

політравми. Пацієнти мали однакову тяжкість стану на момент надходження за шкалою APACHE II — $14,0 \pm 5,8$ бала і були розподілені на 3 стратифіковані клінічні групи залежно від стартових цифр антропометричних показників та ІМТ. Так, у I групу ввійшло 88 пацієнтів з ІМТ до $29,9 \text{ кг/м}^2$; у II групу — 84 хворих з ІМТ $30,0\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$; у III групу — 52 хворих з ІМТ $> 40,0 \text{ кг/м}^2$. Усі ці 224 постраждалих не відрізнялися за статтю, віком, даними анамнезу. Вони отримували ідентичний комплекс інтенсивної терапії. Виявлено, що досліджувані нами показники безпосередньо впливають на перебіг ТХ у хворих із ПІМТ, ступінь вираженості яких за умов однорідності отриманих ушкоджень і однакового діапазону тяжкості їх за шкалою APACHE II залежить від ІМТ на момент надходження пацієнтів до стаціонару.

Список літератури

1. Силиверстов П.А. Оценка тяжести и прогнозирование исхода политравмы: современное состояние проблемы (обзор) / П.А. Силиверстов, Ю.Г. Шапкин // *Современные технологии в медицине*. — 2017. — Т. 9, № 2. — С. 207-218.
2. LIPC variants as genetic determinants of adiposity status, visceral adiposity indicators, and triglyceride-glucose (TyG) index-related parameters mediated by serum triglyceride levels / M.-S. Teng, S. Wu, L.-K. Er, L.-An. Hsu [et al.] // *Diabetology & Metabolic Syndrome*. — 2018. — № 10(79). — P. 1-10.
3. Triglyceride glucose-body mass index is a simple and clinically useful surrogate marker for insulin resistance in nondiabetic individuals / L. Er, S. Wu, H. Chou, L. Hsu, M. Teng, Y. Sun et al. // *PLoS ONE*. — 2016. — № 11. — P. 23-29.

УДК 616.37-089.87+616-035.9

Кучинська І.А.¹, Дронов О.І.²,
Тинкалюк В.В.³, Роқун В.В.³, Кузьменко В.О.⁴

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Київська міська клінічна лікарня № 10, м. Київ, Україна

⁴ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України», м. Київ, Україна

Анестезіологічний періопераційний менеджмент пацієнтів із раком підшлункової залози

На сьогодні єдиним способом лікування раку підшлункової залози (РПЗ) залишається хірургічна резекція. У більшості випадків зустрічається аденокарцинома ПЗ, що є високоагресивним раком, тому додаткові дослідження не повинні неналежним чином затримувати операцію, оскільки це потенційно може зменшити переваги оперативного втручання. Однак у певних випадках інвазивність втручання обмежується фактором невідповідності пацієнта до «великої» хірургії. Анестезіолог у мультидисциплінарній команді лікування відіграє одну з клю-

чових ролей у періопераційній підготовці, інтраопераційному веденні хворих та післяопераційному лікуванні, що може суттєво вплинути на результати одужання пацієнтів. Основними підходами в анестезіологічному менеджменті вважаємо такі:

1. **Стратифікація ризику.** Незважаючи на те, що використовуються різні системи балів прогнозування захворюваності і смертності у таких пацієнтів (наприклад, P-POSSUM (Portsmouth modification of POSSUM)), жодна не була успішно підтверджена при РПЗ, проте вони доповнюють уявлення про загальний соматичний стан пацієнта. У своїй практиці додатково використовуємо шкали коморбідності Charlson, CIRS ICED.

2. **Статичне тестування:** передопераційний NT-proBNP (N-термінальна ділянка мозкового натрійуретичного пептиду) як скринінг ризику розвитку функціональної серцевої недостатності у післяопераційному періоді рекомендований ERAS, проте у зв'язку із недоступністю для рутинного застосування даної методики ми рекомендуємо пацієнтам групи ризику виконання ехокардіографії у стані спокою.

3. **Передопераційні рекомендації, що впливають на одужання:** відмова від алкоголю та паління за 1 міс. до втручання; декілька консультацій/обговорень плану лікування із окремими членами команди (психовплив); оцінка ризику тромбоутворення за Саргіні, адекватна тромбопрофілактика під час лікування та протягом 4 тижнів після виписки із лікарні.

4. **Лікування передопераційної анемії** (рекомендоване дослідження величин V_{12} , фолієвої кислоти, заліза та насичення трансферину залізом). Внутрішньовенне застосування препаратів заліза показане і використовується у випадку ургентної необхідності підвищення рівня гемоглобіну при невідкладних оперативних втручаннях.

5. **Передопераційне харчування.** Оцінка ступеня мальнутриції за найбільш апробованою та спрощеною універсальною шкалою MUST, а також оптимізація харчування за рахунок пероральних додатків або ентерального живлення.

6. **Інтраопераційна стратегія:** ефективна аналгезія та її різна тактика у випадку відкритих і лапароскопічних втручань (комбінація загальної анестезії із торакальною епідуральною анестезією); інфузійна терапія за рестриктивним типом, проте із орієнтацією на гемоконцентрацію, рівень лактату, змішану венозну сатурацію; у нашій клініці ми «сповідуємо» персоналізований підхід до розрахунку і використання інфузійної терапії з метою отримання «0» балансу; уникнення гіпотермії ($34\text{--}36 \text{ }^\circ\text{C}$ під час оперативного втручання); антибіотикопрофілактика із застосуванням повторної дози при тривалих операціях; контроль рівня глюкози крові.

7. **Післяопераційна стратегія:** а) зменшення хірургічної інвазивності (раннє видалення дренажів, назогастрального зонда, невеликі розрізи, фармакологічна стимуляція діяльності кишечника); б) зменшення/уникнення післяопераційного знеболюван-

ня із використанням наркотичних анальгетиків; в) раннє пероральне харчування/цільова інфузійна терапія; г) інтенсивна післяопераційна активізація та профілактика венозного тромбоемболізму; д) інтенсивна респіраторна реабілітація.

Список літератури

1. Дронов А.И., Земсков С.В., Крючина Е.А. *Выполнение тотальной панкреатэктомии по поводу злокачественных новообразований поджелудочной железы // Клиническая хирургия. — 2016. — 10. — С. 26-30.*

2. Кучинська І.А. *Передопераційний скринінг нутритивних порушень у дорослих пацієнтів: використання шкал MUST та MNA-SF // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. — 2018. — 2. — С. 49.*

УДК 616.831-005.1-005.4-036.1:616.8-009-085:615.214.2:615.272

Куц К.О., Клігуненко О.М.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Вплив комбінованої нейрометаболическої терапії на неврологічний і когнітивний статус у хворих у гострому періоді ішемічного інсульту

Мета дослідження: дослідити вплив комбінованої нейрометаболическої терапії із включенням едаравону на неврологічний і когнітивний статус у хворих із гострим ішемічним інсультом (ГІ). **Матеріали та методи.** До проспективного рандомізованого дослідження увійшов аналіз лікування 50 пацієнтів із ГІ (14–20 балів за NIHSS), які госпіталізовані у перші 24 години від початку захворювання. Серед обстежених було 28 (56 %) чоловіків та 22 (44 %) жінки. Середній вік пацієнтів коливався від 51 до 84 років ($68,0 \pm 5,4$ року). Групи не відрізнялися за віковим чи гендерним складом. До 1-ї групи (контрольної) увійшло 24 хворих, у лікуванні яких нейрометаболическою складовою була комбінація цитиколіну (по 1000 мг внутрішньовенно 2 рази на добу протягом 14 діб) із холіну альфосцератом (внутрішньовенно по 1000 мг на добу протягом 14 днів). До 2-ї групи (основної) увійшло 26 хворих, яким до вищевказаної комбінації додавали едаравон (30 мг внутрішньовенно 2 рази на добу протягом 14 діб). **Результати.** При надходженні до стаціонару всі хворі мали порушення свідомості за шкалою коми Глазго (ШКГ). У 23 (46 %) із них порушення свідомості дорівнювало 7–8 балам, що відповідало комі I ступеня, а у 27 (54 %) пацієнтів — 9–12 балам (сопор). При нейровізуалізації головного мозку в усіх пацієнтів виключено геморагічний інсульт. Тяжкість хворих не мала міжгрупових відмінностей та становила за NIHSS $17,0 \pm 1,7$ бала, за шкалою FOUR — $11,0 \pm 0,6$ бала, за Coma Recovery Scale — $11,0 \pm 0,5$ бала. В основній групі порівняно із контрольною спостерігався

більш швидкий вихід із стану пригніченої свідомості (за шкалами NIHSS, FOUR, Coma Recovery Scale та шкалою оцінки стадійності відновлення нервової системи за Т.А. Доброхотовою), а також прискорене відновлення когнітивного статусу за The Rancho Los Amigos Scale S. Martin, M. Kessler (2007) на 7-му та 14-ту добу відповідно ($p > 0,05$). **Висновки.** Комбінована нейрометаболическа терапія із включенням едаравону сприяє більш швидкому відновленню рівня неврологічного та когнітивного статусу, що дозволяє нам рекомендувати її в гострому періоді ішемічного інсульту.

УДК 615.47:613.63

Левченко Е.В., Слободянюк А.Т.
Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Сучасний погляд на оптимізацію системи аеромедичної евакуації поранених

На даний час загальноновизнаним є той факт, що при тяжких пораненнях і травмах найбільш ефективним способом евакуації постраждалих, значення якого важко переоцінити, є евакуація повітряним транспортом. Аеромедична евакуація — одна з найбільш важливих складових частин системи лікувально-евакуаційних заходів і призначена для більш швидкого транспортування поранених і постраждалих. У деяких випадках вона є єдино можливим видом транспортування поранених, коли інші евакуаційні транспортні засоби застосувати неможливо або недоцільно. При цьому слід враховувати той факт, що під час аеромедичної евакуації необхідно забезпечувати не тільки моніторинг і підтримання життєво важливих функцій у поранених, але і здійснювати необхідний комплекс лікувально-діагностичних заходів, що передбачає застосування спеціалізованого медичного обладнання та присутність на борту кваліфікованого медичного персоналу. На жаль, сьогодні в країні відсутня цілеспрямована підготовка медичних фахівців для забезпечення аеромедичної евакуації, що деякою мірою гальмує процес ефективного розвитку та становлення системи аеромобільної евакуації поранених під час бойових дій. Відсутні також чіткі механізми планування, координації та управління системою аеромедичної евакуації поранених. Тому необхідність наукового обґрунтування удосконалення системи аеромобільної евакуації поранених під час бойових дій є надзвичайно актуальною.

Список літератури

1. *Топорков М.Т. Авиамедицинская эвакуация в отечественных и зарубежных силовых структурах в военных конфликтах и мирное время // М.Т. Топорков, Э.А. Лучников // Медико-биологические и социально-психологические про-*