

ретракції — до 27,7 [20,3–35,1] %. На 8-му — 10-ту добу після проведеної ТЛТ на тлі антикоагулянтної терапії значення спонтанного фібринолізу збільшилися до 11,9 [9,8–14,1] % ($U1-2 = 67,3$, $p = 0,19$), проте залишалися зниженими за норму, що відображало триваючу антикоагулянтну недостатність фібринолітичної ланки. D-димер зменшився до 2,2 [1,73–4,1] мкг/мл ($n = 17$), проте перевищував допустимі значення, що відображало одночасний перебіг патологічного тромбоутворення і лізису «поперечно-зшитого» фібрину. **Висновки.** У пацієнтів з гострою ТЕЛА високого і високого — проміжного ризику спостерігається пригнічення фібринолітичної активності на фоні гіперкоагуляційної спрямованості змін в системі згортання крові і порушення гемостатичних властивостей згустку. Після проведеної ТЛТ відбувається критичне виснаження спонтанного фібринолізу при збереженні системної гіперкоагуляції. На 8-му — 10-ту добу терапевтичний рівень антикоагуляції ще не досягнутий: залишається зниженою фібринолітична активність, триває коагуляційна нестабільність — підвищений рівень D-димеру, що зумовлює необхідність продовжувати антикоагулянтну терапію.

Список літератури

1. Муризіна О.Ю. Динаміка гемостазиограми при гострій ТЕЛА високого ризику і проведеним системним тромболізисом // Біль, знеболення та інтенсивні терапія. — № 3. — С. 104–105.

УДК 618.4-089.5-031.3

Настенко О.М.¹, Фесенко В.С.²

¹Міський клінічний пологовий будинок № 6, м. Харків, Україна

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Дві новинки для акушерських анестезіологів

Спинальна анестезія (СА) для кесарева розтину є золотим еталоном, але має дві давні проблеми. Під час операції часто виникає глибока артеріальна гіпотензія. Після операції можливий післяпункційний головний біль (ППГБ), консервативне лікування якого не завжди надійне, а усунення епідуральним пломбуванням автокров'ю (ЕПАК) не позбавлене ризиків. Нещодавно два випадкові спостереження породили дві новинки. У 2016 році італійський анестезіолог Торроні помилково почав вводити окситоцин не після розродження, а одразу після виконання СА, вчасно це помітив і ввів лише 1/10 планованої дози, тобто 0,5 МО, але після того гіпотензія була меншою. Він навчив українських колег, які підтвердили ефективність методу Торроні для матерів [1, 2] і безпечність для плодів [2, 3]. У 2014 році в Єгипті через неефективність консервативного лікування ППГБ було заплановане ЕПАК, але спершу в/в вве-

дені прозерин (20 мкг/кг) з атропіном (10 мкг/кг) для стимуляції перистальтики. За годину після того ППГБ зник, ЕПАК не знадобилося. Подальші дослідження єгипетських анестезіологів [4] показали, що в жінок із ППГБ після СА для кесарева розтину, на тлі консервативного лікування парацетамолом і кофеїном (як і в контрольній групі), в/в повільне введення прозерину й атропіну з інтервалом 8 годин значно зменшувало ППГБ, ЕПАК нікому не знадобилося. Побічні ефекти: кольки в животі (20 %), посмикування м'язів (15 %), гіперактивність сечового міхура (12 %). У дітей побічних ефектів не було (їх не прикладали до грудей 24 години після останньої дози прозерину й атропіну). У контрольній групі 16 % потребували ЕПАК. Слід зазначити, що вказані дози для середньої дорослої людини становлять приблизно 1 ампулу атропіну та 3 ампули прозерину — такі дози давно вживалися в нашій хірургії для стимуляції перистальтики. Єгипетського методу ми ще не дослідили.

Список літератури

1. Fesenko V., Nastenko O., Torroni P. // *Anestezjologia Intensywna Terapia (Poland)*. — 2017. — 49(Suppl. 2). — 23.

2. Фесенко В.С., Назаренко Л.Г., Козьмук Е.В., Настенко А.М. // *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. — 2017. — Т. 3, № 4. — С. 5–9.

3. Fesenko V., Nazarenko L., Kozmuk O., Nastenko O., Torroni P. // *Eur. J. Anaesthesiol.* — 2018. — 35(Suppl. 56). — 96.

4. Abdelaal Ahmed Mahmoud A., Mansour A.Z., Yassin H.M. et al. // *Anesth. Analg.* — 2018 Dec. — 127(6). — P. 1434–1439.

УДК 616.-089.5-036

Науменко В.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Оптимізація анестезіологічного забезпечення із застосуванням BIS-технології в амбулаторній стоматологічній практиці

Вступ. Однією з особливостей наркозу в амбулаторній стоматології є необхідність підтримки його поверхневого рівня, тому що заглиблення до хірургічних стадій асоціюється з негативним впливом на автоматизм регуляції дихання та кровообігу, що досить тяжко регулювати в амбулаторних умовах. Одним з ефективних методів оцінки якості гіпногичного впливу анестетиків вважається BIS-технологія. **Мета дослідження:** оцінити ефективність застосування BIS-моніторингу при анестезіологічному забезпеченні в амбулаторній стоматологічній практиці. **Матеріали та методи.** Досліджено 82 пацієнти ($43,7 \pm 6,8$ року), тільки чоловіки, яким в амбулаторній стоматологічній клініці проводилися втручання тривалістю $2,6 \pm$

± 1,4 год. Методом знеболювання була регіонарна анестезія, що виконувалась в умовах попереднього поверхневого наркозу на базі пропофолу з подальшою седацією пропофолом. Контроль за станом свідомості під час виконання процедури здійснювався за допомогою BIS-монітору View (Aspect Medical Systems). За результатом цільового BIS-показника пацієнти були розподілені на 3 групи: А — 95–85 од.; В — 85–75 од.; С — 75–60 од. Окремо в кожній групі підраховувалася витрата пропофолу та фіксувалася наявність загрозливих відхилень з боку дихальної системи (ЧДР, SpO₂) та системи кровообігу (ЧСС, АТ). **Результати.** У групі А кількість диспное та небажаних ефектів з боку гемодинаміки становила 8,1 ± 3,0 %; у групі В — 5,3 ± 4,2 %; у групі С — 18,3 ± 2,1 %. У групі, де контроль за глибиною седації здійснювався за допомогою клінічних ознак, кількість загрозливих ефектів становила 21,3 ± 4,1 %. Витрата пропофолу у групі А — 1,5 ± 0,6 мг/кг, у групі В — 1,8 ± 0,4 мг/кг, у групі С — 2,0 ± 0,3 мг/кг, у групі з контролем за клінічними ознаками — 2,5 ± 0,3 мг/кг. **Висновки.** При анестезіологічному забезпеченні стоматологічних маніпуляцій в амбулаторній практиці завдяки BIS-моніторингу вдається зручніше підбрати оптимальну дозу анестетика, забезпечувати стабільну підтримку поверхневого рівня наркозу та зменшити кількість загрозливих відхилень з боку дихальної та серцево-судинної системи.

Список літератури

1. Салова Е.М., Лубнин А.Ю., Рылова А.В., Цейтлин А.М., Лукьянов В.И., Шиманский В.Н. Мониторинг глубины анестезии у нейрохирургических больных // *Анестезиология и реаниматология*. — 2011. — № 4. — С. 22-27.
2. Avidan M.S., Burnside B.A. et al. Anesthesia awareness and bispectral index // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — 358. — P. 1097-1108. ■

УДК 616.9-039.35(07)

Недашківський С.М.¹, Бабак С.І.²,
Третяченко С.О.², Кобець О.О.²,
Галушко О.А.¹

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

²КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Сучасні можливості інфузійної терапії при тяжких інфекційних захворюваннях

Одним із тяжких інфекційних захворювань, поширених в Україні, є лептоспіроз — поширена зоонозна інфекція з явищами вираженої дегідратації й високою летальністю [1, 2]. Тому раціональна інфузійна терапія хворих із цією патологією повинна бути комплексною і має включати засоби, що покращують центральний і периферичний кровообіг,

серцеву діяльність, забезпечують корекцію водно-електролітних, гемокоагуляційних, кислотно-лужних порушень. З метою зменшення проявів інтоксикаційного синдрому призначають збалансовані розчини кристалоїдів (розчини Рінгера, Рінгера малат) і препарати багатоатомних спиртів (реосорбілакт). Доведено, що застосування реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих із тяжким і середньотяжким перебігом лептоспірозу позитивно впливає на швидкість одужання, нормалізацію показників порушеного гомеостазу й функцій життєво важливих органів [3]. За необхідності введення великих об'ємів інфузійних засобів до складу інфузійної терапії додають розчини ГЕК (гекодез, гекотон) і розчини желатинів (волютенз). Волютенз становить собою 4 % розчин сукцинованого желатину, розчинений у збалансованому електролітному розчині плазмової концентрації, з середньою молекулярною масою 30 000 Да. Теоретичний осмолярність 274 мОсм/л. Колоїдно-осмотичний тиск волютензу становить 33 мм рт.ст. Елімінація здійснюється в основному через нирки. Волемічний ефект еквівалентний кількості введеного розчину (100 %), тривалість гемодинамічного ефекту близько 3–4 годин. Особливістю використання волютензу є те, що з токсикологічної точки зору обмежень дози він не має. Максимальна добова доза визначається ступенем гемодилуції. Слід дотримуватись обережності, щоб уникнути зниження гематокриту нижче за критичні значення. Значення, що вважаються критичними для пацієнта, варіюють індивідуально, залежно від капілярної екстракції кисню, віку пацієнта, циркуляторного резерву й клінічного стану. Для пацієнтів із нормальною потребою в кисні й неушкодженим компенсаторним механізмом може бути прийнятною гемодилуція до рівня гемоглобіну 8 г/100 мл або гематокриту 25 %; у пацієнтів відділень інтенсивної терапії гемоглобін не повинен знижуватися нижче від 100 г/л або гематокрит — нижче від 30 %. У разі наявності відповідних показань до програми інфузійної терапії включають також розчини для корекції гіпокаліємії, покращання периферичного кровообігу (латрен, тивортин), усунення метаболічного ацидозу (сода-буфер) тощо. Застосування сучасної багатокомпонентної інфузійної терапії дозволяє оптимізувати програми інтенсивної терапії хворих на лептоспіроз і покращити перебіг захворювання й результати лікування.

Список літератури

1. Голубовська О.А. (ред.). *Інфекційні хвороби: підручник*. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 728 с.
2. Shlapak I.P., Holubovska O.A., Halushko O.A. *Dehydration syndrome // Острые и неотложные состояния в практике врача*. — 2015. — 6. — 15-19.
3. Гебеш В.В., Сухов Ю.А. *Дезинтоксикационная терапия реосорбилактом в комплексном лечении больных лептоспирозом // Мистецтво лікування*. — 2004. — № 14. — С. 80-81.