

протоколу ERAS і вивчення фармакоекономічних аспектів при анестезії ізофлураном порівняно із севофлураном за методом Minimal Flow Anesthesia та Low Flow Anesthesia. **Матеріали та методи.** Досліджено 40 хворих із грижею стравохідного відділу діафрагми, яким було виконано оперативне втручання — лапароскопічну крурорафію й фундоплікацію. Хворих було розподілено на такі групи: 1-ша група (20 хворих) — інгаляційна анестезія ізофлураном із киснем, потік свіжої суміші 1 л/хв (1 : 1); 2-га група (20 хворих) — інгаляційна анестезія севофлураном із киснем, потік свіжої суміші 1 л/хв (1 : 1). Анестезія проводилась на анестезіологічній станції DragerFabiosTiro (Німеччина). Інтраопераційний моніторинг проводили монітором пацієнта Drager Infinity Delta (США). Показники глибини анестезії — за даними БІС. Проводився постійний моніторинг показників газообміну — капнографії, концентрації кисню, ізофлурану й севофлурану у суміші на вдиху й видиху, параметрів вентиляції. Усім хворим було проведено загальну комбіновану анестезію з інтубацією трахеї та штучною вентиляцією легень. Кількість інгаляційного анестетика, що був витрачений протягом операції, визначали за допомогою зважування випарувача з використанням електронних лабораторних ваг TBE-12-0,2. **Результати.** Визначені критерії ефективності анестезіологічного забезпечення: швидкість пробудження й ступінь залишкової седатії пацієнта; витрати інгаляційного анестетика впродовж операції; фармакоекономічні витрати при різних методах анестезії з використанням ізофлурану й севофлурану; тривалість перебування пацієнта в стаціонарі. Проведений фармакоекономічний аналіз вартості анестезіологічної допомоги в досліджуваних групах з урахуванням використовуваних препаратів для наркозу (з урахуванням вартості інгаляційних анестетиків, анальгетиків, релаксантів, гіпнотиків, кисню й натронного вапна). **Висновки.** Розроблена методика з урахуванням клінічної й фармакоекономічної ефективності дозволяє застосовувати інгаляційну анестезію ізофлураном для забезпечення лапароскопічних антирефлюксних операцій.

УДК 616.12-005.4-089+616.12-077-008.46

Черній В.І., Куриленко Я.В.,
Собанська Л.О., Тополов П.О.

Державна наукова установа «Науково-практичний
центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Діагностика та корекція гемодинамічних розладів у кардіохірургічних хворих із серцевою недостатністю, які перенесли оперативне втручання — шунтування коронарної артерії із застосуванням штучного кровообігу

Вступ. Аортокоронарне шунтування пов'язане з ризиком розвитку ушкодження міокарда й серцевої недостатності під час операції, отже,

воно погіршує довгостроковий клінічний прогноз. Обов'язковим етапом у процесі проведення екстракорпорального кровообігу є індукована зупинка серця й пов'язаний із цим період загальної ішемії. Незважаючи на постійне удосконалення методів штучного кровообігу, анестезії й кардіопротекції, частота гострої серцевої недостатності після операції на відкритому серці становить 3,6–15,4 %. **Мета дослідження:** покращити результати лікування кардіохірургічних хворих із серцевою недостатністю, які перенесли оперативне втручання — шунтування коронарних артерій із застосуванням екстракорпорального кровообігу шляхом удосконалення протоколу періопераційного ведення пацієнтів. **Матеріали та методи.** На базі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС було прооперовано 40 кардіохірургічних хворих із використанням штучного кровообігу. Пацієнти були поділені на дві групи. Пацієнтам групи 1 (20 хворих) у післяопераційному періоді корекцію гемодинамічних розладів виконували за допомогою добутаміну; у групі 2 (20 хворих) для корекції гемодинамічних розладів, крім добутаміну, використовували препарат фруктозо-1,6-дифосфат за схемою: 5 г препарату вводили безпосередньо перед початком перфузії і 5 г — на 30-й хвилині штучного кровообігу. Препарат, ендогенний високоенергетичний проміжний метаболіт гліколітичного шляху, безпосередньо підвищує утворення високоенергетичного фосфату (АТФ). А в післяопераційному періоді застосували препарат тиворель (1 мл розчину містить 42 мг аргініну гідрохлориду й 20 мг левокарнітину). Аргінін чинить антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, антирадикальну, дезінтоксикаційну дію, проявляє себе як активний регулятор процесів енергозабезпечення. Левокарнітин необхідний для транспортування довголанцюгових жирних кислот у мітохондрії для їх подальшого бета-окислення й утворення енергії. Для моніторингу функції серцево-судинної системи використовували фазаграфію — дослідження симетрії/асиметрії зубця Т електрокардіограми як маркера ішемічних змін міокарда. **Результати.** Розроблено алгоритм сучасної діагностики корекції гемодинамічних розладів у кардіохірургічних хворих із серцевою недостатністю, які перенесли оперативне втручання — шунтування коронарної артерії із застосуванням штучного кровообігу. **Висновки.** Попередні дані свідчать, що розроблений алгоритм періопераційного ведення кардіохірургічних хворих із серцевою недостатністю дає можливість значно прискорити реабілітацію, підвищити комфорт пацієнта й скоротити термін перебування в лікарні.