

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

(ШВЛ). **Мета роботи:** оцінити ефективність внутрішньовенного (в/в) застосування гіпертонічного розчину $MgSO_4$ у хворих із сполученою травмою з компонентом ТЧМТ для профілактики й усунення набряку головного мозку та відновлення функції свідомості. **Матеріали та методи.** До дослідження залучено 40 пацієнтів відділення політравми, які надходили до операційної. У всіх хворих одним із компонентів ураження була ТЧМТ. Сформовано 2 групи по 20 пацієнтів. Провідними заходами захисту мозку були наркоз барбітуратами та діазепамом в умовах ШВЛ з помірною гіпервентиляцією та підтримка церебрального перфузійного тиску через утримання середнього артеріального тиску на рівні 90–100 мм рт.ст. (симпатоміметики). У 20 хворих застосовано терапію $MgSO_4$ в дозі 0,3 мл/кг 25% розчину в фізіологічному розчині. Швидке в/в введення 20 мл 25% розчину $MgSO_4$ через механізм осмосу забезпечує залучення до судин 246 мл води з інтерстицію. Разом із розчином, що застосований, — 266 мл. Проводився моніторинг показників центральної гемодинаміки, перфузійного індексу, SpO_2 , 6 відведень електрокардіографії. Після операції застосований реоенцефалографічний моніторинг (РЕГ), оцінка динаміки неврологічного статусу. **Результати.** Терапія $MgSO_4$ не була асоційована із виникненням ускладнень. Навпаки, у хворих спостерігалася вірогідно більш швидка стабілізація центральної гемодинаміки, покращувалася периферична капілярна перфузія. За даними РЕГ-спостереження, ефективний кровообіг відновлювався швидше при додаванні до терапії $MgSO_4$. Мала місце перевага у відновленні свідомості. **Висновки.** Магnezіальна терапія є перспективним та ефективним компонентом інтенсивної терапії для постраждалих із політравмою з компонентом ТЧМТ.

УДК [616.831-001.31+616.8-009.831+616-001.36]:616-035.1-071.8-073.27-092.6

Білецький О.В., Колей Л.І., Курсов С.В., Полторацький В.Г., Чернов О.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Випадок успішного лікування постраждалого з тяжкою черепно-мозковою травмою з початковим негативним прогнозом для виживання

Вступ. Згідно з класифікацією стану коми World Federation of Neurosurgical Societies (Всесвітня федерація нейрохірургічних товариств), кома ІV ступеня тяжкості з оцінкою за шкалою коми Глазго (ШКГ) в 3 бали є надзвичайно несприятливою прогностичною ознакою для виживання хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ), з летальністю, що перевищує 90 %. Тим не менш є все більше свідомств, що такі постраждалі мають шанси на виживання з подальшим повноцінним відновленням функцій центральної нервової системи (ЦНС). **Опис клінічного випадку.** Постраждалий, 15 років, був доставлений після ДТП до реанімаційної

зали в стані декомпенсованого травматичного шоку із систолічним артеріальним тиском (АТ) 50 мм рт.ст. на фоні інфузії адреналіну, з двобічним мідріазом та з оцінкою 3 бали за ШКГ. Інтубований та доставлений до операційної в зв'язку з негайною потребою в двобічному дрениванні плевральної порожнини на тлі забою легень з двобічним гемопневмотораксом. Під час операції гемодинаміка підтримувалася адреналіном, забезпечено гемотрансфузію з досягненням вмісту гемоглобіну в крові ≥ 100 г/л. За даними ядерно-магнітної резонансної комп'ютерної томографії (ЯМРКТ) головного мозку — відкрита ТЧМТ, набряк мозку, тонка субдуральна гематома, забій стовбура мозку (?), перелом основи черепа в ділянці лівої середньої та передньої черепних ямок. Пацієнт доставлений до відділення інтенсивної терапії, де забезпечено мандаторну ШВЛ в режимі CMV, контрольовану за тиском. Охоронне гальмування ЦНС забезпечувалося діазепамом. Потреба в адреналіні — 1,0–1,5 мкг/кг/хв. Протинабрякова та нейропротекторна терапія включала інфузію сорбілакту з осмотичним навантаженням 12 мОсм/кг з подальшим введенням 60 мг фуросеміду, а після досягнення високого темпу діурезу — заповнення судинного русла 10% розчином декстрану 40 із розрахунку до 1,5 г/кг, повільну інфузію L-лізину есцинату. Як антигіпоксанти використаний етилметилгідроксипіридину сукцинат. Для попередження накопичення рідини в легенях — дексаметазон та N-ацетилцистеїн. Підтримка середнього артеріального тиску на рівні 95–100 мм рт.ст. Через 24 години — явна позитивна динаміка з виходом із коми та оцінкою за ШКГ 12 балів. Повна стабілізація гемодинаміки, припинення інфузії вазопресорів. На 15-ту добу після чергового ЯМРКТ головного мозку пацієнту проведена двобічна краніотомія із субдуросубгалеостомією в лобних ділянках. На 60-ту добу після отримання травми, двох перенесених хірургічних втручань та курсу відновлювальної терапії пацієнт виписаний з клініки. Функції центральної нервової системи повністю відновилися.

УДК 616.36-089.87-053.3-089.5-085.38

Білогуров С.М.¹, Данилова В.В.², Козлова Т.В.³, Піонтковська О.В.¹, Борисов О.В.¹, Стрілець Є.В.¹

¹КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1», м. Харків, Україна

²Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

³Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Анестезіологічне та трансфузійне забезпечення гемігепатектомії у дитини грудного віку (випадок із клінічної практики)

Компоненти крові та її препарати є надзвичайно важливими лікарськими засобами, що широко застосовуються в різних галузях клінічної меди-