

в/м кожні 8 годин у першу добу, з 2-ї доби пацієнти приймали по 1 табл. (10 мг) 3 рази на добу протягом 2–3 п/о днів; 2-га група — 20 осіб, які отримували кеталонг 30 мг за 30 хв до операції (у складі премедикації) і планово в/м кожні 8 годин у першу добу, з 2-ї доби — по 1 табл. (10 мг) 3 рази на добу протягом 2–3 п/о днів. Групи рандомізовані за віком, супутньою патологією, об'ємом оперативного втручання, тривалістю операції. Їм проводився моніторинг показників — середній АТ, пульс, частота дихання,  $\text{SaO}_2$ , визначення рівня п/о болю за 4-бальною вербальною шкалою. **Результати.** У хворих 2-ї групи рівень п/о болю безпосередньо після закінчення оперативного втручання (1-ша година після операції) та в ранньому п/о періоді (перші 12 годин після операції) був значно нижчим, ніж у хворих 1-ї групи. Це виражалось за показниками середнього АТ і пульсу, вербальною шкалою. 1-ша група: САТ —  $96,00 \pm 2,68$ , пульс —  $88,4 \pm 5,0$ ; вербальна шкала: 1 бал — 10 %, 2 бали — 50 %, 3 бали — 40 %; 2-га група: САТ —  $90,00 \pm 2,05$ , пульс —  $78,35 \pm 3,63$ , вербальна шкала: 1 бал — 20 %, 2 бали — 50 %, 3 бали — 30 %. Ранній п/о: 1-ша група: САТ —  $102,00 \pm 2,64$ , пульс —  $85,05 \pm 2,58$ , вербальна шкала: 1 бал — 20 %, 2 бали — 65 %, 3 бали — 15 %; 2-га група: САТ —  $92,00 \pm 2,67$ , пульс —  $78,4 \pm 2,59$ , вербальна шкала: 1 бал — 45 %, 2 бали — 65 %. **Висновки.** Включення в премедикацію кеталонгу сприяє зменшенню рівня п/о болю, гемодинамічні показники стабільніші, ніж у хворих, яким кеталонг застосовувався лише в п/о періоді.

## Список літератури

1. Лісецький В.А. Аналгоседація в онкомамології / В.А. Лісецький і співавт. / Матеріали конференції «Сучасні тенденції інтенсивної терапії в онкорадіології» // Український радіологічний журнал. — 2017. — 31–38.

2. Лісний І.І. Роль різних груп аналгетиків в безпеці періопераційного знеболювання онкохірургічних хворих / І.І. Лісний, Р.І. Сидор, Н.Н. Храновська, О.В. Скачкова, М.О. Катриченко // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2016. — 1(74). — 61–70.

УДК 617-089: 616.89-008.45/46: 616-039.71

Котурбаш Р.Ю., Тхоревський О.В.,  
Кривопишин В.М.

Українська військово-медична академія, м. Київ,  
Україна

## Розвиток післяопераційних когнітивних розладів залежно від виду анестезіологічного забезпечення

**Вступ.** Концепція підвищення рівня безпеки анестезіологічного забезпечення є найбільш пріоритетним завданням у розвитку анестезіології на сучасному етапі. **Мета:** поліпшення результатів анестезіологічного забезпечення у хворих шляхом вивчення когнітивних розладів в умовах різних варіантів ане-

тезіологічного забезпечення. **Мета:** дослідити увагу, оперативну, довгострокову, асоціативну пам'ять і рівень інтелекту в групах хворих, оперованих в умовах різних варіантів анестезіологічного забезпечення; проаналізувати адекватність інтраопераційного захисту за характером інтраопераційних змін основних показників гемодинаміки, соматичної реакції. **Матеріали та методи.** На базі НВМКЦ «ГВКГ» було обстежено 20 хворих, оперованих у клініці проктології. Залежно від анестезіологічного забезпечення хворі були розподілені на групи: у 1-й групі проведено комбіновану інгаляційну анестезію із севофлюраном; у 2-й групі — тотальну внутрішньовенну анестезію на основі пропофолу і фентанілу. Використовувалися клінічні, лабораторні, інструментальні, статистичні методи. Ми застосували наступні шкали: Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій, прогресивні матриці Равена, індекс Кердо і глюкозо-лейкоцитарний індекс, тест Лур'є, тест «виключення зайвого», шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R — IES-R). **Результати.** Як впливає з аналізу отриманих даних, у поранених із бойовою травмою до місяця шкала оцінки впливу травматичної події була вірогідно вище на всіх етапах дослідження, причому якщо під час надходження таке перевищення було пов'язано більшою мірою з показниками субшкали «фізіологічна збудливість», то перед випискою — за рахунок показників субшкали «вторгнення». Результати соматичної реакції на травму і пов'язаний із нею стрес оцінювали в групах за допомогою індексу Кердо і глюкозо-лейкоцитарного індексу. У перші дні після надходження в обох групах відбувається виражена активація симпатичної нервової системи (високі позитивні значення індексу Кердо), зростання факторів, що викликають контрінсулярну дію, й активація антимікробного захисту (підвищення рівня глюкози крові в поєднанні зі зростанням кількості лейкоцитів). Через тиждень після операції активність симпатичної нервової системи нормалізується в обох групах, однак через два тижні після травми у поранених першої групи відзначається статистично невірогідна повторна активація симпатичної нервової системи, що зберігається до виписки. Оцінка стану когнітивних функцій за шкалою МОСА: у хворих усіх обстежених підгруп у ранньому післяопераційному періоді спостерігалось зниження когнітивних функцій, яке було найменш вираженим при інгаляційній анестезії. До кінця першої доби після операції у цих хворих досліджувані показники практично досягали вихідного рівня з повним відновленням їх до 7-ї доби. У віддаленому післяопераційному періоді погіршення досліджуваних показників не спостерігалось. Характер і швидкість відновлення психофізіологічних функцій: при використанні збалансованої анестезії пропофолом до 7-го післяопераційного дня відновлювалися тільки прості когнітивні функції: короткострокова пам'ять (тест Лурія), показники рівня розумової працездатності, обсяг уваги (тест Бурдона). Більш складні

вищі психофізіологічні функції, такі як логічність мислення, концентрація уваги, здатність до узагальнення й абстрагування, вміння виділяти суттєві ознаки, що характеризують здатність до аналітико-синтетичної розумової діяльності, досягли вихідного рівня при використанні пропофолу, а при застосуванні пропофолу у першій групі окремі з них залишалися нижче від доопераційного рівня. **Висновки.** На частоту розвитку післяопераційних когнітивних розладів вірогідно впливає адекватність анестезіологічного забезпечення. Інтраопераційний захист анестезіологічного забезпечення в групах був адекватний. При збалансованій внутрішньовенній анестезії з використанням пропофолу і поєднаної інгаляційної анестезії в післяопераційному періоді відзначається зниження когнітивної функції, меншою мірою — в другій групі із застосуванням поєднаної інгаляційної анестезії.

УДК 616.381-002-08

Кришевський Ю.П.<sup>1</sup>, Горошко В.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ, Україна

### Мікробіологічна структура у хворих із пораненнями черевної порожнини

Під час проведення Операції об'єднаних сил в Україні значний відсоток припадає на поранення черевної порожнини, що становить від 5 до 9 %. Летальність після таких поранень — близько 65 %, що обумовлено ускладненнями, значна частка яких припадає на інфекційні. Некоректно призначена антибактеріальна терапія може стати причиною до 20 % летальних випадків. Проте, за умови вчасно виконаної хірургічної санації та призначення антибактеріальної терапії згідно з мікробіологічними дослідженнями або застосуванням тактики «на випередження» цей відсоток можливо знизити. У відділенні реанімації та інтенсивної терапії (для хірургічних хворих) вивчалася видова структура мікроорганізмів у хворих із пораненнями черевної порожнини, отриманими внаслідок бойових дій. Близько 90 % таких поранень отримано внаслідок мінно-вибухової травми. У виділеннях з рани черевної порожнини переважали грамнегативні палички — 70 % над грампозитивними коками — 25 % та виявлено 5 % випадків грибів роду *Candida*. З крові виділено 31 % грамнегативних паличок, 54 % грампозитивних коків, 15 % грибів. У посівах мокроти 66 % грамнегативних паличок, 20 % грампозитивних коків, 14 % грибів. Із сечі виділено 71 % грамнегативних паличок, 23 % грампозитивних коків та 6 % грибів роду *Candida*. Таким чином, загалом у хворих із пораненнями черевної порожнини пере-

важає грамнегативна флора над грампозитивною, слід також зважати на наявність збудників грибів роду *Candida* під час підбору препаратів для антибактеріальної терапії.

УДК 616-001.3-005.1-085

Криштафор Д.А., Клігуненко Е.Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

### Структура гражданской и боевой политравмы в стационаре III уровня

**Цель:** провести сравнительный анализ структуры гражданской и боевой политравмы в стационаре III уровня. **Материалы и методы.** Обследовано 79 пострадавших с гражданской политравмой и 65 раненых из зоны АТО, поступивших в КУ «ДОКБ им. И.И. Мечникова» в 2010–2018 гг. Исследовались тяжесть травмы по Injury Severity Score (ISS) и объем кровопотери по формуле Moore. **Результаты.** Объем кровопотери составлял  $37,1 \pm 2,2$  % ОЦК при мирной политравме и  $39,7 \pm 2,3$  % — при боевой, тяжесть травмы, соответственно, —  $26,8 \pm 2,0$  балла и  $27,1 \pm 3,1$  балла по ISS ( $p > 0,05$ ). При гражданской политравме достоверно чаще встречались ЧМТ и торакоабдоминальные травмы, при боевой — травмы мягких тканей (табл. 1). Частота травм конечностей была аналогичной в обеих группах, что можно объяснить как разницей в механизмах травмы, так и использованием военными средств индивидуальной защиты. Среднее время от момента травмы до поступления в ОКБМ составляло  $4,4 \pm 1,3$  часа при гражданской политравме и  $14,9 \pm 1,9$  часа — при боевой травме ( $p < 0,001$ ). Задержки в эвакуации и оказании помощи могли приводить к тому, что раненые из зоны АТО с тяжелыми травмами головы, грудной клетки и живота погибали на ранних этапах эвакуации.

Таблица 1. Распределение больных по структуре травмы

Категория больных	ЧМТ	Травма грудной клетки	Травма живота	Травма конечностей	Травма мягких тканей
Гражданская политравма (n = 79)	84,8 % (67)	63,3 % (50)	65,8 % (52)	81,0 % (64)	49,4 % (39)
Боевая травма (n = 65)	44,6 % (29)*	46,2 % (30)*	43,1 % (28)*	83,1 % (54)	67,7 % (44)*
Итого	96	80	80	118	83

Примечание: \* —  $p < 0,05$  между группами по критерию  $\chi^2$ .

**Выводы.** При аналогичной тяжести поврежденной структура гражданской и боевой политравмы достоверно различается на этапе высокоспециализированной медицинской помощи.