

Me CA₃ = 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 CA1 = 47,0; Me CA2 = 68,0; Me CA3 = 68,5; Me ША1 = 46,0; Me ША2 = 66,4; Me ША3 = 67,6. **Висновки.** Різнострамовані 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.,
Гречишкіна Ю.А., Антошкін 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 поясничным 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

¹Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²Військово-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 $\geq 25\%$ від вихідного рівня, або на $\geq 44,2$ 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 рентгеноваскулярні втручання. **Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано історію хвороб 46 пацієнтів, яким проводилися ендovasкулярні 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, вираховано 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

менше; 22,2 % — у групі 6–10 балів; 33,3 % — у групі 11–15 балів, і 0 % — у групі 16 балів і більше. Інцидентність діалізу становила 3,7 % у групі 6–10 балів і 0 % — в інших групах пацієнтів. У 3 пацієнтів об'єм інфузії під час і після втручання був меншим від рекомендованого. У всіх пацієнтів відзначалося перевищення допустимого об'єму контрасту. У 5 пацієнтів було виявлено супутній цукровий діабет, у 5 пацієнтів — анемію. У всіх пацієнтів використовували низькоосмолярні рентгенконтрастні засоби. **Висновки.** Реальна інцидентність контраст-індукованої нефропатії в нашому дослідженні виявилася значно вищою, ніж ймовірний ризик її розвитку згідно зі шкалою Mehran. Недостатньо уваги приділялося розрахунку рекомендованого об'єму періопераційної інфузійної терапії й дотриманню вищих рекомендованих доз рентгенконтрастних засобів. Необхідно в подальшій клінічній практиці більш ретельно визначати фактори ризику розвитку КІН в кожному окремому випадку й уживати якомога більше заходів профілактики для запобігання її виникненню.

УДК 616.2-78

Фрончко В.П., Семицький Я.В.,
Шевченко С.Б., Мельник Р.В.
Міська клінічна лікарня, м. Луцьк, Україна

Спирні питання респіраторної терапії у хворих із дихальною недостатністю

Легенево-протективна вентиляція є тим методом респіраторної терапії, який дозволяє мінімізувати негативні ушкоджувальні ефекти самої респіраторної терапії. Незважаючи на численні дослідження (ALVEOLI, LOVS, EXPRESS PROBESE), дискусійним лишається питання підбору адекватних значень ПТКВ, особливо у хворих з рефракторною гіпоксемією, оскільки відомо, що агресивні параметри вентиляції провокують вентилятор-індуковане ушкодження легень. Л. Гаттіноні доведено, що зростання величини потоку, дихального об'єму, *driving pressure* має більший негативний вплив на вентиляцію порівняно зі збільшенням частоти дихань і ПТКВ [2]. Доцільність застосування маневру рекрутменту альвеол і прон-позиції у хворих із тяжкою дихальною недостатністю вивчається в багатьох дослідженнях. Нова концепція збереження пермісивного ателектазу, запропонована П. Пелозі як альтернатива відкритій легені, передбачає застосування низьких значень ПТКВ, дихального об'єму, тиску плато, що, на думку дослідників, мінімізує VILI [1]. Вимірювання транспульмонального тиску, рекомендоване для пацієнтів з рефракторною гіпоксемією, не є рутинним у відділенні інтенсивної терапії. Простим і доступним параметром, що дозволяє контролювати ефективність і безпеку респіраторної терапії, є показник вентиляційного (рушійного) тиску (*driving pressure*), який рекомендують утримувати не вищим від 15 см вод.ст., $\Delta P = P_{\text{плато}} - \text{ПТКВ}$. Питання щодо застосування седатції, міорелаксантів, оцінки й підтримки

самостійного дихання в тяжких пацієнтів вирішується індивідуально. Щодо режимів вентиляції, то ВІРАР є найбільш рекомендованим і ефективним у хворих, які мінімально підтримують самостійне дихання. Диференційований підхід до проведення респіраторної терапії передбачає врахування типу ушкодження легень та рекрутабельності, наявності супутніх факторів (ожиріння, внутрішньочеревна гіпертензія, знижений комплаєнс легень і грудної клітки).

Список літератури

1. *Close down the lungs and keep them resting to minimize ventilator-induced lung injury* / P. Pelosi, P. Rieken Macedo Rocco, M. Gama de Abreu [et al.] // *Critical Care*. — 2018. — Vol. 22. — P. 72.
2. *Ventilator-related causes of lung injury: the mechanical power syndrome* / Gattinoni L., Tonetti T., Cressoni M. [et al.] // *Int. Care Med.* — 2016. — Vol. 42, № 8. — P. 1567-1575.

УДК 616.341:053.3

Холод Д.А., Шкурупій Д.А.
Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава, Україна

Слизова оболонка шлунково-кишкового тракту: діагностика стану й оцінка протекції в новонароджених в інтенсивній терапії

Вступ. Діагностика гастроінтестинальної недостатності у новонароджених потребує удосконалення діагностичних критеріїв. I-FABP — білок, що зв'язує жирні кислоти, — вважається високочутливим і високоспецифічним маркером ушкодження слизової оболонки кишечника. **Мета:** обґрунтування використання визначення I-FABP для оцінки ефективності діагностики й терапії синдрому гастроінтестинальної недостатності в новонароджених. **Матеріали та методи.** У неонатальних відділеннях інтенсивної терапії на вміст I-FABP в плазмі крові обстежено 20 новонароджених із синдромом гастроінтестинальної недостатності. **Результати.** Концентрація I-FABP у плазмі крові обстежених новонароджених на початку спостереження була підвищена в 95 % випадків. Середня величина концентрації I-FABP у плазмі крові в новонароджених із клінічно значимим синдромом гастроінтестинальної недостатності була значно вищою й становила 4849 (3296; 5877) пг/мл проти новонароджених із ризиком реалізації цього синдрому, у яких цей показник становив 514 (222; 506) пг/мл ($U = 0$; $z = -2,2$; $p = 0,027$). Зафіксований статистично значимий прямий кореляційний зв'язок між ступенем синдрому гастроінтестинальної недостатності й концентрацією I-FABP у плазмі крові ($R = 0,94$; $p < 0,001$). За наявності клінічного зменшення проявів синдрому гастроінтестинальної недостатності відбувалась значна інтенсивність зменшення концентрації I-FABP у плазмі крові новонароджених