

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА МОЗ УКРАЇНИ

ДУ «Інститут Серця МОЗ України»

Асоціація анестезіологів, перфузіологів та лікарів інтенсивної терапії

КЛ «Феофанія»



МАТЕРІАЛИ

науково-практичної конференції з міжнародною участю
МОЛОДІЖНА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ТРИЩИНСЬКІ ЧИТАННЯ»

МАК 5



15-17 жовтня 2020 року

ЗМІСТ

Zahranychnyi T.S., Halushko O.A. POST-STROKE ELECTROLYTE DISORDERS IN PATIENTS WITH AND WITHOUT DIABETES	5
Андрющенко В.В., Курділь Н.В. ЕТИОЛОГІЯ ОЛІГОАНУРІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ МЕТАДОНОМ	6
Бабак С.І., Кедьо Б.І., Дяченко С.П., Юрків В.В., Галушко О.А. СУЧАСНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ХВОРИХ НА ВТОРИННИЙ ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ	7
Бишовець С.М., Сиворакша О.О. ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАПАРОСКОПІЧНОЇ БРАХІАЛГІЇ	9
Болюк М.В., Галушко О.А. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ (ПОГЛЯД АНЕСТЕЗІОЛОГА)	10
Галушко О.А., Болюк М.В. РІДИННА ПІДТРИМКА У ХВОРИХ НА COVID-19: АНАЛІЗ РЕКОМЕНДАЦІЙ SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2020	12
Демитер І.М., Воротинцев С.І. ФАКТОРИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕЛІРІЮ В НЕКАРДІАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	14
Заверюха Є.Ю., Левченко Т.М. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ АЛКОГОЛЕМ ТА НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ	15
Колосінський А.В., Левченко Т.М. АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	16
Корнейчик В.О. СУЧАСНЕ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБАЗПЕЧЕННЯ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ	17
Курділь Н.В. ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ: КОМБІНОВАНІ ОТРУЄННЯ	19
Лопуга Н.М., Журко М.М. ГІПОПРОТЕЇНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З АБДОМІНАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ	20
Луговий О.Д., Ковтун А.І., Дроник К.Г., Кушнір С.В. ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ ЕНДО- ТА ЕКЗОТОКСИКОЗАХ	21
Луговий О.Д., Ковтун А.І., Дроник К.Г. КОРЕКЦІЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРАМИ ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ ПНЕВМОНІЇ	22

Марцінів В.В., Кучма А.Б. РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПЕКТОРАЛЬНОЇ ТА ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ	24
Морозова Я.В. ПЕРІОПЕРАЦІЙНІ ЗМІНИ МАРКЕРІВ УШКОДЖЕННЯ МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	25
Мошківський В.М., Пидоченко Д.І. МОЖЛИВІСТЬ БЕЗОПОЇДНОЇ АНАЛГОСЕДАЦІЇ ПІД ЧАС КОЛОНОСКОПІЙ У ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ	26
Недашківський С.М., Дзюба Д.О., Галушко О.А., Заграничний Т.С. ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ: АНАЛІЗ ПУБЛІКАЦІЙ ТА КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	28
Овсієнко Т.В., Бондар М.В., Лоскутов О.А. МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПОЇДНА АНЕСТЕЗІЯ – ДІЄВИЙ СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ НУДОТИ ТА БЛЮВАННЯ	30
Саволюк С.І., Дембіцький А.Р. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	32
Свіргун М.В., Семененко А.І. АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ НА ТРИВАЛІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ	33
Трофимович Є.О. МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ГЕМОСТАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ІХС В УМОВАХ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ	34
Шкітак І.О., Костіна О.В., Кобеляцький Ю.Ю. ОПОЇДЛІМУЮЧА АНЕСТЕЗІЯ В ЛОР ОНКОЛОГІЇ ПРИ ТОТАЛЬНІЙ ЛАРИНГЕКТОМІЇ	35

УДК: 616.831–005. 4–036.11–06: 616.379–008. 64–08–039. 72

Zahranychnyi T.S., Halushko O.A.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of
Ukraine, Kyiv, Ukraine, e-mail: tara.zagran@gmail.com

ELECTROLYTE DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Electrolyte disorders that occur in patients with acute ischemic stroke (AIS) are one of the reasons for AIS complications. Concomitant diabetes mellitus (DM) affects stroke severity and increased mortality rates.

Objective: to investigate the frequency of electrolyte disorders in patients with AIS against a background of concomitant diabetes.

Materials and methods. An analysis of 416 patients with the treatment of AIS was conducted. All patients were divided into three groups: 1) patients with established diabetes before the stroke, 2) patients with newly diagnosed diabetes and 3) patients without diabetes. The second phase was conducted a pilot study with an analysis of the frequency of magnesium and phosphate metabolic disorders in the patients with AIS (20 patients with AIS on a background of diabetes and 10 stroke patients without diabetes).

Results. The diabetic history was present in 110 of 416 patients (26.4%), another 48 patients (11.5%) were diagnosed with first installed diabetes. Thus, the incidence of diabetes in patients with AIS in our study was approximately 38.0%, which was much higher than in the corresponding age population. In general, the different types of electrolyte disorders were observed in 258 of 349 (73.9%) patients with AIS, while in patients with underlying disorders of carbohydrate metabolism, these violations occurred significantly more often than patients without such. In particular, disorders of carbohydrate metabolism occurred in 82 (81.2%) and 36 (83.7%) patients of 1 and 2 groups versus 134 (65.4%) in the control group ($p < 0.05$). Hypomagnesemia (less than 0.8 mmol/L) was observed in 2 of 10 patients (20%) with AIS and without carbohydrate disturbances and in 6 of 20 patients (30%) with AIS and concomitant diabetes. Hypophosphatemia (phosphate levels less than 0.8 mmol/L) was found in patients without diabetes and in 2 patients with concomitant DM or newly diagnosed diabetes. Blood electrolyte levels were stabilized after correction with oral medication containing phosphates and magnesium and that coincided with the improvement of the patients and the degree of disability.

Conclusion. Electrolyte disorders are a fairly common problem in patients with concomitant diabetes and AIS. In patients with impaired carbohydrate metabolism observed significantly higher frequency (more than 81.2% of patients) of electrolyte disorders than in patients without them. In

the case of AIS on a background of diabetes electrolyte disturbances occur significantly more frequently than in patients without such comorbid disorders. Further research is needed to elucidate the role of individual electrolyte disorders (eg, magnesium and phosphate) in the course and consequences of AIS.

УДК: 615.099.08

Андрющенко В. В.¹, Курділь Н. В.²

¹ КНП «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги», м. Київ

² ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л. І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України»,

м. Київ, kurdil_nv@ukr.net

ЕТИОЛОГІЯ ОЛІГОАНУРІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ МЕТАДОНОМ

Актуальність. Гострі отруєння метадонном нерідко супроводжуються гострим пошкодженням нирок, що клінічно проявляється оліго- та анурією і потребує застосування різноманітних методів екстракорпоральної детоксикації.

Мета. Дослідження факторів, що формують синдром гострого пошкодження нирок при отруєннях метадонном і доцільність застосування вено-венозного гемодіалізу в комплексному лікуванні отруєнь метадонном тяжкого ступеню.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічних даних та лабораторних показників 87 пацієнтів віком 21-43 років з отруєннями метадонном тяжкого ступеню, ускладненими гострим пошкодженням нирок: чоловіків 82 (95,9%), жінок 5 (4,1%). Період дослідження: 2017–2019 рр.

Результати та їх обговорення. Дослідженнями встановлено, що при отруєннях метадонном тяжкого ступеню спостерігаються ознаки гострого пошкодження нирок у 22,9% пацієнтів (у т. ч. на фоні ішемії м'яких тканин); токсична гепатонєфропатія – у 34,3% пацієнтів. Серед причин розвитку гострого пошкодження нирок були преренальні (гіповолемія, низький серцевий викид, зниження тонуусу ниркових судин) та ренальні (гостре токсичне ураження паренхіми нирок) чинники. У 87 пацієнтів з оліго- й анурією було застосовано вено-венозний гемодіаліз з ультрафільтрацією (CVVHD). Показаннями для застосування гемодіалізу вважали наявність зони ішемії м'яких тканин ($\geq 3\%$ загальної

поверхні тіла), оліго-/анурія протягом 12-ти годин, збільшення рівнів КФК плазми крові та креатиніну, водно-електролітний і кислотно-лужний дисбаланс. Гемодіаліз проводився на приладі компанії В. Braun «Dialog iQ®», використовувалися діалізатори «Diasar» (LOPS–15/18), швидкість кровотоку 200 – 250 мл/хв., тривалість процедури – від 4 до 6 годин, ультрафільтрація – 2000-3000 мл. Ускладнень і летальних випадків не зареєстровано.

Висновки. Застосування пролонгованого вено-венозного гемодіалізу і ультрафільтрації (CVVHD) в комплексному лікуванні пацієнтів з гострими отруєннями «вуличним метадоном» дозволяє швидко знизити ступінь інтоксикації та скоротити терміни лікування.

УДК: 616.9-039.35(07)

Бабак С.І.¹, Кедьо Б.І.¹, Дяченко С.П.¹, Юрків В.В.¹, Галушко О.А.²

1-КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

2-Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,

м. Київ, e-mail: sbabak10@gmail.com

СУЧАСНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ХВОРИХ НА ВТОРИННИЙ ГНІЙНИЙ МЕНІНГІТ

Менінгіт – клінічний синдром, який характеризується запаленням мозкових оболонок. Клінічно менінгіт маніфестує у вигляді менінгеальних симптомів (головний біль, ригідність потиличних м'язів, світлобоязнь), а також плейоцитозу (збільшення кількості лейкоцитів у лікворі).

Менінгіт поділяють на первинний (розвивається при гострому інфекційному процесі) та вторинний. У практиці відділень інтенсивної терапії (ВІТ) найбільші труднощі виникають у веденні хворих на вторинний гнійний менінгіт (ВГМ). Найчастіше у ВІТ зустрічаються такі види ВГМ: посттравматичні (відкриті ЧМТ), при захворюваннях ЦНС (САК внаслідок розриву артеріальної аневризми, спонтанний крововилив у мозок), ятрогенні (порушення правил асептики під час анестезіологічних та/або нейрохірургічних маніпуляцій), при госпітальній бактеріємії, що ускладнена утворенням метастатичних гнійних вогнищ.

Для антибактеріальної терапії (АБТ) при ВГМ призначають бета-лактамі антибіотики (пеніциліни, цефалоспорини, карбапенеми) та фторхінолони з урахуванням проникності до ГЕБ. Для лікування ВГМ, викликаних *St. aureus* або грам-негативними

бактеріями, застосовують комбінації цефепіму або меронему з ванкоміцином. При виявленні стійкості до ванкоміцину препаратом резерву є лінезолід (лінелід по 600 мг двічі на добу). У разі невстановленої етіології ВГМ тривалість АБТ складає 14-21 день з врахуванням динаміки клінічної картини та лабораторних показників.

Дискусійним у лікуванні ВГМ залишається застосування глюкокортикостероїдів (ГКС). Відомо, що ГКС зменшують запалення в субарахноїдальному просторі і вазогенний набряк. Раннє введення дексаметазону корелює зі зниженням неврологічного дефіциту (виняток – хворі з імунодефіцитом). Тому сьогодні рекомендують дексаметазон у середніх дозах (4-8 мг) протягом 3-4 днів пацієнтам з ВГМ та ознаками набряку ГМ, крім хворих з імунодефіцитом.

З метою зменшення проявів інтоксикаційного синдрому призначають збалансовані розчини кристалоїдів (розчини Рінгера, Рінгер-малат) та препарати багатоатомних спиртів (реосорбілакт). За необхідності введення великих об'ємів інфузійних засобів до складу інфузійної терапії додають розчини желатинів (волютенз).

Іншими напрямками лікування ВГМ у хворих ВІГ є наступні: антигіпоксична терапія (кисень, ШВЛ), дегідратаційна та протинабрякова терапія, метаболічна терапія, нейровегетативний захист та покращення мікроциркуляції, забезпечення енергетичних потреб (клінічне харчування), нагляд, профілактика і лікування ускладнень.

Показниками ефективності лікування менінгіту є нормалізація температури тіла і покращення стану хворого. АБТ припиняють після отримання при контрольному аналізі ліквору наступних результатів: стерильність ліквору (негативний бак. посів); санація ліквору (цитоз менше 100 кл/мкл, лімфоцити більше 90%); нормалізація рівня білка і глюкози в лікворі; відсутність інших показань для продовження АБТ.

Висновки. Застосування сучасного комплексу інтенсивної терапії дозволяє знизити кількість летальних наслідків та тяжкість неврологічних порушень після гнійних запальних процесів ЦНС (зокрема, при вторинному гнійному менінгіті) та покращити перебіг захворювання і результати лікування.

УДК: 617.572-009.7-072.1-06:617.55-089.5

Бишовець С.М., Сиворакша О.О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, serbysh@gmail.com

ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАПАРОСКОПІЧНОЇ БРАХІАЛГІЇ

Актуальність. Сьогодні лапароскопічні втручання є основним напрямком еволюції абдомінальної хірургії. Пневмоперитонеум залишається базовим компонентом лапароскопії. Проблемним питанням карбоксиперитонеуму є постлапароскопічна брахіалгія (ПБ) різного ступеня за шкалою болю, яка переважно має правобічну локалізацію та розвивається, наприклад, у 40% пацієнтів після холецистектомії [1] й 80-88% хворих після гінекологічних лапароскопій [2, 3].

Інтраабдомінальний резервуар діоксиду вуглецю, що формується під час хірургічного втручання, супроводжується больовим синдромом, генез якого полягає в іритатії очеревини вугільною кислотою, яка утворюється в результаті трансформації CO₂ в перитонеальній рідині. Це, а також залишковий карбоксиперитонеум сприяють розвитку ПБ внаслідок подразнення купола діафрагми. ПБ може значно перевершувати біль в післяопераційній зоні й тривати до тижня. Як правило призначення нестероїдних протизапальних засобів, парацетамолу й, навіть, опіоїдів – малоефективне.

Мета. Оптимізувати лікування постлапароскопічної брахіалгії методом правобічної поверхневої анестезії цервікального сплетення.

Матеріали та методи. Для лікування ПБ виконували правобічну поверхневу анестезію цервікального сплетення 0,125% розчином бупівакаїну об'ємом 10 мл. Застосування такої концентрації бупівакаїну не впливало на моторну функцію діафрагми й, відповідно, не викликало розладів дихання. Для виконання цієї анестезії пацієнта уклали на спину з невеликим валиком під потилицю, а голову повертали в протилежний від блокади бік. Орієнтиром був груднинно-ключично-соскоподібний м'яз, який в більшості випадків добре верифікується. Місце інтервенції – точка пересічення зовнішньої яремної вени з заднім краєм груднино-ключично-соскоподібного м'язу або на середині вказаного вище м'язу.

Після визначення локусу ін'єкції пацієнту пропонується розслабити шийні м'язи. Стандартна голка вводиться через валик, створений невеликим об'ємом розчину бупівакаїну по задньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'язу. Віялоподібно в 3-х напрямках (по 1/3 від загального об'єму) під м'яз інфільтрували розчин бупівакаїну. Після будь-якого

зміщення голки завжди потрібно виконувати аспіраційну пробу для запобігання внутрішньосудинної або інтратекальної ін'єкції.

Висновок. Правобічна поверхнева анестезія цервікального сплетення бупівакаїном була однократною й ефективно лікувала постлапароскопічну брахіалгію.

Література

1. Kumar A. Laparoscopic cholecystectomy under spinal anaesthesia: a prospective study // Nepal. Med. Coll. J. – 2014. – Vol. 16 (2-4). – P. 139-143.
2. Kaloo P., Armstrong S., Kaloo C., Jordan V. Interventions to reduce shoulder pain following gynaecological laparoscopic procedures // Cochrane Database Syst Rev. – 2019 Jan. 30;1.
3. Kim J.E., Kim J.Y., Lee H.S., Seok S., Kil H.K. Analgesic effect of trigger point injection and EMLA for shoulder pain in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled study // Medicine (Baltimore). – 2019. – Vol. 98 (2):e14087.

УДК: 616.127-005.8-616.379-008.64

Болюк М. В., Галушко О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, e-mail: mvbolyuk0709@gmail.com

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ (ПОГЛЯД АНЕСТЕЗІОЛОГА)

Вступ. Серцево-судинні захворювання залишаються однією з провідних причин смертності пацієнтів в Україні та світі [1]. Кількість пацієнтів з цукровим діабетом невідомо зростає, так за прогнозами Міжнародної федерації діабету до 2045 року у світі налічуватиметься більше 600 млн. хворих на цукровий діабет. У пацієнтів з цукровим діабетом та ураженням органів мішеней 10-річний ризик серцево-судинної події >10 %, у решти пацієнтів з діабетом ризик виникнення серцево-судинних ускладнень теж високий і становить 5-10 % [2]. Відповідно, анестезіологам, як в операційній, так і поза нею, доводиться працювати зі все більшим числом пацієнтів з поєднаною патологією (цукровим діабетом та ішемічною хворобою серця).

Мета. Визначити клінічні особливості пацієнтів з гострим коронарним синдромом та супутнім цукровим діабетом.

Матеріал і методи: Для дослідження відібрано 20 медичних карт пацієнтів ДУ «Інститут серця МОЗ України». Критеріями включення в дослідження були: гострий коронарний синдром (інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія); цукровий діабет, тип 2. Критерії невключення – кардіогенний шок, тяжкі невиліковні супутні захворювання. У рамках дослідження ретроспективно оцінювали наступні характеристики: вік, стать, ускладнення, супутню патологію, анамнез, дані огляду, результати лабораторних досліджень та ступінь пошкодження коронарних артерій. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням програмного пакету MS Excel.

Результати. Серед пацієнтів переважали чоловіки ($n=16$, 80,0 %) віком $60,62\pm 9,28$ років. Жінок було значно менше ($n=4$, 20,0 %), проте вони були старші за віком ($72,00\pm 8,04$ років). Більшість пацієнтів мали надлишкову масу тіла (30,0 %) та ожиріння I ступеню (35,0 %). Середня маса тіла чоловіків складала $89,23\pm 13,44$ кг, середній індекс маси тіла – $30,00\pm 3,93$; у жінок – $68,00\pm 10,46$ кг та $27,34\pm 2,98$ відповідно.

Пацієнтів з інфарктом міокарда було більше ($n=14$, 70,0 %), ніж із нестабільною стенокардією ($n=6$, 30,0 %). У 8 хворих (40,0 %) зареєстровано інфаркт міокарда в анамнезі, з яких стентування коронарних артерій проведено у 7 пацієнтів. У структурі супутньої патології переважала гіпертонічна хвороба різних стадій та ступеню ($n=14$, 70,0 %). Також були поодинокі випадки діабетичної полінейропатії, псоріазу, подагри та поліартриту. Майже всі пацієнти мали ознаки серцевої недостатності різного ступеню (95,0 %), серед них в 1 (5,0 %) пацієнта спостерігалася знижена функція лівого шлуночка.

Гіперглікемію ($>5,5$ ммоль/л) на момент госпіталізації виявлено у 13 пацієнтів (65,0 %). Найвищий зафіксований рівень глюкози крові – 18,3 ммоль/л. Епізодів гіпоглікемії не було. Зростання рівня креатиніну та сечовини не спостерігалось. Ознаки гіперкоагуляції зі зростанням рівня протромбінового індексу, зниженням протромбінового часу відзначалися у 5,0 % пацієнтів. На момент госпіталізації в 1 пацієнта (5,0 %) виявлено ознаки респіраторного ацидозу з компенсацією, в 1 пацієнта (5,0 %) – метаболічного ацидозу з респіраторною компенсацією та 1 випадок змішаного ацидозу. Середнє значення тропоніну I становило – $13,15\pm 23,81$ нг/мл.

Під час діагностичної коронарографії мультисудинне ураження виявлено у 60,0 % пацієнтів.

Висновки. На підставі проведеного аналізу можна попередньо виділити наступні клінічні особливості у пацієнтів з гострим коронарним синдромом та супутнім цукровим діабетом: чоловіча стать, вік старший 60 років, надлишкова маса тіла чи ожиріння, супутня артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, багатосудинне ушкодження, епізоди

гіперглікемії. Для більш детальних висновків необхідне продовження дослідження зі збільшенням розміру вибірки.

Перелік використаної літератури.

1. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Who.int. 2017 [cited 05 October 2020]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Cosentino F, Grant P, Aboyans V, Bailey C, Ceriello A, Delgado V et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. European Heart Journal. 2019;41(2):255-323.

УДК: 616-001.17:616.94:616.98-07

Галушко О.А., Болюк М.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, e-mail: o.halushko@ukr.net

РІДИННА ПІДТРИМКА У ХВОРИХ НА COVID-19: АНАЛІЗ РЕКОМЕНДАЦІЙ SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2020

Мета: визначити показання, склад та особливості проведення рідинної підтримки у хворих на COVID-19.

Матеріал і методи. Був проведений пошук публікацій у базах даних PubMed та Google Scholar за пошуковими термінами: COVID-19, інфузійна терапія, кристалоїди, колоїди. У результаті проведеного пошуку за вказаними термінами загалом було виявлено 76 публікацій, які оприлюднені від початку епідемії у грудні 2019 року по 15 вересня 2020 року.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що публікацій, які характеризують особливості проведення рідинної підтримки (РП) у хворих на COVID-19 протягом 2020 року було опубліковано дуже мало. Найбільш повні рекомендації викладені в Керівництві з ведення критично-хворих дорослих пацієнтів з COVID-19, оприлюдненому Рухом виживання при сепсисі (Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)). Зокрема, зазначається, що показами для проведення РП при COVID-19 є нестабільність гемодинаміки, гіповолемічний і кардіогенний шок, ураження серця та супутні захворювання (особливо діабет та серцево-судинні захворювання). Для гострої ресусцитації дорослих з COVID-19 та шоком, рекомендується

використовувати не колоїди, а буферизовані та збалансовані кристалоїди. В Україні серед збалансованих буферизованих кристалоїдів найбільш популярним і розповсюдженим розчином є реосорбілакт, який має велику кількість позитивних відгуків у вітчизняних і закордонних публікаціях, в тому числі при пневмоніях і сепсисі. Щодо використання колоїдів, то рекомендації розділилися наступним чином: декстрини, желатини і розчини гідроксиетильованих крохмалів при COVID-19 не рекомендуються; альбумін може застосовуватися за спеціальними показаннями (наприклад, тяжка гіпоальбумінемія), але не рекомендований для рутинної і початкової ресуситації; переливання плазми реконвалесцентів видається перспективним методом, який може забезпечити пасивний імунітет від специфічних до SARS-CoV2 антитіл, але поки що через брак доказів не рекомендується для рутинного застосування. Щодо визначення об'єму РП, то для гострої ресуситації дорослих з COVID-19 та шоком, пропонують використовувати консервативну, а не ліберальну стратегію введення рідини. Зокрема, у мета-аналізі 11 рандомізованих клінічних досліджень (n=2051 пацієнт), було показано, що хворі з РДС або сепсисом, які отримували рідину згідно з консервативною стратегією, мали меншу тривалість штучної вентиляції та коротший період перебування у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ), ніж пацієнти, яким проводили ліберальну стратегію рідини. При гарячці у хворих на COVID-19 пропонується використовувати парацетамол. У тяжких випадках розчин парацетамолу (наприклад, інфулган) можна вводити внутрішньовенно в дозі до 4 г на добу. Контроль температури не знижує ризик смерті, тривалість перебування у ВІТ, але ефективний для зниження температури тіла і пов'язаних симптомів (головний біль, запаморочення, слабкість), що є важливим для підвищення комфорту пацієнтів.

Висновки. У лікуванні хворих на COVID-19 велике значення має застосування раціональної та збалансованої рідинної підтримки. Програму інфузії слід розраховувати не тільки з огляду на гемодинамічні ефекти, але й з урахуванням якості життя і максимального підвищення комфорту пацієнтів.

УДК 616-089.168-06:616.89-008.452-02-07

Демитер І. М., Воротинцев С. І.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, demiterinna@gmail.com

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕЛІРІЮ В НЕКАРДІАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Вступ. Післяопераційний делірій (ПОД) – гостре ускладнення після хірургічних втручань, яке може виникнути у пацієнтів будь-якого віку, від дітей до літніх людей. Частота захворюваності різниться між віковими групами, на що суттєво впливають фактори ризику, котрі пов'язані з пацієнтом та/або хірургічним втручанням.

Мета. Оцінити інцидентність ПОД та визначити роль факторів ризику його розвитку.

Методи. Після проходження Комісії з питань біоетики в Запорізькому державному медичному університеті та отримання інформованої згоди в одноцентрове проспективне дослідження були послідовно включені 45 пацієнтів похилого віку, яким виконувалися хірургічні втручання на органах черевної порожнини в ургентному порядку. Пацієнтам визначали рівень крихкості за шкалою Frailty, ризик виникнення ПОД за шкалою Delphi, когнітивних порушень за шкалою Mini-Cog, рівень седації та ажитації, а також проводили скринінг делірію за шкалою CAM-ICU. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми «STATISTICA for Windows 13» (StatSoftInc., №JPZ804I382130ARCN10-J).

Результати. У дослідженні аналіз ROC кривої показав, що вік ≥ 78 років є оптимальним пороговим віком для розвитку ПОД з чутливістю 56,2%, специфічністю 82,1% та AUC=0,705. Когнітивний статус 3 бали та менше – оптимальний пороговий рівень для розвитку ПОД з чутливістю – 87,5 %, специфічністю – 53,57% та AUC=0,756. Рівень крихкості більше 3 балів є пороговим, з чутливістю – 68,75%, специфічністю – 53,57% та AUC=0,647. Застосування наркотичних анальгетиків для післяопераційного знеболення (відношення шансів – 5,3-95%, довірчий інтервал – 1,2-23,8) було одним із незалежних факторів ризику виникнення ПОД.

Висновки. ПОД зафіксовано у 42% випадків серед пацієнтів, які перенесли некардіологічні операції в ургентному порядку. Деменція, вік 78 років і старше, рівень крихкості більше 3 балів та післяопераційне знеболення наркотичними анальгетиками виявилися незалежними факторами ризику розвитку ПОД. Мультидисциплінарний підхід до виявлення пацієнтів з ризиком розвитку делірію і забезпечення періопераційних стратегій ведення може допомогти запобігти ПОД або знизити його тривалість.

УДК 615.099.036.8-071(476.2)

Заверюха Є. Ю., Левченко Т. М.

Українська військово-медична академія, м. Київ,

biber@ukr.net

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ АЛКОГОЛЕМ ТА НАРКОТИЧНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Вступ. Сьогодні зловживання алкоголем, його сурогатами та вживання наркотичних речовин є гострою проблемою в суспільстві. Адже з кожним роком зростає частота та тяжкість отруєнь даними речовинами. Тому оптимізація інтенсивної терапії при отруєннях є надзвичайно важливою.

Мета. Оптимізувати тактику інтенсивної терапії при гострих отруєннях., алкоголем, його сурогатами та наркотичними речовинами.

Матеріали та методи. Ретроспективно досліджено 38 медичних карт пацієнтів з отруєнням невідомою речовиною та отруєнням алкоголем. Серед них 2 (5%) пацієнтів – жінки та 36 (95%) пацієнтів – чоловіки. При поступленні стан 20 пацієнтів (53%) був оцінений як середнього ступеня тяжкості, 18 пацієнтів (47%) перебували в тяжкому стані.

Для виявлення первинного пошкодження печінки, в якості маркерів використовувались результати біохімічних аналізів крові: рівень печінкових трансаміназ (АЛТ, АСТ) та рівень білірубіну.

За **результатами** дослідження було встановлено, що у 36,8% (14 пацієнтів) виявлено підвищення рівня АЛТ в 2,1 рази вище норми та у 42,1,8% (16 пацієнтів) виявлено підвищення рівня АСТ в 2,5 рази вище норми. Серед пацієнтів з підвищенням рівня АЛТ у 78,5% (11 хворих) виявлено отруєння етанолом, одиничні випадки отруєння барбітуратами (у 7% пацієнтів), синтетичною маріхуаною (у 7%) та комбінацією бензодіазепінів з метадоном (у 7%). Підвищення рівня АСТ зареєстровано у 81,25% (13 пацієнтів) з отруєнням етанолом, у 12,5% (2 пацієнти) – отруєння комбінацією метадоноу з синтетичною маріхуаною, у 6,25% (1 пацієнт) – метадоном.

Висновки. Аналізуючи отримані результати можна зробити висновки, що отруєння етанолом та наркотичними речовинами тяжкого та середнього ступеня супроводжуються пошкодженням печінки, про що свідчать підвищення показників рівня трансаміназ. Тому інтенсивна терапія даних отруєнь повинна бути спрямована також на попередження розвитку загрозливих ускладнень з боку печінки.

УДК 616.379-008.64

Колосінський А. В., Левченко Т. М.

Українська військово-медична академія, м. Київ, biber@ukr.net

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Вступ. В Україні сьогодні налічується близько 2,836 мільйони хворих на цукровий діабет (ЦД). Дана категорія пацієнтів схильна до розвитку гнійно-запальних процесів, має велику розповсюдженість діабетичних нейро- та ангіопатій. У хворих часто виникає необхідність в хірургічних втручаннях у зв'язку з абсцесами, флегмонами та діабетичною гангrenoю нижніх кінцівок. За даними проаналізованої літератури досі не існує єдиної, загальноприйнятої системи анестезіологічного забезпечення у хворих на ЦД при хірургічних втручаннях.

Мета. Визначити найбільш оптимальну методику анестезіологічного забезпечення під час хірургічних втручань у хворих з супутнім цукровим діабетом.

Методи дослідження. Нами проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 20 пацієнтів з цукровим діабетом відділення хірургічної інфекції НВМКЦ «ГВКГ». Всі пацієнти були прооперовані з приводу синдрому діабетичної стопи (ампутація першого пальця ступні, ампутація стопи, ампутація гомілки на рівні верхньої третини стегна). Вік хворих коливався від 57 до 80 років. Середній вік в групі склав $68,2 \pm 3,4$ роки. Хірургічне втручання проводилось із застосуванням спинномозкової анестезії 0,5% розчином бупівакаїну в середній дозі $10,925 \pm 0,25$ мг. Рівень знеболення L₂-L₃. Досліджувались наступні показники: рівень глікемії до та після хірургічного втручання, частота серцевих скорочень, показники середнього артеріального тиску, сатурація, ефективність знеболення.

Результати. Нами не було зареєстровано достовірних коливань рівня глюкози в крові: рівень глікемії до операції становив $12,6 \pm 0,71$ ммоль/л, після операції – $12,25 \pm 0,67$ ммоль/л. Під час проведення хірургічного втручання у всіх пацієнтів зберігалась стабільна гемодинаміка (ЧСС – $75,15 \pm 2,64$ уд/хв., САТ – $87,95 \pm 2,43$ мм рт. ст.), достатній рівень сатурації SpO₂ $97 \pm 0,3\%$.

Висновки. Застосування спинномозкової анестезії розчином бупівакаїну в дозі $10,925 \pm 0,25$ мг забезпечує достатній рівень знеболення та стабільність гемодинамічних показників під час проведення хірургічних втручань у пацієнтів з цукровим діабетом.

УДК 616-089.5-039.57(035.3)

Корнейчик В. О.

Українська військово-медична академія, м. Київ,

e-mail: korneychikvlad@gmail.com

СУЧАСНЕ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

Вступ. Історично склалося так, що короткочасні операції частіше виконували в умовах місцевої анестезії. «Малі» операції можна проводити в хірургічних кабінетах поліклініки або у відділеннях лікарні, в умовах стаціонару одного дня. В індустріальних країнах кількість оперованих у таких умовах з кожним роком зростає, зокрема серед пацієнтів похилого віку та дітей.

До хірургічних втручань, що виконуються в амбулаторних умовах, належать наступні: проктологічні операції; хірургія гіпогастральної ділянки; лапароскопія в гінекології; ортопедичні втручання; хірургія в ЛОР клініці; операції в щелепно-лицевій хірургії; інвазивна рентгенологія; хірургічні операції в офтальмології; седація для забезпечення діагностичних маніпуляцій (бронхоскопія, ларингоскопія).

Мета дослідження. Визначити сучасні тенденції та перспективи анестезіологічного забезпечення в амбулаторній хірургії.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз та узагальнення даних вітчизняних та зарубіжних джерел наукової літератури відповідно до теми дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Відбір пацієнтів на амбулаторне хірургічне лікування є досить важливим і відповідальним етапом, від якого буде залежати подальший стан пацієнта. Тому існує ряд протипоказань для амбулаторних операцій: втручання на черевній та грудній порожнині; внутрішньочерепні втручання; передбачувана масивна кровотеча і гемотрансфузія; нестабільний фізичний статус пацієнта (епілепсія, бронхіальна астма, цукровий діабет, гіпертензивні кризи, інфаркт, інсульт); ожиріння; синдром апное уві сні; абстинентний синдром; відмова пацієнта і відсутність комплаєнсу з ним; відсутність особи, яка супроводжує пацієнта.

Спочатку амбулаторні операції виконувались тільки в умовах седації. Зараз загальна анестезія є доволі розповсюдженим явищем. Переважно це зумовлено покращенням препаратів для проведення анестезії. Одним з перших препаратів став пропофол. Характерні для нього швидкі початок та припинення дії роблять його ідеальним для амбулаторних умов. Препарат рідше викликає післяопераційну нудоту і блювання на відміну від тіопенталу натрію. Крім цього, він не потребує спеціальних умов для роботи. Рекомендовано

використовувати 1% розчин, який не викликає неприємних відчуттів в місці ін'єкції, що робить введення препарату комфортним для пацієнта. Для індукції загальної анестезії використовують 1% розчин пропофолу в дозі 1,5-2,5 мг/кг. Пацієнтам віком від 55 років, як правило, необхідна нижча доза. Для підтримання загальної анестезії препарат вводять зі швидкістю 4-12 мг/кг/год, що забезпечує достатній рівень седації.

Для амбулаторних операцій, при яких необхідно швидко досягнути анксиолітичного ефекту, поверхневої сонливості та релаксації ідеально підходить мідазолам. Він має ефект амнезії, що суттєво покращує процедуру для пацієнта. Дозу підбирають індивідуально залежно від клінічної потреби, фізичного стану і віку пацієнта. Середня доза 7-15 мг безпосередньо перед сном. Оскільки препарат є дороговартісним, натомість часто використовують діазепам, в дозі 5-15 мг перед сном.

Інфільтрація рани місцевими анестетиками (1% р-н. лідокаїну, 0,25-0,5% р-н. бупівакаїну) до розрізу і в кінці операції, досить ефективна в лікуванні післяопераційного болю.

Висновки. Амбулаторна хірургія продовжує розвиватись, про що свідчать зростання кількості пролікованих пацієнтів, урізноманітнення видів хірургічних втручань. Через постійний технічний прогрес, застосування творчого підходу до лікування хірургічної патології з'являється все більше можливостей лікувати складні випадки у тих пацієнтів, які після операції одразу будуть виписані додому.

Основним при проведенні анестезіологічного забезпечення амбулаторних операцій є чітка організація роботи команди спеціалістів (лікарів поліклініки, хірургів, анестезіологів, середнього та молодшого медперсоналу хірургічного й операційного відділень). Від їхньої підготовки, взаєморозуміння залежить чіткість та злагодженість роботи.

Література.

1. Йохан Редер, Ричард Д. Урман. Практическая амбулаторная анестезиология. Пер. с англ.; Под ред. К.М. Лебединского. М., ГЭОТАР-Медиа, 2018, 336 с.
2. Большедворов Р. В., Кичин В. В., Федоров С. А., Лихванцев В. В. *Анестезиология и реаниматология*, 2009, 3: 71-74.
3. Н. П. Коржик, О.М. Миронов. Амбулаторна хірургія. Науково-методичний посібник для лікарів. К.: Книга-плюс, 2010, 264 с.

УДК: 615.099.08

Курділь Н. В.

ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка

Л. І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ,

e-mail: kurdil_nv@ukr.net

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ СТРУКТУРИ ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ: КОМБІНОВАНІ ОТРУЄННЯ

Актуальність. Комбіновані отруєння новими психоактивними речовинами (НПР) за останнє десятиліття в Україні перетворилися у гостру медико-соціальну проблему.

Мета. Вивчити структуру та динаміку гострих отруєнь НПР з метою розробки ефективних заходів діагностики і лікування.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз етіологічної структури гострих отруєнь психоактивними речовинами за період 2000–2019 рр. Залучені дані токсикологічної лабораторії КНП «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги», хіміко-аналітичної лабораторії КЗ КМР «Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи».

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна кількість пацієнтів пролікованих у токсикологічному відділенні з отруєннями речовинами психотропної групи (Т40, ICD-10 Version:2015) за останні 20 років склала більше 21 тисячі осіб. Серед отруєнь група Т40 складає 35%, а серед померлих – 17,5%. В період 2000–2007 рр. виявлялися наступні речовини психоактивної: седативні/снодійні (бензодіазепіни, фенотіазини, барбітурати); дисоціативної дії (фенциклідин); класичні галюциногени (ЛСД, 2С-В); стимулятори (кокаїн, амфетамін, метамфетамін); каннабіноїди (каннабіс) і опіоїди (морфін, героїн). На початку 2007 року почали з'являтися випадки отруєнь НПР синтетичного походження: седативні/снодійні (етизолам, клоназолам); дисоціативної дії (3-метоксифенциклідин, десхлоркетамін); галюциногени (1р-ЛСД, 2С-І); стимулятори (4-фторамфетамін, диметилкатинон); каннабіноїди (JWH, АВ-PINACA, ADB-FUBINACA) й опіоїди (метадон, фуранілфентаніл, окфентаніл). Починаючи з 2015-го року помітно зростає кількість отруєнь сумішами психоактивних речовин (метадон-амфетамін-алкоголь), що клінічно проявляються розвитком гострої серцево-судинної недостатності, набряком легень, ішемією м'яких тканин, нирковою недостатністю, апалічним синдромом.

Висновки. Вживання комбінацій наркотичних засобів різної психоактивної дії ускладнює діагностику, змінюючи прояви токсичного синдрому і дію антидотів (налоксону), що обумовлює високий ризик настання небезпечних ускладнень і летальних випадків.

УДК 616-036.882-08

Лопуга Н. М., Журко М. М.

Українська військово-медична академія, м. Київ, biber@ukr.net

ГІПОПРОТЕЇНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З АБДОМІНАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ

Вступ. У структурі бойової травми зростає частка пошкоджень органів черевної порожнини. Вона коливається від 6,6 до 9%, а за даними АТО в середньому становить 4-7%. Незважаючи на досягнення анестезіології та інтенсивної терапії, післяопераційні легеневі ускладнення залишаються основною проблемою в сучасній практиці, складаючи від 20% до 60%, та становлять 24% летальних наслідків протягом перших 6 днів після операції. Одним із факторів розвитку дихальної недостатності є гіпопротеїнемія, яка прискорює ексудацію рідини, сприяє набряку альвеол та диспропорції вентиляції-перфузії.

Мета. Дослідити вплив гіпопротеїнемії на розвиток дихальної недостатності при абдомінальних пораненнях для оптимізації і покращення результатів лікування в умовах ВРІТ.

Матеріали і методи. Ретроспективно проведена вибірка хворих з абдомінальними пораненнями (N=40), які отримували інтенсивну терапію у ВРІТ НВМКЦ «ГВКГ». Основну групу склали 20 хворих з проявами ДН, решта пацієнтів (N=20) не мали патологічних респіраторних проявів і склали контрольну групу.

Результати. Вік поранених коливався від 21 до 36 років. Середній вік склав $28 \pm 3,54$ роки. Усі (N=40) пацієнти – чоловіки.

Середній рівень білка в передопераційному періоді становив у хворих 1-ї групи $50,86 \pm 2,64$ г/л, 2-ї групи – $63,2 \pm 3,72$ г/л. За критерієм Стюдента для незалежних вибірок $p < 0,05$.

Проведено кореляційний аналіз між рівнем загального білка крові поранених першої групи та такими респіраторними характеристиками: сатурація периферійної крові, киснева

підтримка (FiO₂) та індекс оксигенації. Виявлено сильний позитивний зв'язок між рівнем загального білка крові та індексом оксигенації.

Висновки. Внаслідок аналізу отриманих даних можна стверджувати, що гіпопротеїнемія впливає на розвиток дихальної недостатності у хворих з абдомінальними пораненнями.

УДК: 616-008.6-085.382-085.844

Луговий О. Д., Ковтун А. І., Дроник К. Г., Кушнір С. В.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

e-mail: mr.dok25@gmail.com

ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ ПРИ ЕНДО- ТА ЕКЗОТОКСИКОЗАХ

Вступ. Одним з найбільш ефективних методів очищення організму є плазмаферез (ПФ). Це метод швидкого видалення з організму плазми крові з розчиненими в ній токсичними речовинами.

Мета дослідження. Визначити сучасні показання, протипоказання до ПФ, та вдосконалити методику його проведення, розглянути нові методи еферентної терапії, дослідити вплив сучасних методів детоксикації на стан хворого.

Матеріали та методи. Сучасні світові джерела вказують на широкий спектр показань до ПФ: захворювання ШКТ; захворювання ССС; захворювання нирок (гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит); ендокринні захворювання і порушення обміну речовин; гострі і хронічні отруєння; наркоманія і алкоголізм; алергічні стани (атопічний дерматит, кропив'янка, набряк Квінке, бронхіальна астма); аутоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, склеродермія); захворювання шкіри (псоріаз, нейродерміт, фурункульоз); артрити різної етіології; захворювання нервової системи; урогенітальні інфекції; токсикоз вагітності, резус-конфлікт під час вагітності; стани після опіків, тяжких травм, хіміотерапії, тривалої антибактеріальної терапії. Протипоказаннями для проведення плазмаферезу є порушення згортальної системи крові; виражена анемія; виражена гіпопротеїнемія; стани після інсультів, інфарктів; старечий вік; гіпотензія; порушення ритму серця.

У дослідження увійшли 18 пацієнтів віком від 22 до 54 років з гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді. У лікуванні сепсису застосовували плазмаферез

із заміним переливанням плазми або кристалоїдів, що дало можливість видалити токсичні медіатори септичного синдрому та утримати рівень білка крові на безпечному рівні. Крім класичних лабораторних обстежень хворим проводили дослідження концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) впродовж курсу плазмаферезу. Вміст ЦІК у сироватці крові визначали методом колориметрії.

Результати. Проведене дослідження виявило порушення з боку гуморальної ланки системного імунітету та підвищення (у 1,5-2 рази) загального рівня ЦІК у сироватці крові у всіх пацієнтів з гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді. Аналіз молекулярного складу ЦІК виявив їх дисбаланс в бік зростання найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій. Проведення ПФ на тлі класичної терапії призводило до зниження рівня ЦІК після кожного сеансу на 30-35%. Встановлено, що ранній початок аферентної терапії є кращим, порівняно з відстроченим початком.

Висновок. Хворі з гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді разом із стандартною терапією потребують використання ПФ для покращення результатів лікування.

УДК: 616.24-002-008.87:578.834]-06:616.45-001.1/.3-085.217.3

Луговий О. Д., Ковтун А. І., Дроник К. Г.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

e-mail: mr.dok25@gmail.com

КОРЕКЦІЯ НЕЙРОПРОТЕКТОРАМИ ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Вступ. Коронавірус SARS-CoV-2, який спричиняє хворобу COVID-19, став одним із найбільш небезпечних викликів сучасності. Грізними ускладненнями цього захворювання є гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), сепсис і септичний шок. При COVID-19 порівняно з традиційним ГРДС більш виражені порушення вентиляційно-перфузійних співвідношень та збільшене шунтування при відносно незначних порушеннях механічних властивостей легень. Вірус SARS-CoV-2 проникає в епітеліоцити легенів через рецептори АПФ-2, де проходить масове розмноження вірусу, а в подальшому вихід його із клітин і ураження органів-мішеней: легенів, кишківника, серця, нирок, судин. Організм реагує на вивільнення прозапальних цитокінів із ушкоджених клітин зростанням кількості макрофагів і

нейтрофілів, а в подальшому може розвинутися «цитокіновий шторм», коли імунна система надто сильно і неадекватно агресивно реагує на інфекцію та сприяє розвитку тяжких летальних ускладнень (ГРДС, пневмоній, тромбоемболій, ГНН, поліорганної недостатності). Розвиток гіпоксії вимагає застосування кисневої терапії, яка призводить до масового утворення активних форм кисню й активації «оксидантного стресу» на тлі виснаження антиоксидантної системи хворого.

Мета. Дослідити ефективність застосування ксаврону в комплексній терапії у хворих на COVID-19.

Матеріали та методи. Для реалізації мети дослідження було проведено комплексне лікування 24 хворих (11 жінок і 13 чоловіків) з діагнозом пневмонії середнього ступеня тяжкості, спричиненої COVID-19. Хворих поділили на дві групи. Хворим першої групи (n=12) призначали ксаврон, в дозі 30 мг едаравону двічі на добу внутрішньовенно протягом 14 діб. Перед введенням 30 мг ксаврону розчиняли у 100 мл 0,9% розчину натрію хлориду. У групі контролю (n=12) препарати із нейропротективною дією не використовувалися. Оцінювалася кількість еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, рівень гемоглобіну, гематокриту, глюкози, сечовини, креатиніну, електролітів, стан оксидантно-антиоксидантної системи: каталаза, глутатіонпероксидаза, малонового альдегіду (МА) та стан окиснювальної модифікації білків (ОМБ).

Результати. Дослідження показало зростання активності каталази на 30%, глутатіонпероксидази на 40% та достовірне зниження МА і ОМБ при застосуванні Ксаврону.

Висновок. Застосування ксаврону має значну антиоксидантну дію: зростає активність антиоксидантних ферментів, знижується вміст МА і ступінь ОМБ.

УДК: 616-089.5-003.83:618.19-089

Марцінів В. В.^{1,2}, Кучма А. Б.²¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, e-mail: vovamart@yahoo.com² Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПЕКТОРАЛЬНОЇ ТА ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ

Вступ. Постмастектомічний больовий синдром (ПМБС) після операцій на молочній залозі виникає у 25-60 % пацієнтів. Є дані, що використання регіонарних технік знеболення знижує частоту ПМБС, але вони доволі суперечливі.

Мета. Дослідити вплив пекторальної та паравертебральної блокади на розвиток ПМБС в перші півроку після операції.

Матеріали і методи. В дослідження були включені 92 пацієнтки після мастектомії або лампектомії з аксілярною лімфодисекцією, які відповідно до анестезіологічного забезпечення були розділені на три групи. Жінкам першої групи перед операцією виконували пекторальну блокаду 10 і 20 мл розчину ропівакаїну 0,375 %. У другій групі була проведена паравертебральна блокада на рівні Th 3-4 20 мл ропівакаїну 0,5 %. У третій групі – виключно загальна анестезія. Через 3 та 6 місяців оцінювався рівень болю за 10-бальною шкалою у пацієнтів шляхом телефонного опитування (1-3 бали – легкий, 4-6 балів – середній, 7-10 балів – сильний).

Результати. Через 3 місяці проявів хронічного болю не було у I групі – 41 %, II – 33 %, III – 7 % ($p=0,006$), через 6 місяців у I групі – 35 %, II – 50 %, III – 28 % ($p=0,209$). Інтенсивність болю в різних групах за ступенями представлена в таблиці.

Хронічний біль	I група	II група	III група	P-value
Хронічний біль через 3 місяці за ступенем: легкий/середній/сильний, %	50/6/3 %	43/23/0 %	66/20/7 %	0.0124
Хронічний біль через 6 місяців за ступенем: легкий/середній/сильний, %	56/3/6 %	47/3/0 %	55/17/0 %	0.126

Висновки. Частота виникнення та інтенсивність хронічного болю після операцій з приводу новоутворень молочної залози через 3 та 6 місяців була нижча при застосуванні регіонарної анестезії.

УДК 617.55-089.166-06:616.12-005.4]:615.384

Морозова Я. В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків,

e-mail: dr.yaninamorozova@gmail.com

ПЕРІОПЕРАЦІЙНІ ЗМІНИ МАРКЕРІВ УШКОДЖЕННЯ МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Вступ: Пацієнти з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС) складають групу підвищеного ризику кардіальних ускладнень, насамперед ішемічного ушкодження міокарду (MINS). Відомо багато чинників, які сприяють розвитку цих ускладнень. Серед них – вплив факторів операційного стресу, анестезії, стан серцево-судинної системи пацієнта та його адаптаційні можливості. Одним з важливих компонентів періопераційного періоду є інфузійна терапія. Сучасні рекомендації вказують на важливість зниження об'єму інфузії (рестриктивний режим). В той же час, при виконанні розширених абдомінальних втручань виникають ситуації, коли рестриктивний режим інфузії може бути небезпечним, внаслідок гіпоперфузії життєво важливих органів, насамперед серця та нирок.

Мета: дослідити періопераційні зміни маркерів ушкодження міокарду у пацієнтів з супутньою ішемічною хворобою серця при використанні різних режимів інфузійної терапії.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 89 пацієнтів, яким були виконані розширені хірургічні втручання в умовах загальної анестезії. Розподіл пацієнтів на дві групи проводився залежно від обраної тактики інтраопераційної інфузійної терапії: перша – з рестриктивним режимом $n=45$ ($7,0\pm 0,2$ мл/кг/час), друга – з ліберальним $n=44$ ($13,9\pm 0,6$ мл/кг/час). Групи пацієнтів не мали відмінностей за антропометричними даними, обсягами хірургічного втручання, анестезіологічним забезпеченням. Інтраопераційно проводився постійний моніторинг показників гемодинаміки (АТ, ЧСС) та ЕКГ, кількісна оцінка рівня біомаркерів ушкодження міокарду (TnI, NTproBNP), а також С-реактивного протеїну (CRP) методом імуноферментного аналізу на трьох етапах (напередодні хірургічного втручання, відразу після та в ранньому післяопераційному періоді через 18-24 години після операції).

Результати та обговорення. Встановлено незначне підвищення TnI в обох групах, яке знаходилось в межах верхнього значення норми. При цьому більш істотне підвищення рівня тропоніну (так зване міокардіальне ушкодження, MINS) виявлено у 5 пацієнтів (11,1%) 1-ї групи та 6 пацієнтів (13,6%) 2-ї групи на післяопераційному етапі. При дослідженні концентрації NTproBNP встановлено більш суттєве його підвищення у пацієнтів 2-ї групи в

післяопераційному періоді (123,1 [97,9;142,9] пг/л), однак ці значення знаходились в межах нормальних. Щодо CRP, відзначалося підвищення його показників на усіх етапах дослідження, незалежно від режиму інтраопераційної інфузійної терапії.

Висновки. У пацієнтів з супутньою ІХС без ознак серцевої недостатності можуть бути безпечно застосовані відносно рестриктивні та ліберальні режими періопераційної інфузійної терапії за умови адекватного моніторингу.

УДК 6 16-001-06-091-092.6

Мошківський В. М., Пидоченко Д. І.

Українська військово-медична академія, м. Київ, biber@ukr.net

МОЖЛИВІСТЬ БЕЗОПІДНОЇ АНАЛГОСЕДАЦІЇ ПІД ЧАС КОЛОНОСКОПІЙ У ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Вступ. За даними ВООЗ, захворюваність на колоректальний рак (КРР) на даний момент займає третє місце серед онкологічної патології у світі, поступаючись місцем раку молочної залози та раку легень. КРР займає друге місце в структурі жіночої онкологічної захворюваності і третє в структурі чоловічої. Основним інструментом скринінгу досі залишається колоноскопія. Усім особам, окрім груп ризику, потрібно проходити колоноскопію з 45 років, з інтервалом кожні 10 років. Досі ведеться дискусія щодо необхідності седатії під час колоноскопії. Однак процедура викликає тривожність та дискомфорт у більшості пацієнтів, що може призвести до переривання процедури та формування негативізму у пацієнтів в майбутньому. Існує ряд факторів, що викликають біль під час процедури: перекручення колоноскопа, що викликає розтягнення кишки та брижі, розтягнення кишок від інсуфляції повітря, сила та опір при введенні колоноскопа. Тому, седатія з або без додаткового знеболення загалом необхідна не тільки для комфорту пацієнта, а також для успішного завершення процедури. Застосування пропофолу для седатії під час ендоскопічних процедур зросло через його сприятливий фармакокінетичний профіль. Його седативний, гіпнотичний, протиблювотний та амнестичний ефекти мають переваги – швидкий початок дії і короткий профіль відновлення з високим рівнем задоволеності пацієнтів амбулаторною колоноскопією. Недоліками є його вузький терапевтичний діапазон, біль під час введення і можливість викликати респіраторну і серцево-судинну депресію.

Мета. Оптимізувати анестезіологічне забезпечення колоноскопій у хворих з колоректальним раком. Визначити можливість застосування аналгоседації в комбінації пропофол + лідокаїн.

Матеріали та методи. На даний момент набрано 40 пацієнтів (ASA II-III). Хворі були розділені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю, вагою тіла, усім хворим проводилась планова колоноскопія. У першій групі (20 пацієнтів), аналгоседація проводилась дробним введенням пропофолу, з попереднім введенням лідокаїну (1,2-1,5 мг/кг). В другій групі (20 пацієнтів) аналгоседація забезпечувалась дробним введенням фентанілу та пропофолу. Хворі були розділені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю, вагою тіла, усім хворим проводилась планова колоноскопія. Прохідність дихальних шляхів підтримувалась самостійно або потрійним прийомом Сафара, проводилась інсуфляція зволоженого кисню 4 л/хв. У кожній групі оцінювалися гемодинамічні показники під час колоноскопії, епізоди десатурації, суб'єктивні відчуття під час введення пропофолу (біль, печіння, дискомфорт), витрати пропофолу, швидкість відновлення свідомості, постколоноскопичний біль, відчуття задоволеності колоноскопією та анестезіологічним забезпеченням.

Результати. За попередніми результатами, в першій групі коротший час пробудження (5,6 хв – у першій групі, 12,5 хв – у другій групі), однакові суб'єктивні відчуття болю під час процедури, відсутні епізоди десатурації, відсутні епізоди брадикардії та гіпотензії (САТ знижувався у першій групі на 21,2%, у другій групі на 27,5%). Остаточні результати будуть представлені по закінченню дослідження.

Висновки. За попередніми даними внутрішньовенне застосування лідокаїну в комбінації з пропофолом є ефективним для аналгоседації під час колоноскопії.

УДК: 616.831–005.4–036.11–06: 616.379–008.64]–08–039.72

Недашківський С.М., Дзюба Д.О., Галушко О.А., Заграничний Т.С.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, e-mail: o.halushko@ukr.net

ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ: АНАЛІЗ ПУБЛІКАЦІЙ ТА КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Глибокі та різнобічні порушення при гострих захворюваннях і критичних станах можуть за певних умов призводити до тяжких розладів обміну речовин, що становлять безпосередню загрозу життю хворого та вимагають невідкладної допомоги [1]. До числа таких станів відносять порушення вуглеводного обміну.

Мета. Охарактеризувати особливості виникнення та лікування порушень вуглеводного обміну при критичних станах.

Матеріал і методи. Був проведений аналіз публікацій за допомогою пошукових систем PubMed та Google Scholar та проаналізовані доступні вітчизняні літературні джерела за темами: порушення вуглеводного обміну та критичні стани.

Результати та їх обговорення. При критичних станах розвиваються такі порушення вуглеводного обміну: діабетичний та недіабетичний (нормоглікемічний) кетоацидоз; гіперосмолярний синдром; гіпоглікемія та лактатацидоз. Порушення вуглеводного обміну при критичних станах розвиваються на фоні основного захворювання, маскуються ним і погіршують стан хворого.

Для діагностики цих станів часто використовують нітропрусидний тест на кетонурію, який не відображає реальний рівень кетонових тіл в сечі (бета-оксимасляної кислоти) та реагує на їх рівень відтерміновано, а отже більшість кетозів діагностується пізно – в декомпенсованому стані. Тому слід орієнтуватися в першу чергу на стан хворого і клінічні ознаки кетоацидозу.

Для терапії порушень вуглеводного обміну в комплексі лікування критичних станів використовують розчини ксилітолу (ксилат). Вважається, що ксиліту властива найбільша антикетогенна дія серед усіх відомих речовин. Зокрема, ксилат зменшує кількість вільних жирних кислот; посилює утворення піровиноградної кислоти, сприяє окисленню ацетилкоензиму. А в циклі Кребса; посилює глікогеноутворення в печінці; стимулює секрецію інсуліну. Враховуючи особливості нітропрусидного тесту на кетонурію, не слід чекати появи «4+» ацетону в аналізі сечі. Якщо у пацієнта спостерігаються нудота, блювання, запаморочення, сонливість, суха шкіра і сухість в роті, глибоке шумне дихання (Куссмауля)

та часте сечовипускання на фоні гіперглікемії (>13,9 ммоль/л) – слід застосувати ксилітовмісний препарат (ксилат) у дозі 6-10 мл/кг/добу в/венно.

Клінічний випадок. Хворий М., 67 років поступив на лікування у травматологічне відділення з переломом стегна. Протягом 3 тижнів лікувався консервативно (скелетне витяжіння). Раптово зареєстровано погіршення самопочуття: періодично неконтактний, втрачає свідомість. АТ не визначається, ЧСС підрахувати неможливо через високу частоту. На ЕКГ – шлуночкова тахікардія. Введення аміодарону ефекту не дало. Ретельно проаналізований анамнез (діабетом не хворіє, проте 3 тижні харчувався недостатньо, майже голодував). Рівень глікемії – 5,2 ммоль/л, кетонемії – 8,4 ммоль/л (N=1,7 ммоль/л). Діагностований недіабетичний кетоацидоз (кетоацидоз голодування). Проведена інфузія ксилату (7,5 мл/кг) та повторно введений аміодарон. Ефект – відновився синусний ритм, хворий опритомнів.

Висновки. При розвитку критичних станів у хворих часто виникають порушення вуглеводного обміну, які слід корегувати після введення антикетогенних розчинів, зокрема препаратів ксилітолу (ксилат).

Література:

1. Шлапак І.П., Маньковський Б.М., Галушко О.А., Кондрацька І.М. Інфузійна терапія в практиці лікаря-ендокринолога. К., 2016. 294 с.

УДК: 616.6-089.819-089.5]-042.2

Овсієнко Т. В.^{1,2}, Бондар М. В.¹, Лоскутов О. А.¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, e-mail: ovtetvik@gmail.com

² ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПІЇДНА АНЕСТЕЗІЯ – ДІЄВИЙ СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ НУДОТИ ТА БЛЮВАННЯ

Проблема післяопераційної нудоти і блювання (ПОНБ) протягом тривалого часу привертає увагу фахівців різних галузей хірургії та анестезіології і досі не втратила своєї актуальності. Близько 80 % прооперованих пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді відзначають симптоми нудоти і блювання [1], не винятком є лапароскопічні (ЛПС) хірургічні втручання [2]. Крім того, ПОНБ може стати самостійною причиною виникнення інших досить серйозних ускладнень післяопераційного періоду, таких як аспірація шлункового вмісту в дихальні шляхи, гемодинамічні розлади у пацієнтів зі скомпрометованою серцево-судинною системою, неспроможність хірургічних швів, кровотеча, дегідратація і порушення електролітного балансу, що в кінцевому результаті може призвести до інвалідизації пацієнтів, подовження терміну їхньої госпіталізації та здорожчання лікування. Виникнення ПОНБ зумовлене сукупністю патофізіологічних чинників, які напряду пов'язані з анестезією або хірургічним втручанням [3]. Тому, згідно з рекомендаціями ERAS, використання мультимодальної малоопіїдної загальної анестезії (ММЗА) у пацієнтів зменшує ПОНБ і забезпечує більш швидке відновлення [4].

Мета дослідження. Оцінити ефективність використання ММЗА, як одного із способів профілактики ПОНБ під час анестезіологічного забезпечення ЛПС хірургічних втручань на нирках.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 38 пацієнтів, яким були виконані ЛПС операції на нирках. Для порівняння частоти виникнення ПОНБ пацієнти були розподілені на дві групи довільним методом. У групі 1 (контрольній), яка включала 15 пацієнтів, використовувалась мультимодальна загальна анестезія (МЗА) зі стандартними дозами опіоїдів, а у групі 2 (основна), яка включала 23 пацієнти, використовувалась ММЗА. Піддослідні групи були абсолютно співставними за статтю, віком, різновидом хірургічного втручання, тривалістю операцій та тривалістю загальної анестезії.

Результати дослідження. У п/о періоді ми оцінювали наявність явищ нудоти та блювання. Сумарна середня доза фентанілу, що була використана упродовж всього часу

анестезії у контрольній групі, становила $373,3 \pm 50,8$ мкг ($4,34$ мкг/кг/год.). Сумарна середня доза фентанілу, що була використана упродовж всього часу анестезії у основній групі, становила $217,39 \pm 49,1$ мкг ($1,76$ мкг/кг/год.). В групі 1 блювання в післяопераційному періоді виникло у 4 пацієнтів з 15, в групі 2 – також у 4 пацієнтів, але з 23 прооперованих. Так як ми маємо різні за чисельністю групи, ми стандартизували показники. Стандартизований показник ПОНБ в контрольній групі $26,6\%$, в основній групі – $17,3\%$. Отже, отримані результати показують, що ММЗА сприяє зменшенню частоти ПОНБ.

Висновок. У результаті проведеного дослідження і порівняння частоти виникнення ПОНБ у хворих обох дослідних груп було встановлено, що зменшення дози періопераційного використаних опіоїдів сприяє зниженню частоти розвитку ПОНБ, що підвищує безпеку анестезії, значно полегшує та пришвидшує реабілітацію хворих після ЛПС хірургічних втручань на нирках.

Використана література.

1. Hill RP, Lubarsky DA, Phillips-Bute B, et al. Cost-effectiveness of prophylactic antiemetic therapy with ondansetron, droperidol, or placebo. *Anesthesiology*. 2000; 92: 958–967.
2. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, et al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth*. 2012; 109:742–53.
3. Gan TJ Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2006; 102: 1884-1898.
4. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2019; 29(4): 651-668. DOI:10.1136/ijgc-2019-000356.

УДК: 616.147.3-007.64-002.44-089-06

Саволук С. І., Дембіцький А. Р.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України,
м. Київ, e-mail: dembitskyis3@gmail.com

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Вступ. Однією з гострих проблемою сучасного суспільства є хронічне захворювання вен нижніх кінцівок (ХЗВНК), що зустрічається у 69,2% серед загальної популяції населення старшого 18 років. За класифікацію CEAP у популяції частота різних форм ХВН має наступний вигляд: C0A – 0,7%, C0S – 4,7%, C1 – 34,3%, C2 – 21,3%, C3-C4 – 7,1%, C5-C6 – 1,1%. Щорічне зростання захворюваності на ХЗВНК сягає 2,5%.

Мета. Проаналізувати відомі методи хірургічних операцій та встановити найбільш адекватний об'єм оперативних втручань для групи пацієнтів із ХВН С6 клінічного класу.

Методи дослідження. Проаналізовано результати малоінвазивних хірургічних втручань у 73 пацієнтів із ускладненими формами ХВН. ЕВЛК у комбінації із мініфлебектомією – 22 (30,1%), ЕВЕЗ із мініфлебектомією – 16 (22%), РЧА із мініфлебектомією – 8 (11%), ЕВЛК із ехоконтрольованою склерооблітерацією – 4 (5,5%), ASVAL – 9 (12,3%), СНІВА – 3 (4,1%), ізольована ЕВЛК – 11 (15%) пацієнтів. Усі пацієнти спостерігалися упродовж 6-ти місяців. Місцево застосувалися ранові покриття фірми Hartmann «HydroClean plus» та «Sorbalgon» відповідно до фази ранового процесу.

Результати. У пацієнтів після високотермальних методів (ЕВЛК, ЕВЕЗ, РЧА) у комбінації із мініфлебектомією та склерооблітерацією термін загоєння виразки становив 12,3 доби. Вираженість болю за шкалою NPRS була менша у пацієнтів після склерооблітерації. У пацієнтів після ізольованої ЕВЛК та ASVAL загоєння виразки відмічалось на 15,4 добу. Найнижчі показники за шкалою NPRS були у даній групі пацієнтів. Найдовший період редукції симптомів, візуальних проявів та загоєння трофічної виразки відзначався у пацієнтів після СНІВА. Ускладнення не спостерігалися.

Висновки. Застосування високотермальних методик обробки стовбуру ВПВ/МПВ у комбінації із мініфлебектомією та склерооблітерацією їх притоків, є найбільш ефективними методами лікування пацієнтів із ХВН С6. Також, задовільні результати отримані після застосування ізольованої ЕВЛК та ASVAL. Найнижчу ефективність у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді отримано у пацієнтів після виконання методики СНІВА.

УДК:616.728.2-089.844.5-031.84

Свіргун М. В., Семененко А. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця,

e-mail: marishka.mbox@gmail.com

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЧИННИКІВ НА ТРИВАЛІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ

Вступ. Тривалість госпіталізації залежить від багатьох чинників: віку пацієнтів, тяжкості перебігу основного й супутніх захворювань, обсягу хірургічного втручання тощо.

Мета. Дослідити вплив чинників на тривалість госпіталізації пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба під спінальною анестезією.

Методи досліджень. У проведеному дослідженні ретроспективно протягом 2 років проаналізовано 555 історій хвороб пацієнтів на предмет супутньої патології у різних вікових групах. Всі хворі лікувалися в травматологічному відділенні КНП ВМКЛ ШМД після ендопротезувань кульшових суглобів, вік від 20 до 95 років. З них 282 чоловіків та 273 жінок. Вікова категорія визначалася відповідно до вікової класифікації ВООЗ 2015 року. Статистичну обробку проводили у програмі StatPlus за параметричними та непараметричними критеріями, відмінності вважали значущими при $p < 0,05$.

Результати. Аналізу підлягали наступні чинники: вид протезування (цементне чи безцементне), хірургічне втручання з приводу перелому чи іншої причини, тривалість операції в хвилинах, пульс пацієнта на початок операції. Сила впливу регресорів на вихідний параметр тривалості перебування пацієнта в стаціонарі (у днях) показала, що з наведеної комбінації чинників найбільший вплив мав чинник «хірургічне втручання з приводу перелому» – (48%) і найменший – чинник «тривалість операції у хвилинах» – (14%). Однаковий вплив мали чинники «вид протезування (цементне чи безцементне)» і «пульс на початок операції» – (19%).

Висновки. Таким чином, розрахований середній термін перебування в стаціонарі склав 16 днів. Згідно з базою даних фактичний термін перебування складало 14 днів. Отже, беручи до уваги результати проведеного дослідження, основним фактором, що може істотно вплинути на тривалість госпіталізації, є зменшення часу хірургічного втручання.

УДК 616.12-005.4-06:616-005.3-08:616-089.5

Трофимович Є. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків,

e-mail: elenatrofimovich@ukr.net

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ГЕМОСТАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ІХС В УМОВАХ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Вступ. Пацієнти з ішемічною хворобою серця (ІХС) є групою підвищеного ризику тромботичних ускладнень в періопераційному періоді, тому виконання традиційних заходів щодо тромбопрофілактики у них є обов'язковим. У той же час існують додаткові можливості впливу на систему гемостазу під час анестезії шляхом застосування препаратів, що специфічно впливають на тромбоцитарно-судинний гемостаз (ТСГ), який є ініціюючим в розвитку гемореологічних порушень.

Мета. Дослідити динаміку показників ТСГ у пацієнтів з супутньою ІХС, оперованих в умовах мультимодальної загальної анестезії.

Методи досліджень. Проведено анестезіологічне забезпечення та обстеження 92 пацієнтів з супутньою ІХС, яким виконувались операції з приводу злоякісних пухлин ШКТ. Середній вік пацієнтів склав 61 ± 12 років; ризик за шкалою ASA – II-III, RCRI 1-3. Функціональний стан тромбоцитів оцінювали за допомогою аналізатора агрегації тромбоцитів AP 2110. Дані представлені на 1-му (вихідному), 2-му (інтраопераційному) та 3-му (через добу) етапах дослідження.

Результати. При дослідженні агрегації тромбоцитів у пацієнтів у вихідному стані встановлено, що у 22-х наявна гіпоагрегація тромбоцитів: ступінь агрегації (СА), % - 47 [42; 51,2], час агрегації (ЧА), хв. - 3,8 [3,5; 5,5], швидкість агрегації (ША),%/хв - 44,7 [25,3; 49,8], тромбоцити (ТЦ) тис/мкл - 217,1 [153; 240], у 38-и – нормаагрегація: СА,% - 68,5 [65,9; 76,2], ЧА, хв. - 6,2 [4,7; 7,1], ША,%/хв – 33 [26,4; 45,8], ТЦ тис/мкл - 188,3 [169; 224,3], у 32-х – гіперагрегація: СА, % - 97,9 [94,2; 103,7], ЧА, хв. - 7,3 [5,4; 8,9], ША, %/хв -68 [65,5; 87,4], ТЦ тис/мкл - 196,9 [165,8; 242,3]. Схема мультимодальної анестезії модифікувалась наступним чином: всім пацієнтам проведено загальну інгаляційну анестезію згідно з рекомендаціями для пацієнтів з високим кардіальним ризиком; у пацієнтів з гіпо- та нормаагрегацією тромбоцитів в складі знеболення застосовані ненаркотичні анальгетики (парацетамол) та кетамін в субнаротичній дозі; у пацієнтів з гіперагрегацією – нестероїдні протизапальні препарати (декскетопрофен), кетамін в субнаротичній дозі, магнію сульфат.

Висновки. Модифікація мультимодальної загальної анестезії з урахуванням вихідних порушень первинного гемостазу у пацієнтів з супутньою ІХС дозволяє нормалізувати показники агрегації тромбоцитів, що може бути корисним для профілактики тромботичних ускладнень у цих пацієнтів.

Шкітак І. О., Костіна О.В., Кобеляцький Ю. Ю.

КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова» ДОР»,

e-mail: shkitak.inna@gmail.com

ОПІОЇДЛІМІТУЮЧА АНЕСТЕЗІЯ В ЛОР ОНКОЛОГІЇ ПРИ ТОТАЛЬНІЙ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Вступ. Періопераційне знеболення в онкологічних хворих має низку особливостей. Хворі зі злоякісними пухлинами істотно відрізняються від пацієнтів загальнохірургічного профілю станом імунної системи, наслідками хіміотерапії. Неадекватне усунення болю в онкології є сприятливим чинником ракової прогресії, місцеві рецидиви та метастази залишаються головними причинами захворюваності в подальшому та смертності у даної категорії хворих. Анестезіологічна тактика в періопераційний період відіграє одну з ключових ролей в подальшому розвитку гіпералгезії та хронізації болю у даної категорії хворих. Все це вимагає змінити стратегію знеболення у хворих онкологічного профілю.

Мета. Удосконалити стратегію знеболення у хворих під час тотальної ларингектомії з приводу онкопатології шляхом застосування опіоїдлімітуючої анестезії.

Матеріали та методи. У відділенні ЛОР онкології КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова» ДОР знеболення при тотальній ларингектомії проводиться з використанням принципів мультимодальної анестезії та опіоїдлімітуючої аналгезії. Для премедикації за 40 хв. до операції призначався декскетопрофен 2 мл в/м, р-н діазепаму 0,5% 2 мл в/м. За 20 хв. до хірургічного втручання проводиться інфузія дексмететомідину зі швидкістю 0,5 мкг/кг/год, індукція анестезії – боліос лідокаїну 1,5 мг/кг в/в, пропофол 1,5-2 мг/кг в/в, фентаніл 0,005 % 2 мл в/в. Інтубація трахеї у даної категорії хворих проводилась через трахеостому. М'язову релаксацію підтримували есмероном згідно з рекомендаціями виробника.

Для підтримки анестезії продовжували інфузію дексмететомідину зі швидкістю 0,4-0,5 мкг/кг/год та пропофолу згідно з розрахованим дозуванням, контролювали глибину

анестезії за допомогою BIS-моніторингу. Упродовж всього хірургічного втручання проводилась інфузія лідокаїну 1 мг/кг/год.

Припиняли інфузію дексметомідину за 10–15 хв до закінчення операції, інфузію лідокаїну зупиняли після пробудження хворих.

У схему мультимодальної анестезії було включено внутрішньовенне введення парацетамолу 1000 мг за 20 хв. до тракції гортані (найбільш болісного етапу хірургічного втручання).

Інтраопераційно проводили моніторинг показників серцево-судинної та дихальної систем шляхом неінвазивного вимірювання артеріального тиску (середній АТ), визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) кожні 5 хв, контролем електрокардіограми, SpO₂, BIS- та ANI-моніторинг. Середня тривалість хірургічного втручання 1 год. 50 хв.

Після пробудження, для вимірювання інтенсивності післяопераційного болю використовували візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ) та дані ANI-моніторингу.

Результати та висновки. Наведена вище стратегія знеболення у хворих онкологічного профілю сприяє зменшенню вираженості післяопераційного болю, зниженню інтраопераційної та післяопераційної потреби в опіоїдних анальгетиках та, отже, побічних ефектів опіоїдів.