

50). Середній час пробудження в групах суттєво не відрізнявся, але в II групі був дещо коротшим — $9,0 \pm 1,7$ vs $7,0 \pm 1,2$ хв. **Висновки.** Використання PSI допомагає контролювати глибину анестезії і зводить до мінімуму ризик передчасного виходу пацієнтів з наркозу, що доводить ефективність та безпечність проведення анестезіологічного забезпечення з визначенням PSI у пацієнтів похилого та старечого віку при ЛХЕ.

УДК 616.008.8.81-089

Бігняк П.І., Кренъов К.Ю., Гомон М.Л., Гончарук О.С.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Старокостянтинівська районна лікарня,
м. Старокостянтинів Хмельницької області, Україна

Вплив пероральних регідратаційних розчинів на відновлення перистальтики у післяопераційних пацієнтів

Вступ. Гострий дефіцит рідини та електролітів спричиняє дегідратацію, що створює несприятливий фон для перебігу післяопераційного періоду хірургічних хворих [1]. Корекція зазначених змін відновлює роботу клітинних насосів, зменшує внутрішньоклітинний ацидоз та забезпечує адекватне функціонування тканин, зокрема анаболізм і імунологічний захист. [3]. Саме тому дослідження та корекція водно-електролітного балансу є обов'язковим компонентом періопераційної інтенсивної терапії хірургічних хворих та входить до європейських протоколів ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), де передопераційна волемічна підготовка та скорочення термінів голодування мають важливе значення [2, 3]. Відновлення перистальтики дозволяє запобігти стазу та бактеріальній транслокації, як наслідок — зменшення частоти поліорганної недостатності у хірургічних пацієнтів [4]. **Мета роботи:** визначення термінів відновлення перистальтики у пацієнтів, які вживають пероральні регідратаційні розчини. **Матеріали та методи.** Обстежено 72 планових пацієнта хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, із них 40 отримували традиційну передопераційну підготовку та 32 пацієнтам у передопераційну підготовку було включено ОРЗ «ІОНІКА». Стан порушення електролітного обміну (калію, натрію, хлору, рівня глюкози) оцінювали лабораторним шляхом на базі лабораторії INVIVO (ТОВ «Малікс МЕД»). Також оцінювались показники гемодинаміки, діурезу, об'єм і якість інфузійної терапії, термін відновлення перистальтики. Дослідження проводили за добу до оперативного втручання, перед операцією та після неї через 8 та 24 години. **Результати.** Із 72 пацієнтів різноманітні порушення водно-електролітного балансу спостерігались у 62,5 % досліджуваних, зокрема: гіпокаліємія — у 19 пацієнтів, гіпонатріємія — у 8; гіпернатріємія — в 11, гіпохлоремія — у 4 пацієнтів. Усім пацієнтам на другу

добу виконане оперативне втручання. В післяопераційному періоді спостерігалось зростання показників калію та натрію до меж фізіологічної норми, стресової гіперглікемії не спостерігалось. Коливання гемодинаміки на другу добу мало тенденцію до нижніх границь норми, що корелювало із зниженням діурезу. Відновлення перистальтики відмічено на $2,3 \pm 0,2$ доби в пацієнтів групи ОРЗ на відміну від $2,6 \pm 0,4$ доби у пацієнтів контрольної групи. **Висновки та перспективи подальших розробок.** Відновлення перистальтики відмічено на $2,3 \pm 0,2$ доби в пацієнтів групи ОРЗ на відміну від $2,6 \pm 0,4$ доби у пацієнтів контрольної групи. У пацієнтів, які отримували в передопераційній підготовці ОРЗ «ІОНІКА», відзначались значно менші порушення водно-електролітного балансу, що в більшості випадків варіювалось в межах допустимої норми.

Список літератури

1. Петрушенко В.В., Рикало Н.А., Рауцкіс В.А. Порушення водно-електролітного обміну: регуляція та компенсаторні механізми // Клінічні та експериментальні дослідження. — 2013. — 1. — С. 299-301.
2. Michal Pędziwiatr, Judene Mavrikis, Jan Witowski, Alexandros Adamos, Piotr Major, Michal Nowakowski, Andrzej Budzyński. Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery // Med. Oncol. — 2018. — 35(6). — 95.
3. Бабак С.І., Дяченко С.П., Юрків В.В., Галушко О.А. Порушення водно-електролітного балансу та їх корекція // Гострі та невідкладні стани в практиці лікаря. — 2017. — 67. — С. 12-17.
4. Подопригора Г.И., Кафарская Л.И., Байнов Н.А., Шкопоров А.Н. Бактериальная транслокация из кишечника: микробиологические, иммунологические и патофизиологические аспекты // Вестник РАМН. — 2015. — 70(6). — С. 640-650.

УДК [616-001.(1-5)-001.31:611.81]+616.8-089-085.2-092.6

Білецький О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Магnezіальна терапія у складі комплексу інтенсивної терапії в постраждалих із тяжкою черепно-мозковою травмою

Вступ. Попередження та усунення набряку головного мозку є провідним компонентом інтенсивної терапії при тяжкій черепно-мозковій травмі (ТЧМТ). Найпоширенішими заходами для вирішення цієї задачі є використання манітолу та гіпертонічних сольових розчинів на основі натрію хлориду із наступним застосуванням салуретиків. Проте перевантаження організму натрієм створює для постраждалих інші несприятливі проблеми, в зв'язку з чим, наприклад, використання так званої малооб'ємної ресусцитації при травмах має чітку тенденцію до обмеження. Альтернативною методикою може стати активне застосування гіпертонічного розчину магнезії сульфату ($MgSO_4$) в фізіологічному розчині на фоні проведення штучної вентиляції легень