

тивным, если показатель равен или $> 65\%$. Рассчитанный в ходе исследования коэффициент URR составил $67,8\%$. Что может свидетельствовать об эффективности гемодиализа.

Анкета SF-36 является неспецифическим опросником для оценки качества жизни пациента, широко используемым при проведении исследований качества жизни в странах Европы и в США. Оценка компонентов здоровья осуществляется в баллах с помощью 8 шкал. Из них формируются два компонента здоровья: физический и психологический компоненты. Более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Максимальное количество баллов — 100. Результаты проведенного анкетирования приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Компоненты качества жизни

	Физический компонент	Психологический компонент
До (баллы)	32,23	22,83
После (баллы)	41,48	38,60
Разница	9,25	15,77

Таким образом, у пациентов с ХБП после начатого аппаратного метода очистки крови «гемодиализ» физический компонент повысился на 9,25 баллов, а психологический — на 15,77 баллов.

Выводы

1. Гемодиализ нормализует содержание мочевины (коэффициент URR = $67,8\%$), снижает концентрацию креатинина и глюкозы (при гипергликемии), восстанавливает нарушения водно-электролитного баланса, и, следовательно, является эффективным методом очистки крови.

2. Гемодиализ увеличивает физический и психологический компоненты здоровья, что свидетельствует о повышении качества жизни пациентов, находящихся на гемодиализе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Moeller, S. ESRD patients in 2001: global overview of patients, treatment modalities and development trends / S. Moeller, S. Gioberge, G. Brown // Nephrol.Dial.Transplant. — 2002. — № 17, № 12. — P. 2071–2076.

2. Руководство по диализу / под ред. Дж. Т. Даугирдаса / пер. с англ.; под ред. А. Ю. Денисова, В. Ю. Шило. — 3-е изд. — М.: Центр диализа. Тверь: ООО Издательство «Триада», 2003. — С. 35–88.

УДК 616-089.5.-032:611.829

ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ КАК ЧАСТЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ FAST TRACK SURGERY. АНАЛИЗ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНАЛЬГЕЗИИ

Фесько А. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. В. Лызикова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Любое оперативное вмешательство сопровождается развитием последствий от хирургического стресс-ответа: расстройства со стороны дыхательной, сердечной, иммунной системы, системы гемостаза и т. д. С целью минимизации хирургического травматизма, оптимизации интра- и послеоперационного обезбоживания, более раннего восстановления и сокращения сроков госпитализации была предложена мультимодальная программа Fast Track Surgery (FTS-хирургия быстрого восстановления). Она включает в себя несколько этапов подготовки пациента к операции и правильным ведением пациента в послеоперационном периоде: отказ от механической очистки толстого кишечника, премедикации опиоидными анальгетиками, предоперационного голодания; использование регионарных методов обезбоживания, предотвращение интра- и послеоперационной гипотермии, назначение высоких доз

кислорода до операции, отказ от необоснованных гемотрансфузий, наиболее раннее удаление эпидурального, мочевого, центрального катетеров; назначение прокинетики в послеоперационном периоде и раннего послеоперационного энтерального питания [1].

Местные анестетики (МА), применяемые при эпидуральной анестезии, оказывают не только антиаритмическое действие, но и другие эффекты за счет достижения концентраций, не достаточных для блокады Na^+ каналов, путем абсорбции МА из эпидурального пространства в плазму. К таким эффектам относят антитромботический и противовоспалительные эффекты [2].

Цель

Изучение эффективности различных методов анальгезии в периоперационном периоде, оценка потребности и продолжительности использования наркотических и ненаркотических анальгетиков; сравнение воспалительных изменений в крови пациентов, длительности голодания и перехода на энтеральное питание; сроки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и исходы в различных группах.

Материал и методы исследования

Ретроспективно было изучено течение периоперационного периода 40 пациентов, которые были госпитализированы в ОРИТ УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в период январь-июнь 2016 г. Основную группу составили 20 пациентов, которым была проведена комбинированная анестезия (общая эндотрахеальная и эпидуральная), в послеоперационном периоде использована продленная эпидуральная анальгезия. Группу контроля составили 20 пациентов, которым была проведена общая анестезия с послеоперационной анальгезией опиоидами и нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС). В каждой группе пациенты были прооперированы на органах брюшной полости: острая кишечная непроходимость — 10 (25 %); хронический панкреатит — 12 (30 %), перитонит — 3 (15 %); острый панкреатит — 3 (15 %); стеноз желудка — 2 (10 %); сочетанная травма ЖКТ — 1 (5 %). Для анализа и обработки данных использовался пакет программ «Statistica» 6.0. и «MS Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Из 40 пациентов 37,5 % составили женщины, 62,5 % — мужчины. Средний возраст в основной группе — 49,8 лет, а в группе контроля — 52,2 года, что превышает возраст в основной группе, на результат исследования не влияет ($p > 0,05$).

В основной группе в 5 (25 %) случаев на фоне продленной эпидуральной анальгезии (ЭДА) не использовались наркотические анальгетики и в 4 (20 %) не использовались НПВС, как способы обезболивания. В контрольной группе для послеоперационного обезболивания использовалась комбинация наркотических и ненаркотических анальгетиков. Основными наркотическими анальгетиками являлись: 2 % раствор промедола, 0,005 % раствор фентанила. В качестве ненаркотических анальгетиков использовались 50% раствор анальгина, 3 % раствор кеторолака, раствор парацетамола. В среднем эпидуральный катетер (ЭК) стоял 1,6 суток, а основным анальгетиком в 90 % случаев был 0,5 % раствор бупивакаина, а в 10 % — 2 % раствор лидокаина. Одним из преимуществ использования продленной эпидуральной анальгезии является возможность отказа от больших количеств наркотических и ненаркотических анальгетиков. В основной группе средняя суточная доза промедола составила 49 мг, фентанила — 0,225 мг; а в группе контроля доза промедола — 62 мг, фентанила — 0,4 мг. Средняя суточная доза анальгина для основной группы составила 2,6 г; для группы контроля — 3,3 г.

Для оценки воспалительного ответа после хирургического вмешательства была проанализирована лейкоцитарная формула. В группе с продленной ЭДА на конец первых суток среднее количество лейкоцитов равно $12,1 \times 10^9/\text{л}$; на конец госпитализации в ОРИТ — $10,1 \times 10^9/\text{л}$. Для контрольной группы — $15,1 \times 10^9/\text{л}$ и $12,8 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$).

Для оценки наступления полноценного функционирования ЖКТ в двух группах было подсчитано среднее количество дней, в которые пациенты получали только парентеральное питание. Для основной группы этот срок составил 2,6 суток; для группы контроля —

4,8 суток ($p > 0,05$). В обеих группах в среднем на третьи сутки использовались прокинетики: церукал, касторовое масло, клизмы с гипертоническим раствором NaCl.

В основной группе среднее количество койко-дней, проведенными пациентами в ОРИТ составило 3,4 суток; в группе контроля пациенты в среднем находились 6,7 суток, что свидетельствует о значительном уменьшении срока госпитализации у пациентов с продленной эпидуральной анестезией ($p < 0,05$). Летальность в группе контроля составила 5 % (1 случай), в основной группе летальных исходов не было.

Выводы

1. Пациенты с продленной ЭДА имеют срок госпитализации в ОРИТ в 2 раза меньше, чем пациенты группы контроля ($p < 0,05$). Это способствует более ранней активизации пациента и несет положительную экономическую составляющую для стационара.

2. Использование эпидуральной анальгезии в ряде случаев позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков (в нашем исследовании в 20 % случаев в основной группе пациентов с продленной ЭДА).

3. Применение более низких доз наркотических и ненаркотических анальгетиков на фоне продленной ЭДА обеспечивает профилактику возможных побочных эффектов, связанных с их использованием, позволяет снизить расход дорогостоящих препаратов.

4. Пациенты с продленной ЭДА переходили на энтеральное питание в 1,85 раза раньше, чем группа контроля, что свидетельствует о более раннем функциональном становлении ЖКТ, воспалительный стресс-ответ после хирургического вмешательства у пациентов с продленной ЭДА также был — лейкоцитоз на первые и последние сутки пребывания в ОРИТ в основной группе был меньше, чем в группе контроля ($p < 0,05$).

5. В целом можно сказать, что использование эпидуральной анальгезии/анестезии в периоперационном периоде является эффективным звеном комплекса лечебных мероприятий FTS.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щепотин, И. Б. Перспективы использования мультимодальной программы «Fast Track Surgery» в хирургическом лечении опухолей брюшной полости / И. Б. Щепотин, Е. А. Колесник // Клиническая онкология. — 2012. — № (1). — С. 1–3.
2. Овечкин, А. М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции / А. М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2008. — Т. 2, № 2. — С. 9–11.

УДК 616.13-002-004.6-005.6-089.87

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ

Фещенко А. В., Горовая А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Лечение и профилактика цереброваскулярных заболеваний имеет большое медико-социальное значение, актуальность которого возрастает с каждым годом ввиду высокой заболеваемости, смертности и инвалидности после них. Во многих странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, остается высокой заболеваемость цереброваскулярной патологией и, в частности, самым тяжелым ее проявлением — острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Проблема мозгового инсульта многолика и касается не только медицинских, но также экономических и социальных аспектов жизни человека и общества [1].

Первичная заболеваемость инсультом в разных странах мира колеблется от 2,6 до 7,43 случаев на 1000 жителей и составляет до 15 млн случаев в год. Из них ежегодно в мире умирают около 7 млн человек [2]. Треть всех пациентов, перенесших инсульт, являются лица-