

ниматології» видавництвом Саратовського університету. Заслуживають уваги як теоретичні, так і практичні дослідження, даючі можливість лікарю-анестезіологу, набувши навички практичної рефлексотерапії (особливо електроакупунктури), застосовувати в практичній діяльності дуже ефективний, завжди доступний і недорогий по матеріальним витратам метод рефлексотерапії.

В Україні запропоновані варіанти акупунктурної аналгезії як в інтраопераційному, так і післяопераційному періоді такими спеціалістами в цій області медицини як Е.Л.Мачерет, І.З.Самоскок, М.І.Шапіро, І.І.Шапіро, Е.П.Яроцька і др. Обезболювання, проведене методом електро-рефлексаналгезії в ряді випадків з успіхом конкурує з традиційними методами обезболювання, застосовуваними в анестезіології. Ці методи обезболювання мають багато достоїнств (безпеку застосування, відсутність побічних явищ, більш сприятливе перебіг післяопераційного періоду і др.) і можуть бути рекомендовані для практичного лікаря-анестезіолога як альтернативні.

## ПРОЛОНГОВАНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ

О.М. Терещук

Науковий керівник А.О.Лебедев

Кафедра анестезіології та реанімації

Провідникова анестезія (ПА) – один із основних методів анестезіологічної допомоги для проведення оперативних втручань в ортопедії і травматології. Але іноді тривалість операції перевищує тривалість ПА. В зв'язку з цим, виникає необхідність у продовженні дії двого виду знеболювання. Продовжити дію ПА можна двома шляхами:

1. Підбір фармакологічного агенту

## 2. Катетеризація фасціальних піхв судинно-нервових пучків.

1) Час дії місцевого анестетика залежить від його фізико-хімічних властивостей, від швидкості метаболічного розщеплення і застосування допоміжних засобів – вазоконстрикторів, тізміну, декстранів та т.ін.

регулювати час ПА можна шляхом підбору місцевого анестетика, враховуючи, що кожен із них має свою тривалість дії, але, як правило, при збільшенні часу дії анестетика, збільшується і його токсичність, а іноді і значно подовжується їх скритий період (час від моменту введення до настання анестезії). Так, наприклад, лідокаїн:

токсичність – 1,4;

тривалість знеболювання – 2-2,5 год;

скритий період – 5-8 хв.

Дікаїн:

токсичність – 10;

тривалість знеболювання – до 6,5 год;

скритий період – до 40 хв.

Логічно використовувати суміш кількох анестетиків, у яких різний скритий період і різна тривалість дії, але у даному разі необхідно враховувати їх об'єми і концентрації, бо легко можна отримати передозування.

Збільшення концентрації анестетика вдвоє, також подовжує тривалість анестезії в середньому на 30%, але тут теж потрібно враховувати максимально допустиму дозу введення, що призводить до зменшення загального об'єму.

Допоміжні засоби можна умовно розділити на 2 групи:

- сповільнюючі резорбцію анестезіючого агенту;
- підсилення анестезіючої дії.

У першому випадку досягнути ефект можна різними способами:

- Підвищення в'язкості розчину (приготування розчину анестетика на основі декстранів, що дає подовження блоку на 30-40%).

- Комбінація з вазоконстрікторами (добавляють з ціллю пролонгації локальної дії анестетика, а також для зниження кількості поступаючого анестетика в кров за одиницю часу і тим самим зменшити токсичний ефект) з яких найчастіше використовують мезатон, адреналін, норадреналін.

Підсилення анестезіючої дії досягається додаванням до розчину тіаміну (вітамін В<sub>1</sub>), який є нейтронним препаратом, потенціює дію місцевого анестетика на нервовій стовбур, в результаті чого анестезія більш виражена і триваліша. Додавання до розчину наркотичних анагетиків також цілком доцільно, оскільки дослідження останніх років (Mays K. et al., 1987, Juge O., 1985) підтверджують наявність опіатних рецепторів периферійних нервів. Морфін, промедол, фентазіл добавляють у дозі, яка прийнятна для одноразового в/м введення. Для підсилення анестезіючої дії анестетика застосовують також препарати, що покращують дифузійну здатність розчину. Для цієї цілі використовують фермент лідазу, яка покращує проникнення сполучної тканини.

На практиці ми використовували прокитично усі вище згадані методи і способи для пролонгації ПА.

Так, було проведено 3 ПА сумішню дікеїну і лідокеїну. Причому дікаїну було взято 30% від його максимально допустимої дози, а лідокаїну відповідно 70%. Дана суміш дозволила значно подовжити дію ПА при відносно невеликому скритому періоді.

Пролонгацію ПА, близько на 40% ми досягли при виконанні даного знеболковання 1% лідокаїном, приготуванням на реополіглюкіні. Таких анестезій ми виконали 15. Особливо непогано зарекомендував цей спосіб в ургентних випадках.

Понад 20 ПА ми провели сумішню анестетика з вітаміном В<sub>1</sub> і наркотичними анагетиками. Крім подовження самої анестезії

(на 20-30%), спостерігається також тривала постопераційна аналгезія.

7 ПА було проведено з використанням ферменту лідази. Цей метод дає хороший результат у тих випадках, коли виникають проблеми з пошуком нервових структур. Враховуючи високу дифузю розчину, ми вводили препарат у ділянку, де має бути даний нерв, без пошуку парестезії. Позитивний результат був у 90%, а у 10% випадків, для досягнення аналгетичного ефекту доводилось потенціювати анестезію наркотичними аналгетиками (фентанілом).

2) Методика катетеризації проводилась практично таким самим способом, як і катетеризація центральний судин. Виходячи із анатомічних особливостей, нами в основному використовувалась катетеризація фасціальної піхви плечового сплетіння.

Підсумовуючи вище сказане, можна відмітити, що обмеження у використанні ПА, яке може бути зв'язане з її тривалістю, досить відносне. Використовуючи різні засоби і методи, можна регулювати час тривалості даного виду знеболювання у досить широких межах і з достатньо високою точністю.

## ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В УРОЛОГИИ

Пугачев С.А., Абдель Маула Халава, клин. ординатор  
Руководитель Лебедев А.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

В оперативной урологии, как и в любой области хирургии, необходимость в интенсивной терапии может возникнуть в связи с самыми разнообразными патофизиологическими сдвигами в организме больного и особенно нарушениями, обусловленными частичной или полной утратой гемостатических функций почек.

Интенсивная терапия в современном ее понимании означает использование всех терапевтических возможностей для ле-