

цидив хронічного геморою був значно нижчий серед досліджуваних першої групи та становив 4% (3 пацієнта), порівняно з другою групу дослідження, де рецидив становив 20% (12 пацієнтів).

Висновок: Метод РЧА гемороїдальних вузлів методом Rаfасlo є менше травматичним, простим у виконанні для хірургів, характеризується незначним рівнем післяопераційного болю, низькою частотою ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та рецидиву, не потребує додаткової терапії та характеризується коротким періодом реабілітації.

ОЦІНКА МЕТОДУ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ З ЕПІДУРАЛЬНИМ ОБ'ЄМНИМ РОЗШИРЕННЯМ З ПОЗИЦІЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТОК ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Иценко Т., Шумик К.

Науковий керівник: доц. Мозильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Стандартна спінальна анестезія (СА) та спінальна анестезія з епідуральним об'ємним розширенням (СА ЕОР), є одними з основних методів знеболювання при операції кесаревого розтину. Одним із головних ускладнень є інтраопераційна схильність до гіпотензії, за даними різних авторів частота розвитку якої може становити 60%. Намагання використовувати низькі дози препаратів для місцевої анестезії (бупівакаїн <7 мг) знижували частоту розвитку гіпотензії на 22%, але не виключали її зовсім. При цьому знижувалась якість анестезії, і кожна чверть пацієнтка потребувала введення додаткових анальгетиків з високим ризиком переходу на загальну анестезію. Також зниження дози місцевого анестетика призводило до неадекватного рівня спінального блоку, що було однією з причин невідчуття СА.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз методик СА та СА ЕОР у пацієнток під час проведення анестезіологічного забезпечення кесаревого розтину.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР». Виконано ретроспективний аналіз карт анестезіологічного забезпечення при плановому розродженні методом кесаревого розтину за 2021 рік. Вивчено 60 обмінних карт (вагітні

віком від 20 до 40 років із терміном гестації 38-39 тижнів), сформовано дві групи: контрольну групу СА (n=30) та дослідну групу СА ЕОР (n=30). Групі СА ЕОР під місцевою анестезією, сидячи, проводилися пункція та катетеризація епідурального простору на рівні L1-2. Виконувалася спінальна анестезія 0,5% розчином бупівакаїну на рівні L3-4. Як тільки в павільйоні спінальної голки з'являвся ліквор, в епідуральний катетер вводилося 10,1±1,9мл 0,9% розчину натрію хлориду, і тільки після цього ін'єктувався місцевий анестетик. Відразу після виконання жінки укладалися горизонтально з нахилом 15° операційного столу вліво. Головна відмінність методик полягає в тому, що розширення епідурального простору передє СА. Усі вагітні отримали пост-інфузію 0,9% розчину натрію хлориду. Інтраопераційний моніторинг включав оцінку ЧСС, SpO₂, вимірювання АТ кожні 5 хв. Верхній рівень сенсорного блоку, рівень моторного блоку (за шкалою Bromage), рівень болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) оцінювалися протягом усієї операції.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що об'єм введеного анестетика менший у групі СА ЕОР, ніж у групі СА: 7,4±0,6 мг та 10,7±0,8 мг відповідно (p<0,05). В інтраопераційному періоді спостерігалися відмінності у гемодинамічному профілі між групами: у групі СА показники САТ 104,7±9,2 мм рт.ст., у групі СА ЕОР відзначено менш виражений розмах САТ 112,6±4,7 мм рт.ст. Верхній рівень сенсорного блоку через 10 хв. після СА становив Th2-3 (p = 0,001) і не відрізнявся у групах. До закінчення операції через 35,5±5,5 хв. висота сенсорного блоку в групах знизилася до Th6-7 (p <0,001). Незважаючи на високий блок, не зареєстровано випадків гіпотензії (АТ < 90 мм рт.ст.), брадикардії (ЧСС < 60 хв). Середній об'єм інфузійної терапії під час операції у групах достовірно не відрізнявся і не перевищував 1000 мл. Рівень моторного блоку через 20 хв після СА в групах був однаковим 1,3±0,7 (p < 0,001); середня тривалість не перевищувала 45±10 хв. Об'єм крововтрати не відрізнявся між групами. Додатково анальгетики та адреноміметики не вводилися. Якість анестезії висока при використанні обох методик. Відмінностей впливу на стан новонароджених не було.

Висновки. Таким чином, методика спінальної анестезії з епідуральним об'ємним розширенням має переваги перед стандартною методикою, що полягають у зменшенні об'єму анестетика, що вводиться та більш стабільній гемодинаміці без зниження якості анестезіологічного забезпечення.