УДК 616.89-008.614:615.21

Тробюк К.В., Лісецький В.А.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна
Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ, Україна

Застосування пропофолу для седації онкологічних хворих при мастектомії

Вступ. Аналгоседація під час операцій при мастектомії — це необхідний компонент, що забезпечує фізичний і психологічний комфорт пацієнта, зменшує вираженість стресорних реакцій і дискомфорту. Для медикаментозної седації використовують різноманітні лікарські засоби і їх комбінації (тіопентал натрію, сибазон, пропофол, кетамін, нестероїдні протизапальні засоби). Анестезіологічне забезпечення включає внутрішньовенне введення препаратів, які мають анксіолітичні, аналгетичні, анамнестичні властивості окремо або в поєднанні з місцевою анестезією. Седативні й знеболюючі препарати призначаються в поєднанні, чим досягається ефект синергізму, що дозволяє шляхом введення малих доз і досягнення меншого накопичення забезпечити достатню аналгезію з меншим ризиком розвитку побічних реакцій. **Мета роботи:** проаналізувати ефективність застосування сибазон-фентаніл-пропофолової аналгоседаії для анестезіологічного забезпечення мастектомії на самостійному диханні в онкохворих на базі Київського міського онкоцентру. **Матеріали та методи.** Проаналізовано 100 хворих, у яких застосовувались для седації сибазон-фентаніл-тіопентал (50) і сибазон-фентаніл-пропофол (50). **Результати.** Встановлено, що в 1-й групі під час операції відзначалися порушення дихання в 7 (14 %) хворих, артеріальна гіпотонія (–20 % від вихідного) — у 10 (20 %), брадикардія — 1 %, після операції була нудота у 20 %, що значно відрізнялось від показників 2-ї групи, у якій артеріальна гіпотонія була в 6 (12 %) хворих, брадикардія — в 1 (2 %) хворого, не було пригнічення дихання й нудоти. Час відновлення свідомості після операції в 1-й групі становив від 20 хв до 1 год, у хворих відмічались загальмованість, малорухливість, сплутаність свідомості, пригнічення настрою, зниження орієнтації й мовного контакту. У 2-й групі пробудження відмічалось протягом 10–30 хв, швидко відновлювалась свідомість, пацієнти перебували в піднесеному настрої, були активні. **Висновки.** Отже, при застосуванні аналгоседації при мастектомії відмічена перевага методу використання сибазон-фентаніл-пропофолової седації, що дає можливість спокійно й швидко ввести в хірургічну стадію наркозу на самостійному диханні (під постійним контролем прохідності дихальних шляхів) при стабільній сатурації кисню й гемодинаміці, провести швидку післянаркозну реабілітацію. Відсутність когнітивних порушень, швидке відновлення свідомості, мовного контакту, координації рухів, хороший настрій, орієнтація в місці, часі — усе це дозволяло переводити пацієнтів з операційної прямо в палату хірургічного відділення, залишати пацієнтку через 15–20 хв на самообслуговування й нагляд медперсоналу. Застосування пропофолу дозволяє відмовитись від опіатів, які викликають порушення дихання, когнітивні порушення та стрес і стимулюють ріст пухлини, що важливо для онкохворих.

УДК 616.151.5-07:611.018.52]-089.163/168-06:616.12-005.4

Трофимович Є.О.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Періопераційні зміни тромбоцитарно-судинного гемостазу у хворих з ішемічною хворобою серця

Вступ. Пацієнти з ІХС становлять групу високого ризику періопераційних тромбоемболічних ускладнень. На жаль, лише частина хворих постійно приймає дезагрегантну терапію згідно із сучасними рекомендаціями, але в незначної кількості здійснюється моніторинг цієї терапії. Враховуючи безліч факторів, що впливають на первинну ланку гемостазу (хірургічна агресія, вплив інфузії, анестетиків, нестероїдних протизапальних засобів тощо), дослідження змін тромбоцитарно-судинного гемостазу (ТСГ) є актуальним. **Мета:** дослідити стан ТСГ у режимі online при розширених абдомінальних втручаннях у хворих з ішемічною хворобою серця. **Матеріали та методи.** Обстежено 25 хворих, яким виконувались операції в умовах комбінованої загальної анестезії з ШВЛ. Вік пацієнтів 65,5 ± ± 6,0 року; ризик за шкалою ASA — II–III; RCRI — II. Функціональний стан тромбоцитів оцінювали за допомогою аналізатора агрегації тромбоцитів АР 2110 та індуктора агрегації АДФ у концентрації 2,5 мкМ. Дані подані у вигляді медіан (Me) на 1-му (вихідному), 2-му (інтраопераційному) і 3-му (через добу) етапах дослідження. **Результати.** З огляду на встановлені зміни ТСГ у вихідному стані всі обстежені хворі були розподілені на 3 групи: 1-ша (n = 10) — хворі, у яких виявлена гіперагрегація тромбоцитів; 2-га (n = 6) — нормоагрегація; 3-тя (n = 9) — гіпоагрегація. Плазмовий гемостаз характеризувався як гіпер- і нормокоагуляція. Також різноспрямовані зміни ТСГ спостерігались у хворих на травматичному етапі втручання й у ранньому післяопераційному періоді. Так, у хворих 1-ї групи відзначено тенденцію до зниження агрегації тромбоцитів. Ступінь агрегації (СА): Me $СА_1$ = 97,1; Me $СА_2$ = 77,4; Me $СА_3$ = 69,8. Швидкість агрегації за 30 секунд (ША): Me $ША_1$ = 86,4; Me $ША_2$ = 46,8; Me $ША_3$ = 60,6. У 2-й групі пацієнтів у цілому агрегація тромбоцитів зростала, але у двох хворих була схильність до гіпоагрегації: Me $СА_1$ = 66,4; Me $СА_2$ = 72,5;

Me CA_3 = 80,5; Me ША1 = 34,9; Me ША2 = 40,0; Me ША3 = 41,1. У хворих 3-ї групи встановлено тенденцію до зростання агрегації тромбоцитів, здебільшого до нормальних значень: Me СА1 = 47,0; Me СА2 = 68,0; Me СА3 = 68,5; Me ША1 = 46,0; Me ША2 = 66,4; Me ША3 = 67,6. **Висновки.** Різноспрямовані зміни ТСГ в періопераційному періоді в межах однієї групи обумовлені впливом хірургічної агресії й адекватністю анестезіологічного захисту, що потребує подальшої комплексної оцінки.

Федоров Ю.П., Пращерук П.В., Пугачев В.А., Меренков В.Г., Гречишкина Ю.А., Антошкин Р.В.
Харьковская клиническая больница на железнодорожном транспорте № 1, г. Харьков, Украина

Анестезиологическое обеспечение при операциях в нижних отделах позвоночника

Введение. Количество операций по поводу грыж дисков в поясничном отделе позвоночника (уровни L4-L5, L5-S1) многие годы остается стабильно высоким. При этом предпочтение в выборе вида анестезии в нашей клинике отдается внутривенному наркозу с ИВЛ. Однако в последнее время все чаще приходится выбирать альтернативный вид обезболивания, а именно спинальную анестезию. При этом выбор в пользу спинальной анестезии обусловлен двумя основными факторами: преклонным возрастом пациентов (старше 70 лет) с наличием сопутствующей патологии сердечно-легочной системы, желанием пациента сохранить сознание во время операции. **Цель работы:** определение эффективности и безопасности метода спинальной анестезии при оперативных вмешательствах в нижнем отделе позвоночника. **Материалы и методы.** Проведена сравнительная оценка эффективности и безопасности двух видов анестезии у пациентов, которым проводилась операция удаления грыжи дисков на уровне L4-L5 и/или L5-S1. Спинальная анестезия проводилась в положении на боку (реже — сидя) на уровне L3-L4 иглой G22. Более тонкие иглы не использовались в связи с выраженным пояснично остеохондрозом. Анестезия осуществлялась бупивакаином 0,5% раствором 3,5–4,0 мл. Во время операции пациент всегда находился на боку со слегка приподнятым головным концом. С целью устранения чувства тревожности с началом операции инфузионно медленно вводился сибазон 10 мг. В ходе операции ни пациент, ни оперирующий хирург не испытывали проблем из-за вида анестезии. Дополнительного обезболивания в ходе операции не требовалось. Наличие речевого контакта с пациентом позволяло продемонстрировать ему удаленный грыжевой секвестр, подтвердив правильность его решения о проведении операции. Движения в нижних конечностях восстанавливались спустя 2–3 часа после операции, после чего пациент переводился из отделения интенсивной терапии в свою палату. **Результаты.** Спинальная анестезия обеспечивает полноценный обезболивающий эффект на протяжении всей операции, снижая медикаментозную нагрузку на пациента. К сожалению, область ее применения ограничена нижними отделами позвоночника. **Выводы.** Спинальная анестезия может быть полноценным альтернативным методом выбора при операциях на нижних отделах позвоночника.

УДК 616.61-002-02:616-073.75]-036.1-037-038

Фесенко У.А.[1], Якимович Ю.С.[2], Сироїд М.В.[2], Родзоняк А.І.[2], Ступницький М.А.[2]
[1]Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна
[2]Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

Контраст-індукована нефропатія: реалії проти прогнозів

Вступ. За визначенням, контраст-індукована нефропатія (КІН) — це підвищення рівня сироваткового креатиніну на ≥ 25 % від вихідного рівня, або на ≥ 44,2 мкмоль/л, протягом 48 годин після втручання з використанням рентгенконтрастних засобів. На нашу думку, саме питанню прогнозування й профілактики КІН приділяється недостатньо уваги. **Метою** роботи було порівняння ризику виникнення контраст-індукованої нефропатії за шкалою Mehran із практичною її інцидентністю в пацієнтів, яким проводилися рентгенендоваскулярні втручання. **Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано історії хвороб 46 пацієнтів, яким проводилися ендоваскулярні втручання (коронарографія, стентування коронарних артерій, аортографія, артеріографія судин нижніх кінцівок і балонна ангіопластика зі стентуванням артерій нижніх кінцівок) на предмет розвитку КІН. Для всіх пацієнтів було визначено ймовірний ризик розвитку КІН згідно зі шкалою Mehran, вивчено супутні захворювання, перебіг втручання, вирахувано об'єм інфузії під час і після втручання, об'єм контрасту, а потім визначено реальну інцидентність КІН. **Результати.** Згідно з дослідженням Mehran, ризик розвитку КІН становить 13,9 %. Згідно з прогностичною шкалою Mehran, пацієнти, які набрали 5 балів і менше, мають ризик розвитку КІН 7,5 %; від 6 до 10 балів — 14 %; від 11 до 15 балів — 26,1 %; 16 балів і більше — 57,3 %. Прогнозований ризик розвитку гострого ушкодження нирок (ГУН), що потребувало б замісної ниркової терапії, у даних групах становить 0,04; 0,12; 1,09 і 12,6 % відповідно. У нашому дослідженні загальна інцидентність КІН становила 19,5 % (9 пацієнтів із 46); інцидентність ГУН, що потребувало гемодіалізу, — 2,2 % (1 пацієнт із 46). Інцидентність становила 12,5 % у групі пацієнтів, які набрали 5 балів і