

УДК 614.2:355.5(477)

Бадюк М.І., Хитрий Г.П., Хухлей В.О.,
Жупан Б.Б.Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

Невідкладні стани військовослужбовців Збройних сил України в сучасних умовах

Вступ. Адаптація нормативно-правових актів України у сфері національної безпеки до євроатлантичних норм і стандартів на сьогодні висуває нові вимоги до медичного забезпечення Збройних сил України. За даними фахівців, поширеність захворювань серед мобілізованих військовослужбовців та військовослужбовців за контрактом останніми роками збільшилась на 43,7 %, підвищились показники госпіталізації, працевтрат і звільнень через хвороби. Разом із тим у наявних літературних джерелах відсутні відомості щодо структури невідкладних станів при захворюваннях і бойових травмах, що супроводжуються у військовослужбовців тяжким перебігом та низкою ускладнень. **Мета:** дослідження структури невідкладних станів військовослужбовців у сучасних умовах та висвітлення необхідності розробки і застосування адаптованих алгоритмів та протоколів надання медичної допомоги й лікування. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз структури та характеру невідкладних станів сучасної бойової патології і захворювань у військовослужбовців, які знаходились на лікуванні у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» за період з 1 травня 2014 року по 2017 рік включно і перебували у тяжкому і вкрай тяжкому станах ($n = 544$). Методами дослідження обрано статистичний, бібліографічний, проспективний та ретроспективний аналізи. **Результати.** За результатами аналізу тяжкості станів військовослужбовців встановлено основні невідкладні стани, що вимагали надання медичної допомоги за сучасними алгоритмами і стандартами. Перше місце в структурі тяжких і вкрай тяжких станів військовослужбовців займає клас XIX — травми та отруєння. Найбільш тяжкими нозологічними станами цього класу виявлено групу поєднаних поранень і травматичних ушкоджень голови і головного мозку — 27,3 %, на другому місці — травми органів черевної порожнини (18,2 %) і на третьому — травми грудної клітки і ребер (12,9 %). Частота тяжких та вкрай тяжких станів при хворобах органів дихання займає друге місце, а серед цього класу найбільш тяжкі стани викликають пневмонії — 75,9 %. Серед тяжких і вкрай тяжких станів, викликаних хворобами системи кровообігу, виявлено інсульти — 40,1 %, інфаркти міокарда — 30,1 % та гіпертензивну хворобу — 12,5 %. **Висновки.** В умовах збройного конфлікту основними класами, нозологічні форми яких супроводжуються тяжкими і вкрай тяжкими станами, є: клас XIX — травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (48,5 %), клас

X — хвороби органів дихання (12,1 %), клас IX — хвороби системи кровообігу (7,4 %). Основні нозологічні форми бойових травм військовослужбовців, при яких формуються невідкладні стани, є: поранення і травматичні ушкодження голови і головного мозку (27,3 %), травми органів черевної порожнини (18,2 %), травми грудної клітки і ребер (12,9 %) тощо.

УДК 616.381-072.1-089.5:612-073.7-053.9

Белих О.В., Георгіянц М.А.

Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна

Моніторинг глибини анестезії Sedline при проведенні лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів похилого та старечого віку

Вступ. Останніми роками питання безпеки анестезії є одним із найбільш обговорюваних. З метою підвищення безпеки анестезії є доцільним здійснення моніторингу глибини анестезії. На сьогодні існує декілька видів моніторів глибини анестезії на основі аналізу електрокардіографії (ЕЕГ) (BIS, AEP, NARCOTREND, ентропія, PSI та ін.). Платформа Massimo Root з функцією моніторингу глибини анестезії Sedline працює на основі розрахунку PSI (Patient State Index). Цей показник розраховується за допомогою запатентованого аналізу чотирьохканальної ЕЕГ. **Мета:** оцінити ефективність та безпеку проведення анестезіологічного забезпечення з визначенням PSI у пацієнтів похилого та старечого віку при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ). **Матеріали та методи.** В дослідження включено 30 пацієнтів (середній вік — $70,5 \pm 6,1$ року), прооперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби. Середня тривалість операції — $55,1 \pm 9,8$ хв. Пацієнти розподілені на 2 групи: I ($n = 15$) — інгаляційна анестезія на основі севофлурану (2–3 об.%) зі штучною вентиляцією легень (ШВЛ), II ($n = 15$) — тотальна внутрішньовенна анестезія на основі пропофолу (2 мг/кг/год) зі ШВЛ. В обох групах: анальгезія — фентаніл (1 мкг/кг/год), релаксація — атракуріум. Глибина анестезії контролювалась за допомогою монітора Massimo Root на підставі розрахунку PSI. PSI відображається як числове значення в діапазоні від 0 до 100. Моніторинг показників гемодинаміки (PS, AT, SAT, CI) здійснювався за допомогою монітора Vismo. **Результати.** За показниками гемодинаміки хворі між групами не відрізнялись. За даними моніторингу, значення PSI між групами суттєво не відрізнялись: до премедикації — $99,0 \pm 0,6$ vs $99,0 \pm 0,6$, після премедикації — $79,0 \pm 2,0$ vs $79,5 \pm 3,0$, на момент інтубації — $39,0 \pm 4,0$ vs $39,0 \pm 5,0$, на початок операції — $33,5 \pm 4,5$ vs $33,5 \pm 4,0$, екстубація — $87,5 \pm 3,0$ vs $89,0 \pm 3,0$ ($p > 0,05$). Деяко відрізнялися показники при накладанні карбоксиперитонеуму — $48,0 \pm 2,0$ vs $39,0 \pm 4,0$ ($p < 0,05$) та на етапі закінчення операції — $40,0 \pm 3,0$ vs $48,1 \pm 2,2$, але не виходили за рекомендовані межі (25–

50). Середній час пробудження в групах суттєво не відрізнявся, але в II групі був дещо коротшим — $9,0 \pm 1,7$ vs $7,0 \pm 1,2$ хв. **Висновки.** Використання PSI допомагає контролювати глибину анестезії і зводить до мінімуму ризик передчасного виходу пацієнтів з наркозу, що доводить ефективність та безпечність проведення анестезіологічного забезпечення з визначенням PSI у пацієнтів похилого та старечого віку при ЛХЕ.

УДК 616.008.8.81-089

Бігняк П.І., Креньов К.Ю., Гомон М.Л., Гончарук О.С.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Старокостянтинівська районна лікарня,
м. Старокостянтинів Хмельницької області, Україна

Вплив пероральних регідраційних розчинів на відновлення перистальтики у післяопераційних пацієнтів

Вступ. Гострий дефіцит рідини та електролітів спричиняє дегідратацію, що створює несприятливий фон для перебігу післяопераційного періоду хірургічних хворих [1]. Корекція зазначених змін відновлює роботу клітинних насосів, зменшує внутрішньоклітинний ацидоз та забезпечує адекватне функціонування тканин, зокрема анаболізм і імунологічний захист. [3]. Саме тому дослідження та корекція водно-електролітного балансу є обов'язковим компонентом періопераційної інтенсивної терапії хірургічних хворих та входить до європейських протоколів ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), де передопераційна волемічна підготовка та скорочення термінів голодування мають важливе значення [2, 3]. Відновлення перистальтики дозволяє запобігти стазу та бактеріальній транслокації, як наслідок — зменшення частоти поліорганної недостатності у хірургічних пацієнтів [4]. **Мета роботи:** визначення термінів відновлення перистальтики у пацієнтів, які вживають пероральні регідраційні розчини. **Матеріали та методи.** Обстежено 72 планових пацієнта хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, із них 40 отримували традиційну передопераційну підготовку та 32 пацієнтам у передопераційну підготовку було включено ОРЗ «ІОНІКА». Стан порушення електролітного обміну (калію, натрію, хлору, рівня глюкози) оцінювали лабораторним шляхом на базі лабораторії INVIVO (ТОВ «Малікс МЕД»). Також оцінювались показники гемодинаміки, діурезу, об'єм і якість інфузійної терапії, термін відновлення перистальтики. Дослідження проводили за добу до оперативного втручання, перед операцією та після неї через 8 та 24 години. **Результати.** Із 72 пацієнтів різноманітні порушення водно-електролітного балансу спостерігались у 62,5 % досліджуваних, зокрема: гіпокаліємія — у 19 пацієнтів, гіпонатріємія — у 8; гіпернатріємія — в 11, гіпохлоремія — у 4 пацієнтів. Усім пацієнтам на другу

добу виконане оперативне втручання. В післяопераційному періоді спостерігалось зростання показників калію та натрію до меж фізіологічної норми, стресової гіперглікемії не спостерігалось. Коливання гемодинаміки на другу добу мало тенденцію до нижніх границь норми, що корелювало із зниженням діурезу. Відновлення перистальтики відмічено на $2,3 \pm 0,2$ доби в пацієнтів групи ОРЗ на відміну від $2,6 \pm 0,4$ доби у пацієнтів контрольної групи. **Висновки та перспективи подальших розробок.** Відновлення перистальтики відмічено на $2,3 \pm 0,2$ доби в пацієнтів групи ОРЗ на відміну від $2,6 \pm 0,4$ доби у пацієнтів контрольної групи. У пацієнтів, які отримували в передопераційній підготовці ОРЗ «ІОНІКА», відзначались значно менші порушення водно-електролітного балансу, що в більшості випадків варіювалось в межах допустимої норми.

Список літератури

1. Петрушенко В.В., Рикало Н.А., Рауцкіс В.А. Порушення водно-електролітного обміну: регуляція та компенсаторні механізми // Клінічні та експериментальні дослідження. — 2013. — 1. — С. 299-301.
2. Michal Pędziwiatr, Judene Mavrikis, Jan Witowski, Alexandros Adamos, Piotr Major, Michal Nowakowski, Andrzej Budzyński. Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery // Med. Oncol. — 2018. — 35(6). — 95.
3. Бабак С.І., Дяченко С.П., Юрків В.В., Галушко О.А. Порушення водно-електролітного балансу та їх корекція // Гострі та невідкладні стани в практиці лікаря. — 2017. — 67. — С. 12-17.
4. Подопригора Г.И., Кафарская Л.И., Байнов Н.А., Шкопоров А.Н. Бактериальная транслокация из кишечника: микробиологические, иммунологические и патофизиологические аспекты // Вестник РАМН. — 2015. — 70(6). — С. 640-650.

УДК [616-001.(1-5)-001.31:611.81]+616.8-089-085.2-092.6

Білецький О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Магnezіальна терапія у складі комплексу інтенсивної терапії в постраждалих із тяжкою черепно-мозковою травмою

Вступ. Попередження та усунення набряку головного мозку є провідним компонентом інтенсивної терапії при тяжкій черепно-мозковій травмі (ТЧМТ). Найпоширенішими заходами для вирішення цієї задачі є використання манітолу та гіпертонічних сольових розчинів на основі натрію хлориду із наступним застосуванням салуретиків. Проте перевантаження організму натрієм створює для постраждалих інші несприятливі проблеми, в зв'язку з чим, наприклад, використання так званої малооб'ємної ресусцитації при травмах має чітку тенденцію до обмеження. Альтернативною методикою може стати активне застосування гіпертонічного розчину магнію сульфату ($MgSO_4$) в фізіологічному розчині на фоні проведення штучної вентиляції легень