

периферического сопротивления в гомолатеральных патологическому очагу экстра- и интракраниальных артериях головного мозга у лиц с дислокацией срединных структур более 5 мм, чем у пациентов 1 группы ($p < 0,05$). Статистически значимое повышение V_{ps} , PI , RI в ВСА и СМА у лиц 2 группы может быть обусловлено значительным напряжением либо срывом механизмов ауторегуляции мозгового кровотока, что требует дальнейшего их изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Blood pressure and intracranial pressure-volume dynamics in severe head injury: relationship with cerebral blood flow / G. J. Bouma [et al.] // J. neurosurg. — 1992. — Vol. 77, № 1. — P. 15–19.
2. Pressure reactivity as a guide in the treatment of cerebral perfusion pressure in patients with brain trauma / T. Howells [et al.] // J. neurosurg. — 2005. — Vol. 102, № 2. — P. 311–317.

УДК 618.5-089.888.61:[616-089.5-031.81+616-089.5-032:611.829]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБЩЕЙ И СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Деденко И. В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *И. А. Корбут*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Кесарево сечение — хирургическая операция, при которой рассекают беременную матку и извлекают плод и послед [1]. Общая анестезия (наркоз) — это бессознательное состояние, с утратой болевой чувствительности и произвольных движений, возникающее при временном торможении функций ЦНС [3]. Спинальную анестезию осуществляют путем введения анестетика в субарахноидальное пространство спинномозгового канала [2].

Цель

Проанализировать показатели гемодинамики на этапах общей анестезии (ОА) и спинальной анестезии (СА) при операциях кесарево сечение (КС).

Материалы и методы

Ретроспективный анализ историй родов 60 женщин с оперативным родоразрешением, отобранных методом случайной выборки в УГОКБ за период июль 2013 г. — январь 2014 г. Первая группа — пациентки с ОА ($n = 30$); вторая группа — обследованные со СА ($n = 30$). Статистический анализ с использованием программы MedCalc 10.2.0.0. Для количественных данных вычислены медианы (Me) и интерквартильные размахи (25 и 75 процентиля). Для качественных признаков вычислена доля (P) и доверительный интервал доли (ДИ). Сравнение двух групп с использованием критерия Манна–Уитни (U) для количественных признаков и критериев Фишера (p) и χ^2 -квадрат (χ^2) для качественных признаков. Статистически значимыми считались результаты при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Степень анестезиологического риска по ААА была оценена у всех обследуемых как риск обезболивания II степени, оценка физического состояния по ASA у всех женщин II класса. Экстренное КС чаще встречалось у пациенток 1-й группы — 12 (40,00 ± 9,10 %) случаев, чем у пациенток 2-й группы — 5 (16,67 ± 6,92 %) случаев. Острый дистресс плода был показанием для КС в 1-й группе в 7 (23,33 ± 7,85 %) случаях, во 2-й группе — 1 (3,33 ± 3,33 %) случай, $p = 0,05$. Операционный доступ по Пфанненштилю в 1-й группе составил — 21 (70,00 ± 8,51 %) случай, во 2-й группе — 22 (73,33 ± 8,21 %) случая. Длительность операции КС в 1-й группе составила 48,0 (40,0; 55,0) минут, во 2-й группе — 43,0 (38,0; 52,0) минуты. Интервал от начала операции до извлечения плода в 1-й группе составил — 4,5 (4,0; 6,0) минуты, во 2-й группе — 6,0 (4,0; 7,0) минут, $Z = -1,95$, $p = 0,05$.

Среднее артериальное давление (САД) в начале КС у пациенток 1-й группы — 95,0

(92,0; 102,0) мм рт. ст., во 2-й группе — 88,0 (83,0; 93,0) мм рт. ст., $Z = 3,38$, $p = 0,0007$; САД в течение основного этапа операции значимо не различалось у пациенток 1-й группы — 89,0 (86,0; 97,0) мм рт. ст., во 2-й группе — 88,0 (85,0; 90,0) мм рт. ст.; САД в конце КС у пациенток 1-й группы — 93,0 (88,0; 102,0) мм рт. ст., во 2-й группе — 88,0 (85,0; 93,0) мм рт. ст., $Z = 2,59$, $p = 0,009$. Частота сердечных сокращений (ЧСС) не имела статистических различий: в начале КС у пациенток 1-й группы — 82,0 (72,0; 90,0) удара в минуту, во 2-й группе — 84,0 (77,0; 89,0) удара в минуту; в течение основного этапа операции у пациенток 1-й группы — 78,0 (75,0; 83,0) ударов в минуту, во 2-й группе — 82,0 (76,0; 85,0) удара в минуту; в конце КС у пациенток 1-й группы — 78,0 (75,0; 84,0) ударов в минуту, во 2-й группе — 80,0 (74,0; 85,0) ударов в минуту. Сатурация кислорода была одинаковой у обследуемых пациенток в начале КС, на основном этапе операции, и в конце вмешательства — 99,0 (99,0; 100,0) %.

При изучении кислотно-щелочного состояния в послеоперационном периоде были выявлены различия в содержании глюкозы крови: у пациенток 1-й группы — 5,8 (5,15; 6,4) ммоль/л, во 2-й группе — 4,7 (4,1; 5,0) ммоль/л, $Z = -4,2$, $p < 0,0001$.

Выводы

1. Общая анестезия являлась методом выбора во время экстренной операции, в т. ч. при остром дистрессе плода.

2. Значимых различий в показателях гемодинамики (артериальное давление, частота сердечных сокращений) при применении общей анестезии и спинальной анестезии выявлено не было.

3. Выполнение операции в плановом порядке при спинальной анестезии сопряжено с более низким уровнем глюкозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство / Г. М. Савельева [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 516–530.
2. Анестезиология и реаниматология / О. А. Долина [и др.]; под ред. О. А. Долиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 216–218, 263–282, 337–360.
3. Вдовиченко, В. П. Фармакология и фармакотерапия / В. П. Вдовиченко. — Минск: Асобны, 2008. — С. 155–167.

УДК 616.98:616.33]:615.015.46

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ *HELICOBACTER PYLORI*

Демьяненко И. Н., Коржевская Н. А.

Научные руководители: к.м.н. С. А. Шут, к.м.н. А. В. Воронаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Определение ведущей роли *Helicobacter pylori* (Hр) в развитии гастрита, язвы и рака желудка привело к необходимости использования антибиотиков в ходе лечения данных заболеваний. Однако в последние годы отмечено нарастание неудач при проведении антихеликобактерной терапии. Одной из основных причин неудач считается резистентность бактерии к используемым антибиотикам, которая возникает в результате бесконтрольного использования антибактериальных препаратов в целом и неадекватной антихеликобактерной терапии. Наиболее часто в схемах эрадикации Hр присутствуют кларитромицин и амоксициллин, при наличии противопоказаний один из препаратов может быть заменен на тетрациклин. В настоящее время во всем мире мало устойчивых к амоксициллину штаммов. Однако во многих странах растет устойчивость Hр к кларитромицину и тетрациклину. Поэтому назначение антибактериального препарата оправданно в тех случаях, когда резистентность наиболее распространенных штаммов Hр в данном регионе не превышает 15–20 %.