

УДК 616-036.882.-085.47

Пилипенко М.М.

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

Тяжка позагоспітальна пневмонія: що нового у 2019 р.?

Вступ. Тяжка позагоспітальна пневмонія (ПГП) є найчастішою причиною як ГРДС, так і септичного шоку [1]. За даними деяких нещодавніх досліджень, при тяжкій ПГП летальність у ВІТ США та Західної Європи нерідко досягає 50 % [1, 2]. **Метою** цієї публікації є висвітлення останніх публікацій щодо тяжкої ПГП. **Результати.** Однією з головних причин такої високої летальності є затримка з госпіталізацією до ВІТ, а також затримка з початком ефективної антибіотикотерапії, затримка лікування септичного шоку, а також затримка з початком респіраторної підтримки. Для підвищення ефективності оцінки показань до переведення до ВІТ необхідно застосувати спеціальні шкали оцінки тяжкості ПГП, такі як CRB-65. При ПГП тяжкого перебігу, окрім традиційних бактеріальних збудників (*S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S.aureus*, грамнегативних ентеробактерій), етіологічним фактором можуть збудники атипичної пневмонії (*Legionella* spp., *M.pneumoniae*), а останнім часом у таких хворих все частіше виявляють віруси. Для швидкого вибору цілеспрямованого етіотропного лікування необхідне проведення бактеріоскопії мокротиння (грамнегативні чи грампозитивні бактерії), а за відсутності бактерій у мазку — експрес-діагностики (імунохроматографічні тести) чи/та полімеразна ланцюгова реакція (атипові бактерії та віруси). При бактеріальній етіології перша лінія антибіотикотерапії все ж таки повинна бути комбінованою й має включати бета-лактами і макроліди. У хворих із тяжким перебігом грипу й грипозної пневмонії протівірусне лікування озельтамівіром повинно початися якомога раніше — у перші 48 годин захворювання, оскільки в подальшому його ефективність суттєво знижується. При тривалому лікуванні у ВІТ слід регулярно оцінювати пацієнта на предмет можливої суперінфекції (зміни провідного збудника) і приєднання нозокоміальної інфекції. При використанні кортикостероїдів у загальній популяції хворих на ПГП відмічалось незначне, але статистично вірогідне зниження летальності [3], тоді як при супутньому призначенні кортикостероїдів у пацієнтів із тяжкою вірусною пневмонією спостерігалось підвищення летальності [4]. Незважаючи на проведення численних досліджень кортикостероїдів і декілька їх метааналізів, доказів для їх рутинного призначення при ПГП середньої тяжкості недостатньо, тоді як при тяжкій ПГП із септичним шоком можна призначити так званий пробний короткотривалий курс, наприклад, гідрокортизон у дозі 150 мг двічі на добу [1]. **Висновки.** При лікуванні тяжких ПГП довели свою ефективність: застосу-

вання шкал для проведення медичного сортування, ефективна діагностика й лікування дихальної недостатності та септичного шоку, забір культури до призначення антибіотика, раннє рентгенологічне обстеження, рання антибіотикотерапія з використанням бета-лактаму й макроліду.

Список літератури

1. Torres A., Chalmers J.D., Dela Cruz C.S. et al. Challenges in severe community-acquired pneumonia: a point-of-view review // *Intensive Care Med.* — 2019. — 45. — 159-171.
2. Hadfield J., Bennett L. Determining best outcomes from community-acquired pneumonia and how to achieve them // *Respirology.* — 2018. — 23. — 138-147.
3. Stern A., Skalsky K., Avni T. Corticosteroids for pneumonia // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2017. — 12. — Cd007720.
4. Moreno G., Rodriguez A., Reyes L.F. et al. Corticosteroid treatment in critically ill patients with severe influenza pneumonia: a propensity score matching study // *Intensive Care Med.* — 2018. — 44. — 1470-1482.

Пращерук П.В., Федоров Ю.П., Пугачев В.А., Меренков В.Г., Кабат А.Л., Ракова С.В.

Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте № 1, г. Харьков, Украина

Анестезия при операциях в нижних отделах позвоночника: что выбрать

Введение. Операции в поясничном отделе позвоночника (уровни L4-L5, L5-S1) стабильно занимают значительное место в работе анестезиолога. В качестве анестезиологического пособия выбирается либо внутривенный наркоз с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), либо спинальная анестезия (СА). При этом каждый из видов анестезии имеет свои преимущества и недостатки. В разных клиниках предпочтение традиционно отдается одной из этих анестезий. Однако обе анестезии имеют право на существование. **Цель работы.** Определить, когда проводить общий наркоз с ИВЛ, а когда отдать предпочтение спинальной анестезии. **Материалы и методы.** Спинальная анестезия в промежутке L3-L4 при удалении грыжи диска на уровне L4-L5 и/или L5-S1 раствором бупивакаина 0,5% в объеме 3,5–4,0 мл обеспечивает хорошее обезболивание, достаточное время для работы нейрохирурга, минимальную лекарственную нагрузку на пациента во время операции, возможность безопасно вернуть пациента в обычную палату спустя 2–3 часа после операции. Этот же вид анестезии является предпочтительным при наличии у больного сопутствующей тяжелой патологии сердечно-сосудистой системы, снижая риск развития возможных осложнений. Почему же чаще анестезиолог отдает предпочтение общему наркозу с ИВЛ, а не СА. Ответ давно известен. Все проблемы очагового характера, которые могут возникнуть у пациента, от болей

в месте операции, гнойных осложнений в ране до двигательных и/или чувствительных расстройств в соответствующей нижней конечности, пациентом и хирургом будут списаны за счет спинальной анестезии. Позже выяснится, что хирург промахнулся с уровнем, не нашел часть секвестра, а онемение или слабость были еще до операции. При этом знаменитое утверждение «а осадок-то остался» уже никуда не денется. А у анестезиолога опять добавится седых волос. Поэтому чаще выбирается ИВЛ, чтобы не работать рядом с местом операции. **Результаты.** Спинальная анестезия обеспечивает полноценный обезболивающий эффект на протяжении всей операции, уменьшает медикаментозную нагрузку на пациента, сохраняет аппаратный ресурс, снижает нагрузку на персонал отделения интенсивной терапии. **Выводы.** При операциях на поясничном отделе позвоночника с одинаковой эффективностью может проводиться как общий наркоз с ИВЛ, так и спинальная анестезия.

УДК 618.5-089.888.61-089.5-032:611.829-085.357:615.211:615.212.7

Пясецька Н.В., Ткаченко Р.О.,
Петриченко В.В.

Київський міський центр репродуктивної й перинатальної медицини, м. Київ, Україна

Дексаметазон як компонент спінальної анестезії при кесаревому розтині

Вступ. Спінальна анестезія є золотим стандартом при виконанні планового кесарева розтину (використовується з частотою до 95 % випадків), але їй притаманні певні недоліки й ускладнення. **Мета дослідження:** дослідити можливості застосування субарахноїдального введення дексаметазону як ад'юванта при спінальної анестезії при кесаревому розтині. **Матеріали та методи.** На базі Київського міського центру репродуктивної й перинатальної медицини були обстежені 82 здорові вагітні жінки (ASA I–II) із фізіологічним перебігом вагітності, яким виконувалось оперативне втручання в плановому порядку за акушерськими показаннями (згідно з наказом МОЗ України № 977 від 27.12.2011).

Під час спінальної анестезії за стандартною методикою в I групі (контрольна, n = 41) субарахноїдально вводили 10 мг 0,5 % бупівакаїну спінал хеві + 1 мл 0,9% р-ну NaCl. У II групі (дослідна, n = 41) субарахноїдально вводили 10 мг 0,5% бупівакаїну спінал хеві + 4 мг дексаметазону як ад'ювант. Інтраопераційно та в післяопераційному періоді здійснювали моніторинг артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, SPO₂, частоти дихання та ЕКГ, серцевого індексу, варіабельності серцевого ритму. У разі виникнення ранніх ускладнень спінальної анестезії, таких як артеріальна гіпотензія, брадикардія, інтра- й післяопераційна нудота, блювання, м'язове тремтіння, фіксували факт виникнення ускладнень і час їх прояви. **Результати.** Отримані дані оброблені за допомогою кореляційно-регресивного аналізу (табл. 1). **Висновки.** Субарахноїдальне введення дексаметазону, як ад'юванта спінальної анестезії, при кесаревому розтині вірогідно зменшує частоту виникнення артеріальної гіпотензії й нудоти (відносно сильний кореляційний зв'язок, p < 0,05), зменшує прояви м'язового тремтіння (середній кореляційний зв'язок, p < 0,05) і незначно впливає на виникнення блювання й брадикардії в інтра- й післяопераційному періоді.

Пятковская Н.В.

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика,
г. Киев, Украина

Аспекты анестезиологического обеспечения в современной эстетической хирургии

Введение. Последние десятилетия XX века прошли под знаком значительного развития хирургии, не исключением стала и эстетическая хирургия. Развитие хирургии неразрывно связано с прогрессом анестезиологии, которая позволяет проводить скрупулезные и длительные операции. Современная эстетическая хирургия имеет ряд особенностей: решение социальных, а не медицинских задач, длительное время операций, большинство пациентов эстетической хирургии — практически здоровые люди (ASA I–II), и риск анестезии часто выше риска операции (Павлова З.Ш., 2006). С

Таблиця 1

Ускладнення	I група (n = 41)	II група (n = 41)	Точний критерій Фішера, F	Рівень значущості, p	Коефіцієнт Пірсона, C ²	Сила зв'язку
Артеріальна гіпотензія*	28	12	0,0011	< 0,05	0,486	Відносно сильний
Нудота	21	7	0,0013	< 0,05	0,479	Відносно сильний
Блювання	4	1	0,359	> 0,05	0,214	Слабкий
Брадикардія	12	5	0,063	> 0,05	0,291	Середній
М'язове тремтіння	19	10	0,042	< 0,05	0,316	Середній