ранньому післяопераційному періоді та відмовитися від використання наркотичних анальгетиків.

УДК 616.24-073.173:616-089.163

Кузьменко Т.С., Воротинцев С.І., Доля О.С.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Оцінка ефективності спонукальної спірометрії у передопераційному періоді

Вступ. За даними S. Ozalevli та співавт. (2011), низькі вихідні показники зовнішньої функції легень (ЗФЛ) є фактором ризику розвитку ПЛУ. Під час проведення спонукальної спірометрії (СС) у газообмін залучаються попередньо невентильовані альвеоли, що може покращити стан ЗФЛ. Проте існують суперечливі дані щодо ефективності СС у передопераційному періоді [1, 2]. **Мета:** оцінити ефективність передопераційного використання СС на показники ЗФЛ. **Матеріали та методи.** У дослідження було послідовно включено 23 пацієнти віком ≥ 18 років. Стан хворих, яким було заплановане оперативне втручання на верхньому поверсі черевної порожнини, оцінювали за шкалою ARISCAT > 26 балів. Тренування розпочинали за дві доби до операції згідно з методикою: пацієнт виконував глибокий вдих через загубник спірометра Coach 2 (Smiths Medical International, Велика Британія) в сидячому або напівсидячому положенні, на висоті вдиху здійснювалась затримка дихання протягом

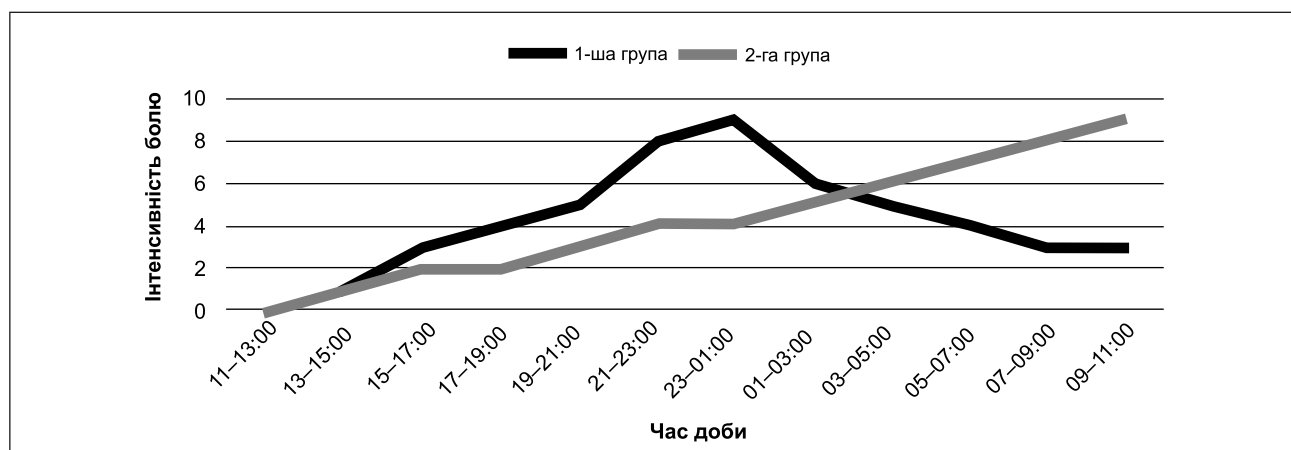


Рисунок 1. Інтенсивність болю за ВАШ у пацієнтів обох груп

3–6 секунд, потім — звичайний видих в атмосферу. Заняття СС проводились протягом 10 хвилин кожні 2 години, починаючи з 10:00 до 20:00. Для оцінки легеневої функції та як критерій ефективності методики використовували показник інспіраторної ємності легень (ІЄЛ). Значення ІЄЛ, що фіксувалися наприкінці кожного дня тренувань, порівнювали з ємністю, яка визначалась до початку занять, та належним рівнем ІЄЛ, що встановлювали за номограмою. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета програм Microsoft Excel 2013 та Statistica for Windows 6.0. **Результати.** Після першого дня занять ІЄЛ збільшилася в середньому на 228 ± 149 мл ($p = 0,000062$). Наприкінці другого дня тренувань спостерігалось вірогідне збільшення ІЄЛ на 419 ± 202 мл ($p = 0,000013$), 43 % (10/23) пацієнтів досягли належного рівня ІЄЛ. Виявлено, що у пацієнтів із початково зниженою ІЄЛ показник у процесі занять СС збільшувався, а з початково належним — залишався сталим. **Висновки.** Використання СС у передопераційному періоді сприяє покращенню зовнішньої функції легень у пацієнтів із початково зниженим її рівнем.

Список літератури

1. Kundra P., Vitheeswaran M., Nagappa M., Sistla S. Effect of Preoperative and Postoperative Incentive Spirometry on Lung Functions after Laparoscopic Cholecystectomy // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2010. — 20(3). — 170-172.
2. Cattano D., Altamirano A., Vannucci A., Melnikov V., Cone C., Hagberg C. Preoperative use of incentive spirometry does not affect postoperative lung function in bariatric surgery // *Transl. Res.* — 2010. — 156(5). — 265-272.

УДК 613.2.032.33:616.34+616.37-089.87

Кузьменко В.О., Гурін П.В., Бабіч М.М.
ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології
ім. О.О. Шалімова» НАМН України, м. Київ, Україна

Клінічне значення інфузійної терапії рестриктивного типу для відновлення моторики шлунково-кишкового тракту після панкреатодуоденальної резекції

Вступ. Сучасні досягнення у хірургічних і анестезіологічних технологіях дозволили знизити рівень летальності після панкреатодуоденальної резекції (ПДР) до 3 %, але післяопераційні ускладнення досягають 29,5–70 % [1, 2]. Програма прискороного відновлення (ППВ), яка була розпочата 1997 року в умовах планової колоректальної хірургії, — це програма комплексного лікування, що включає підготовку на передопераційному етапі, використання мінімально інвазивних технік виконання оперативного втручання та активне ведення післяопераційного періоду для зменшення строків перебування у стаціонарі, зниження частоти післяопераційних ускладнень і часу реабілітації [3]. Одним із компо-

нентів ППВ є рестриктивний тип інфузійної терапії, який може відігравати певну роль у зменшенні набряку анастомозів у післяопераційному періоді [4]. Тому питання пошуку й уникнення факторів, що спричиняють виникнення ускладнень після ПДР, є одним із найважливіших у розвитку сучасної хірургічної панкреатології. **Мета:** дослідити вплив інтраопераційної інфузійної терапії на термін відновлення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і частоту розвитку гастростазу у пацієнтів після ПДР. **Матеріали та методи.** Для оцінки ефективності схем періопераційного лікування було проведено проспективно-ретроспективне дослідження результатів ПДР 78 хворих із доброякісною та злоякісною патологією біліопанкреатодуоденальної зони за період 2003–2017 рр. Із 2015 року при виконанні операції розпочато застосування ППВ. З метою порівняльного аналізу хворих було розподілено на дві групи: у 1-шу групу (група дослідження) включено 39 пацієнтів за період із січня 2015 по грудень 2017 року, періопераційне ведення яких здійснювалось відповідно до ППВ; у 2-гу групу (група порівняння) ретроспективно відібрано 39 пацієнтів за період із січня 2003 по жовтень 2014 року, періопераційне лікування яких проводилося за традиційним методом. Вивчали об'єм інтраопераційної інфузійної терапії, терміни відновлення моторики ШКТ і частоту розвитку гастростазу. **Результати.** Інтраопераційна інфузійна терапія за об'ємом застосованих розчинів була значно нижчою в 1-й групі (2100 мл 95% СІ: [2196; 2300] проти 3300 мл 95% СІ: [3100; 3500]; $p < 0,001$). Пацієнти 1-ї групи повернулися до звичайної дієти швидше, ніж пацієнти 2-ї групи (1,00 день, 95% СІ: [1,00; 1,00] проти 6,00 днів, 95% СІ: [6,00; 7,00]; $p < 0,001$). При статистичному аналізі за даними ROC-кривої було виявлено взаємозв'язок між об'ємом інтраопераційної інфузійної терапії та терміном видалення назогастрального зонда й відновленням перорального харчування в післяопераційному періоді. У пацієнтів 1-ї групи була відзначена менша частота виникнення гастростазу порівняно з пацієнтами 2-ї групи (15,4 % (6 пацієнтів) проти 35,9 % (14 пацієнтів)). **Висновки.** Застосування рестриктивного типу інфузійної терапії в концепції ППВ вірогідно скорочує термін відновлення моторики ШКТ, зменшуючи частоту гастростазу у пацієнтів після ПДР. Статистично вірогідним фактором впливу на можливість проведення раннього перорального харчування виявили об'єм інтраопераційної інфузії у пацієнтів після ПДР.

Список літератури

1. Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ahmedin Jemal *Cancer Statistics, 2018* // *CA Cancer J. Clin.* — 2018. — 68. — 7-30.
2. Pillai S., Palaniappan R., Pichaimuthu A. Feasibility of implementing fast-track surgery in pancreaticoduodenectomy with pancreaticogastrostomy for reconstruction — a prospective cohort study with historical control // *Int. J. Surg.* — 2014. — 12(9). — 1005-9.