7. *Djurberg H, Facharzt WP, Damien J, et al. Anesthesia Care for Living-Related Liver Transplantation for Infants and Children WithEnd-Stage Liver Disease: Report of Our Initial Experience. J Clinical Anesthesia, 2002; 14: 564 –570.*
8. *Ulukaya S, Arikan Cë , Aydogrdu S, et al. Immediate tracheal extubation of pediatric liver transplant recipients in the operating room. Pediatr Transplantation, 2003; 7: 381–384.*
9. *Harihara Y, MakuuchiM, KawarasakiH, et al. Living related liver transplantation in adults compared with children. Transplant Proc, 2000; 32: 2160–2161.*

Вивчені особливості анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії у 35 реціпієнтів родинної трансплантації печінки у віцідо 3 років, що забезпечують стабільний інтраопераційний гемодинамічний і метаболічний гомеостаз при застосуванні двох видів анестезії: тотальної внутрішньовенної (30 пацієнтів) і газової ізофлюраном або севофлюраном (5 пацієнтів), та також післяопераційної і нтенсивної терапії (інфузійної, нутритивної. медикаментозної, діагностичної).

Ключові слова: родинна трансплантація печінки, тотальна внутрішньовенна анестезія, ізофлюран, інтенсивнатерапія, гемодинаміка, метаболізм, г омеостаз.

There were learned methods of anaesthesiological management and intensivetherapy providing in 35 recipients of living relative liver transplantation at the ageof below 3 years. They make the intraoperative hemodynamic and metabolic homoeostasis stable during using 2 methods of anaesthesia: total intravenose (30 patients) and gas with isoflurane ore sevoflurane (5 patients). There is important the posteoperative intensive therapy (infusion, medication, nutrition, diagnostic).

Key words:living relative liver transplantation, total intravenose anaesthesia, isoflurane, intensive therapy, hemodynamic, metabolism, homoeostasis.

УДК 617.55-06:616.12-008.313]-089.5

В.М. Косован*, О.О. Буднюк**, Н.В. Косован*

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Одеська обласна клінічна лікарня; Одеський національний медичний університет***

Метою роботи була оцінка ефективності пролонгованої е підуральної анестезії у хворих в інтра- та післяопераційному періодах. Доведено, що використання пролонгованої епідуральної анестезії дозволяє попередити інтраопераційніпорушення гемодинаміки, а також післяопераційний парез кишківника.

Ключові слова: епідуральна анестезія, парез кишківника.

Мета – оцінити ефективність пролонгованої епідуральної анестезії у хворих в інтра- та післяопераційному періодах.

МАТЕРІАЛИ ІМЕТОДИ

За період з 2006 по 2010 р. було досліджено 39 хворих, яким виконано реконструктивно-відновніоперації з одностовбуровими товстокишковими стомами. На попередньому етапі цим хворим виконані обструктивні резекції сигмоподібної кишки з приводу злоякісних новоутворень. Першу групу (n=19) склали хворі, яким проводилась епідуральна анестезія з штучною вентиляцією легень та внутрішньовенною седацією. За 30 хвилин до пункції епідурального простору проводили волемічну підготовку за допомогою 6% розчину Рефортану 500 мл ірозчину Рингеру 400 мл. Після цього виконували пункцію епідурального простору на рівні ThX-VIII з проведенням катетеру на 3 см краніально [1,2]. Вводили тест-дозу 40-60 мг 2% розчину лідокаїну. Через 5-10 хв вводили 1-1,4 мл на один сегмент. Сенсорний блок оцінювали методом pin-prick, рівень симпатичної блокади по температурній чутливості і моторний блок – по шкалі P.Bromage [3]. Після виникнення клінічних ознак епідуральної анестезії, проводили седацію хворого, інтубацію трахеї з наступною штучною вентиляцією легень. Підтримання епідурального блока здійснювали введенням 0,5% розчину бупівакаїну. В цій групі післяопераційне знеболення і стимуляція моторно-евакуаторної функції кишечника проводилось за допомогою пролонгованої епідуральної анестезії. Другу групу (n=20) склали хворі, яким проводилась внутрішньовенна анестезія (фентаніл, сибазон, тіопентал натрію та пропофол) з штучною вентиляцією легень. Післяопераційне знеболення істимуляція моторно-евакуаторної функції кишківника проводилось за допомогою загальноприйнятих методик.

Хворі обох груп не відрізнялись м іж собою за віком, статю, р изиком анестезії, супутньою патологією, об'ємом і тривалістю оперативного втручання

Ризик анестезії оцінювали за шкалою Американської Асоціації Анестезіологів. Моніторинг проводився згідно Гарвардського протоколу. За допомогою інтегральної реографії (реограф „Р 4-02") за М.А. Тищенко,

реєстрували серцевий індекс (СІ), ударний об'єм (УО), ударний індекс (УІ) та загальний периферійний опір судин (ЗПОС). Параметри центральної гемодинаміки реєстрували на таких етапах: до операції (1-й), після індукції (2-й), травматичний етап операції (3-й) та після закінчення операції (4-й). Ступінь тяжкості післяопераційного парезу кишечника оцінювали згідно загальноприйнятим рекомендаціям. Статистичну обробку проводили за допомогою статистичної програми «STATSOFTSTATISTICA 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі у хворих обох груп був еукінетичний тип гемодинаміки. У хворих першої групи на другому етапі відбулося зниження АТсист. (-29,23%), АТдіаст. (-25,43%), ЗПОС (-14,3%) (табл. 1).

Це пов'язано з розвитком симпатичного блоку, а також гіпотензивною дією внутрішньовенних анестетиків (тіопентал натрію), якізастосовувались для індукції. Також відмічено зниження СІ(-3,67%). Зниження цих показників пов'язане з порушенням венозного повернення кровідо правого серця. На третьому етапіпоказники центральної гемодинаміки залишались зниженими, але в порівнянніз другим етапом дещо підвищились. Це пов'язано з інтраопераційною інфузійною терапією. На четвертому етапі залишались зниженими АТсист. (-20,18%), ЗПОС (-9,89%). Незначне підвищення АТ іЗПОС пов'язане зі зменшенням інтенсивностіс импатичного блоку.

У хворих другої групи на другому етапіреєструвалось значне підвищення АТ сист. (+21,15%), АТдіаст. (+17,67%), ЧСС (+11,41%) (табл. 2).

При цьому відбулось зниження УІ(-8,32%). Ці зміни виникли внаслідок розвитку інкубаційного стресу. На третьому етапізареєстровано зниження АТсист. (-14,37%), СІ(-11,17 %), УІ(-12,45%) та УО (-15,31%). ЗПОС залишався підвищеним. Ці зміни характеризували гіпокінетичний тип гемодинаміки. Це пов'язано з кардіодепресивною дією тіопенталу натрія. На четвертому етапіоперації у хворих другої групи показники гемодинаміки практично повертались до рівня доопераційних показників.

Як видно з табл. 3, в групі хворих, яким застосовували епідуральну анестезію в ранньому післяопераційному періоді частота парезу кишківнику становила 10,5% проти 95,5% у хворих другої групи. Отримані дані підтверджують дані літератури щодо ефективно стіепідуральної анестезії для профілактики парезу кишечника [2].

Таблиця 1. **Показники центральної гемодинаміки у хворих першої групи (n=19) (M±m)**

Показники	Етапи операції			
	1-й	2-й	3-й	4-й
АТ сист.	158,5±3,24	112,1±2,45**	124,4±0,92**	145,2±2,08*
АТ діаст.	88,3±2,51	62,72±1,32**	68,2±2,04*	86,7±0,82
ЧСС	90,2±2,21	76,1±3,12**	72,2±1,24**	86,3±1,02
СІ	2,52±0,68	2,28±0,11	2,34±0,78**	2,48±0,98
УІ	29,21±1,73	28,26±1,63*	29,42±1,29**	27,5±1,04*
УО	55,09±2,88	52,34±2,78*	53,51±2,01*	58,02±2,10
ЗПОС	3620,95±148,5	3052,21±137,5*	3061,30±162,1**	3724,15±194,5

*Примітка. * - P < 0,05; ** - P < 0,01.*

Таблиця 2. **Показники центральної гемодинаміки у хворих другої групи (n=20) (M±m)**

Показники	Етапи операції			
	1-й	2-й	3-й	4-й
АТ сист.	160,55±2,71	178,9±2,62**	142,61±2,32**	143,68±1,78*
АТ діаст.	92,47±1,78	114,21±1,21*	90,26±1,89**	92,32±1,52**
ЧСС	84,2±1,84	95,4±1,61*	82,38±1,67**	80,21±2,01*
СІ	2,46±0,45	2,50±0,41	2,12±0,5	2,18±0,42
УІ	27,32±2,27	25,12±2,37*	24,81±1,82**	25,93±1,19*
УО	52,42±2,94	50,38±2,71*	44,56±0,72**	51,62±1,48
ЗПОС	3593,47±152,4	4083,47±167,3*	4049,58±178,2**	4038,62±192,1*

*Примітка. * - P < 0,05; ** - P < 0,01*

Таблиця 3. **Динаміка післяопераційного парезу кишечника у хворих різних груп**

Парез кишечника	Перша група (n=19)	Друга група (n=20)
Відсутній	17 (89,5%)*	1 (5,0%)
Клінічні ознаки	2 (10,5%)*	19 (95,5%)
Всього (n=39)	19 (100%)*	20 (100%)

*Примітка: * - P<0,05 (порівняно з хворими другої групи)*

ВИСНОВКИ

1. Використання пролонгованої епідуральної анестезії дозволяє попередити інтраопераційніпорушення гемодинаміки.
2. Найбільш оптимальним методом профілактики післяопераційного парезу кишечника слід вважати пролонговану епідуральну анестезію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Бараш П.Д., Куллен Б.Ф., Стелтинг П.И. Клиническая анестезиология. М.: Мед. лит., 2006, с.184-188.*
2. *Корячкин В.А., Страшнов В.И. Спинномозговая и эпидуральная анестезия. СПб.: Изд-во ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство», 2000, 95с.*
3. *Ревер Н. Атлас по анестезиологии / Пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ, 2009, с. 126-135.*

В.Н. Косован, А.А. Буднюк, Н.В. Косован

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Целью работы была оценка эффективности продленной эпидуральной анестезии у больных в интра- и послеоперационном периодах. Установлено, что использование продленной эпидуральной анестезии позволяет предупредить интраоперационные нарушения гемодинамики, а также послеоперационный парез кишечника.

Ключевые слова: эпидуральная анестезия, парез кишечника.

V.N.Kosovan,A.A.Budnyuk, N.V. Kosovan

THEEFFICIENCY OFEPIDURALANESTHESIA INRECONSTRUCTIVEOPERATIONS ONTHE COLON

The aim of the work was to evaluatethe efficiency of prolonged epidural anesthesiain patients with intra- and postoperative period. Found that prolongeduse ofepidural a nesthesiacan preventintraoperativehemodynamic and postoperativ eintestinal paresis.

Key words: epidural anesthesia,paresis ofthe intestine.

УДК 616.821.2/.5:616-08-035:616-037

А.А.Криштафор

ПОСТКРИТИЧЕСКИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины

Выраженность и частота развития посткритических когнитивных нарушений определяют необходимость разработки системы профилактики и коррекции когнитивных функций, начиная с острого периода критического состояния и заканчивая полным их восстановлением. Эта система должна включать мероприятия медикаментозного, интеллектуально-тренингового и организационного характера.

Ключевые слова: посткритические когнитивные нарушения, профилактика и коррекция.

Критические состояния сопровождаются выраженным стрессом, что отражается на снижении когнитивных функций не только в течение острого периода, но часто сопровождает течение периода восстановления, что обуславливает необходимость включения мероприятий профилактического и лечебного характера, направленных на защиту мыслительных функций, начиная с острого периода и продолжающихся до полного восстановления.

Важность защиты когнитивных функций у больных с критическими состояниями обусловлена высокой вероятностью развития у них не только легких, но и более тяжелых вариантов когнитивных расстройств, что может трансформироваться в тяжелые когнитивные нарушения вплоть до деменции, что часто наблюдается у больных пожилого и старческого возраста, но обретает особую важность у больных трудоспособного возраста в связи возможной длительной неспособностью выполнять привычную интеллектуальную работу.

Всё вышесказанное определяет актуальность разработки системы профилактики и лечения когнитивных расстройств у больных с критическими состояниями, включающей, как мероприятия медикаментозного характера и интеллектуально-тренинговые программы, так и организационного плана, вплоть до включения в штат отделений анестезиологии и интенсивной терапии психотерапевта, задачей которого должно стать выявление когнитивных нарушений и проведение интеллектуальных занятий с больными.

На кафедре анестезиологии и ИТ ГЗ «ДМА» МОЗ Украины в настоящее время разрабатывается концепция защиты когнитивных функций на этапах оказания помощи больным с критическими состояниями, которая будет представлена в будущих публикациях.