

(53,3 %) і аномалії пологової діяльності (20,0 %). Крім того, серед супровідних показань у цій же групі найчастіше траплялися «літня першороділля» (70,0 %), тазове передлежання (16,7 %), великий плід (13,3 %) і передчасний розрив плодових оболонок (16,7 %). Порівняно з цим, у V групі частота кесаревих розтинів становила 63,3 %. Програмоване ведення вагітності та пологів дозволило знизити частоту внутрішньоутробної гіпоксії плода на фоні фетоплацентарної недостатності (33,3 %) й аномалій пологової діяльності (6,7 %). Рівень супровідних показань, як-от: «літня першороділля» (66,7 %), тазове передлежання (20,0 %) і «великий плід» (13,3 %) — залишалися без вірогідних відмінностей. Материнської летальності і вимушеного видалення матки при розродженні не зареєстровано.

При вивченні перинатальних результатів розродження виявлено, що народження недоношених дітей трапилося тільки в IV групі (6,7 %), а головною причиною став передчасний розрив плодових оболонок в 34–35 тиж вагітності. Дуже показовими є показники гіпотрофії й асфіксії різного ступеня вираженості. Так, при за-

гальноприйнятому веденні жінок ці показники становили 66,7 і 26,7 %, що вище порівняно з V групою (20,0 і 6,7 %).

Аналогічна закономірність спостерігалася і при оцінці захворюваності новонароджених. Найчастішим ускладненням раннього неонатального періоду була перинатальна енцефалопатія, яка переважала у IV групі (36,7 % проти 10,0 %). Трохи рідше відзначалися гнійно-запальні захворювання (16,7 % порівняно з 3,3 %); геморагічний синдром (10,0 % проти 3,3 %) і жовтяниця (6,7 %). Така виражена різниця перинатальних ускладнень у новонароджених від матерів з неплідністю в анамнезі свідчить про ефективність розробленого підходу до кесаревого розтину в цій групі хворих. Перинатальна смертність відзначена тільки в IV групі (33,3 %).

Висновок

Таким чином, програмоване ведення вагітності та пологів з адекватною профілактикою фетоплацентарної недостатності у жінок з неплідністю в анамнезі дозволяє суттєво поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Тактичний підхід й удосконалена

методика ведення вагітності є загальнодоступними і можуть набути широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобова М. В. Особливості абдомінального розродження у жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 6. — С. 91-93.
2. Вдовиченко Ю. П., Шадлун Д. Р., Бобова М. В. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — № 1. — С. 109-113.
3. Герасимова Т. В., Ласкіна Ю. С., Бобова М. В. Беременность и роды у женщин с аменореей в анамнезе // Сб. тр. Крым. медун-та им. С. И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». — Симферополь, 1997. — Т. 133. — Ч. 1. — С. 193-198.
4. Герасимова Т. В., Хіменко М. В., Ласкіна Ю. С. Кесарський розтин у жінок з неплідністю в анамнезі // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України «Кесарський розтин в сучасному акушерстві». — Сімферополь, 1998. — С. 62-63.
5. Ласкіна Ю. С., Герасимова Т. В., Бобова М. В. Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 3. — С. 74-76.
6. Ласкіна Б. С., Герасимова Т. В., Бобова М. В. Особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з гіпогонадотропною формою аменореї // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал. — 1998. — № 2-3. — С. 108-110.

УДК 616.33-002.44:616-005.1

О. О. Буднюк

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВАГОТОМІЙ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні ендоскопічні технології використовуються в кожному лікувальному закладі, де є великі хірургічні відділення

[1; 2]. Значними факторами сприяння розповсюдженню лапароскопічної методики є, з одного боку, розширення показань до цих втручань, а з дру-

гого — сучасні можливості анестезіології, які дозволяють виконувати ці операції.

Слід зазначити, що в останні роки спостерігається значний



прогрес у використанні лапароскопії в ургентній гастрохірургії, особливо у хворих з виразковою дуоденальною кровотечею. Необхідно відмітити, що анестезіологічне забезпечення лапароскопічних ваготомій має свої особливості — вплив карбперитонеуму, ризик розвитку вагокардіального рефлексу, гіповолемія і гіпоксемія, що в комплексі можуть спричинити розвиток тяжких інтраопераційних ускладнень [3; 4]. Тому є доцільним вивчення можливості використання різних засобів загальної анестезії під час лапароскопічної ваготомії.

Мета дослідження — оптимізація анестезіологічного забезпечення лапароскопічних ваготомій у хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи дослідження

За період з 2001 по 2003 рр. було досліджено 65 хворих з виразковою дуоденальною кровотечею, яким виконана лапароскопічна ваготомія. При госпіталізації ступінь крововтрати був помірним та середнім (за В. Д. Братусем, 1988). Усім хворим протягом 2–3 діб проводили гемостатичну та інфузійно-трансфузійну терапію. Після припинення кровотечі виконували лапароскопічну ваготомію.

Першу групу (n=33) склали хворі, яким проводилася внутрішньовенна анестезія (тіопентал натрію 5–6 мг/кг — індукція, кетамін 1,5–2 мг/кг, ГОМК 20–30 мг/кг, фентаніл 0,0014 мг/кг) з штучною вентиляцією легень (ШВЛ), при цьому внутрішньочеревний тиск не перевищував 10 мм рт. ст. Другу групу (n=32) утворили хворі, яким проводилася внутрішньовенна анестезія (кетамін 1,5–2 мг/кг, сибазон 0,15–2 мг/кг, фентаніл 0,0014 мг/кг) із ШВЛ. За 2–3 хв до маніпуляції на гілках блука-

ючого нерва повторно вводили атропіну сульфат. Внутрішньочеревний тиск не перевищував 10 мм рт. ст.

Хворим обох груп проводили однакову премедикацію (атропіну сульфат, сибазон, морфін, димедрол), а також до та інтраопераційну інфузійно-трансфузійну терапію (рефортан, розчин Рінгера, еритроцитарна маса). В усіх хворих вивчали показники гемодинаміки (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень), а також проводили оксиметрію. Дослідження проводили на таких етапах: попередній стан (1-й етап), після інсуфляції газу (2-й етап), маніпуляція на вагусі (3-й етап) і після десуфляції газу (4-й етап).

Результати дослідження та їх обговорення

На 1-му та 2-му етапах у хворих обох груп реєстрували стабільність показників гемодинаміки.

У 8 (25 %) хворих першої групи на 3-му етапі зареєстровано зниження артеріального тиску (-18 ± 3 мм рт. ст.) з брадикардією. Для корекції цього стану 6 хворим вводили внутрішньовенно атропіну сульфат, а 2 хворим — внутрішньовенно краплинно дофамін 5–10 мкг/(кг·хв). На 4-му етапі показники гемодинаміки стабілізувались у всіх хворих. Значна кількість (25 %) випадків виникнення вагокардіального рефлексу у хворих першої групи пов'язана з дією тіопенталу натрію і карбперитонеуму на вагус, провідну систему серця і серцевий викид, що значною мірою проявляється під час маніпуляції на гілках блукаючого нерва [4].

У 1 (3 %) хворого другої групи зареєстровано зниження артеріального тиску (-15 ± 2 мм рт. ст.) без брадикардії. Для корекції цього стану було збільшено об'єм інтраопераційної інфузійної терапії (рефортан,

розчин Рінгера). Менша кількість (3 %) випадків виникнення вагокардіального рефлексу у хворих другої групи пов'язана із симпатоміметичною дією кетаміну, повторним введенням атропіну сульфату перед маніпуляцією на гілках блукаючого нерва, а також відсутністю ваготропного ефекту тіопенталу натрію. Виникнення вагокардіального рефлексу у хворих другої групи пов'язане з ваготропною дією карбперитонеуму на вагус і механічною дією на нього.

Висновки

1. Найбільш небезпечним етапом лапароскопічної ваготомії є маніпуляція на гілках блукаючого нерва.

2. Виключення ваготропних анестетиків (тіопентал натрію, диприван) і застосування анестетиків з симпатоміметичним ефектом (кетамін), а також повторне введення атропіну сульфату значно знижує ризик виникнення вагокардіального рефлексу.

3. Найбільш доцільним у хворих з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки під час лапароскопічної ваготомії є використання внутрішньовенної анестезії (кетамін, сибазон, фентаніл) з ШВЛ.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Відеоендоскопічні операції в хірургії і гінекології* / В. М. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саєнко та ін. — К.: Здоров'я, 1999. — 304 с.
2. *Франтзайдес К.* Лапароскопическая и торакокопическая хирургия: Пер. с англ. — М.; СПб.: Изд-во БИНОМ, Нев. диалект, 2000. — 320 с.
3. *Анестезиологическое обеспечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки* / Н. П. Юзвук, А. С. Владыка, Г. Ф. Черный и др. // *Знеболювання й інтенсивна терапія*. — Одеса, 2000. — С. 42-43.
4. *Чуєв П. М., Владика А. С., Буднюк О. О.* Анестезіологічне забезпечення ендоскопічних втручань. — Одеса, 2004. — 113 с.

