

Выводы:

1. Наличие у пациента ДГР влечет за собой определенные гистологические изменения в слизистой оболочке желудка в виде фовеолярной гиперплазии, интерстициального отека в области тела желудка, росту числа лимфоидных фолликулов в области тела желудка, фибропролиферации, ветвистости валиков в антральном отделе желудка, которые могут рассматриваться в качестве специфических маркеров патологии, гиперемии.

2. *H. pylori* вызывает рост воспаления с разной степенью активности и выраженности, фовеолярной гиперплазии, повышению числа лимфоидных фолликулов.

3. ДГР сопровождается определенными морфологическими изменениями, что может расцениваться как патологическое явление.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Маркевич Д. П., Воднев А. С., Цвикевич Е. А., Пушнов А. В.,
Ананченко Е. А.

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»,
г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. В современной нейроанестезиологии наряду с применением высокотехнологичных методов контроля за состоянием пациента и адекватностью анестезиологического обеспечения остается актуальным использование в качестве основных критериев эффективности анестезии оценка таких параметров гемодинамики, как неинвазивное артериальное давление и частота сердечных сокращений.

Цель. Провести сравнительную оценку гемодинамики у пациентов с черепно-мозговой травмой во время вмешательства и в раннем послеоперационном периоде в зависимости от применения общей анестезии или комбинированной анестезии на основе проводниковых блокад периферических нервов

волосистой части головы.

Материалы и методы. 56 пациентов прооперированы в связи с черепно-мозговой травмой. В зависимости от метода анестезии были сформированы две группы. Группа 1 – 29 пациентов, которым провели общую анестезию в комбинации с блокадами периферических нервов скальпа. Группа 2 – 27 пациентов, которым провели общую анестезию. Общая анестезия в обеих группах была представлена многокомпонентной сбалансированной эндотрахеальной анестезией в варианте тотальной внутривенной анестезии с использованием пропофола, фентанила, рокурониума или тракриума. После индукции в наркоз пациентам группы 1 производили блокады периферических нервов скальпа. Для произведения блокад нервов у одного пациента использовали 6-8 мл 0,75-1,0% ропивакаина без адреналина. Пациентам мониторировали неинвазивное артериальное давление (нАД), пульсоксиметрию, ЧСС, ЭКГ, ЭЭГ, температуру тела, глюкозу и лактат артериальной крови. Параметры гемодинамики контролировали с помощью монитора Infinity Delta, Drager. Для решения задач исследования нАД и ЧСС оценивали на следующих этапах: 1 – исходный, пациент на операционном столе; 2 – через 5-10 мин. после интубации трахеи; 3 – начало операции; 4 – трепанация черепа; 5 – через 10-15 мин. после вскрытия твердой мозговой оболочки; 6 – наложение швов на кожу. В послеоперационном периоде ЧСС и нАД оценивали через 1 час (7-й этап исследования) и через 10-12 ч (8-й этап исследования) после краниотомии. Для обезболивания после краниотомии использовали нестероидные противовоспалительные и наркотические средства. Обработку результатов проводили с применением программы Statistica 7.0. Соответствие распределения нормальному определяли по критерию Shapiro - Wilk's test. Для расчетов использовали критерий Манна-Уитни. Данные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Статистически значимых различий между пациентами обеих групп по полу, возрасту, массе тела, уровню сознания до операции, сопутствующей патологии, продолжительности анестезии и вмешательства,

использованию средств для анестезии (кроме использования фентанила на этапе поддержания анестезии) не выявили. Применение фентанила на этапе поддержания анестезии у пациентов группы 1 было $1,4 \pm 0,6$ мкг/кг/час, а у пациентов группы 2 – $2,2 \pm 0,7$ мкг/кг/час ($p \geq 0,05$). Статистически значимых различий между пациентами обеих групп в потреблении анальгетиков (кроме меньшего использования кеторолака в группе 1) в раннем послеоперационном периоде не выявили. Однако в первые сутки после операции 7 (24,1%) пациентов группы 1, а в группе 2 один (3,7%) пациент в связи с невыраженным болевым синдромом отказались от обезболивания. Статистически значимые различия показателей нАД между группами пациентов выявили на 3-м (начало операции) и 8-м (через 10-12 ч после операции) этапах исследования. На этих этапах показатели нАД были выше в группе 2. Так, на 1-м этапе исследования: в группе 1 систолическое АД (сАД) было 142 ± 20 мм рт. ст., а в группе 2 – 153 ± 23 мм рт. ст., $p \geq 0,1$; в группе 1 диастолическое АД (дАД) – 85 ± 21 мм рт. ст., а в группе 2 – 93 ± 14 мм рт. ст., $p \geq 0,1$. На 2-м этапе: в группе 1 сАД было 123 ± 18 мм рт. ст., а в группе 2 – 127 ± 32 мм рт. ст., $p \geq 0,6$; в группе 1 дАД – 82 ± 18 мм рт. ст., а в группе 2 – 84 ± 22 мм рт. ст., $p \geq 0,5$. На 3-м этапе: в группе 1 сАД было 117 ± 22 мм рт. ст., а в группе 2 – 142 ± 25 мм рт. ст., $p \leq 0,001$; в группе 1 дАД – 80 ± 20 мм рт. ст., а в группе 2 – 97 ± 19 мм рт. ст., $p \leq 0,003$. На 4-м этапе: в группе 1 сАД было 118 ± 23 мм рт. ст., а в группе 2 – 124 ± 23 мм рт. ст., $p \geq 0,4$; в группе 1 дАД – 82 ± 18 мм рт. ст., а в группе 2 – 85 ± 18 мм рт. ст., $p \geq 0,7$. На 5-м этапе: в группе 1 сАД было 102 ± 17 мм рт. ст., а в группе 2 – 109 ± 20 мм рт. ст., $p \geq 0,2$; в группе 1 дАД – 70 ± 15 мм рт. ст., а в группе 2 – 73 ± 15 мм рт. ст., $p \geq 0,5$. На 6-м этапе: в группе 1 сАД было 109 ± 21 мм рт. ст., а в группе 2 – 121 ± 29 мм рт. ст., $p \geq 0,1$; в группе 1 дАД – 76 ± 15 мм рт. ст., а в группе 2 – 82 ± 24 мм рт. ст., $p \geq 0,4$. На 7-м этапе: в группе 1 сАД было 124 ± 19 мм рт. ст., а в группе 2 – 128 ± 23 мм рт. ст., $p \geq 0,4$; в группе 1 дАД – 75 ± 14 мм рт. ст., а в группе 2 – 80 ± 15 мм рт. ст., $p \geq 0,3$. На 8-м этапе: в группе 1 сАД было 126 ± 12 мм рт. ст., а в группе 2 – 137 ± 16 мм рт. ст., $p \leq 0,03$; в группе 1 дАД – 78 ± 10 мм рт. ст., а в группе 2 – 85 ± 13 мм рт. ст., $p \leq 0,02$. Статистически значимых различий

показателей ЧСС между группами пациентов на всех этапах не выявили. На 1-м этапе исследования: в группе 1 ЧСС было 84 ± 24 /мин, а в группе 2 - 77 ± 17 /мин, $p \geq 0,4$. На 2-м этапе: в группе 1 ЧСС - 97 ± 17 /мин, а в группе 2 - 100 ± 18 /мин, $p \geq 0,4$. На 3-м этапе: в группе 1 ЧСС - 92 ± 17 /мин, а в группе 2 - 95 ± 17 /мин, $p \geq 0,4$. На 4-м этапе: в группе 1 ЧСС - 92 ± 17 /мин, а в группе 2 - 95 ± 18 /мин, $p \geq 0,6$. На 5-м этапе: в группе 1 ЧСС - 87 ± 19 /мин, а в группе 2 - 85 ± 19 /мин, $p \geq 0,8$. На 6-м этапе: в группе 1 ЧСС - 83 ± 17 /мин, а в группе 2 - 83 ± 19 /мин, $p \geq 0,7$. На 7-м этапе: в группе 1 ЧСС - 79 ± 20 /мин, а в группе 2 - 87 ± 21 /мин, $p \geq 0,07$. На 8-м этапе: в группе 1 ЧСС - 81 ± 14 /мин, а в группе 2 - 88 ± 20 /мин, $p \geq 0,2$.

Отметим также статистически незначимые более стабильные показатели гемодинамики (меньшие значения НАД и ЧСС) у пациентов группы с комбинированной анестезией, чем у пациентов, которым провели общую анестезию.

Выводы. У пациентов с черепно-мозговой травмой, которым для обеспечения вмешательства применили комбинированную общую анестезию в сочетании с блокадами нервов скальпа, в начале операции и спустя 10-12 ч после краниотомии отмечали меньшее проявление гипертензивной реакции сердечно-сосудистой системы, чем у пациентов, которым провели только общую анестезию.

ОСОБЕННОСТИ УЗИ-КОНТРОЛЯ ПРИ БЛОКАДЕ УШНО-ВИСОЧНОГО НЕРВА В АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Маркевич Д. П., Пушнов А. В., Райкова Н. В., Жлоба Е. Н.,
Ананченко Е. А.

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»,
г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Сочетание общей анестезии с проводниковыми блокадами периферических нервов, иннервирующих волосистую часть головы, является эффективным и наиболее перспективным направлением в анестезиологическом обеспечении краниотомий.