

ли, що лідокаїн усуває небезпечні для життя серцеві аритмії [1]. Оскільки використання внутрішньовенно лідокаїну як базового анестетика при кардіохірургічних операціях на даний час не було достатньо вивчено [2], **метою роботи** було дослідження ефективності його дії за запропонованою нами методикою, в плані післяопераційного відновлення, у хворих, які оперуються з приводу аортокоронарного шунтування (АКШ). **Матеріали та методи.** У дослідження ввійшли 28 пацієнтів (17 (60,7 %) чоловіків та 11 (39,3 %) жінок), яким на базі ДУ «Інститут серця МОЗ України» було проведено АКШ в умовах штучного кровообігу із застосуванням методики мультимодальної малоопіювальної анестезії з використанням внутрішньовенного лідокаїну. Всі пацієнти були прооперовані в умовах ендотрахеального наркозу. Середня тривалість анестезії — $257,4 \pm 19,1$ хв. Індукція включала пропофол ($1,52 \pm 0,05$ мг/кг), фентаніл ($1-1,5$ мкг/кг), лідокаїн (1 мг/кг), піпекуронію бромід (0,1 мг/кг). Підтримка анестезії: севофлуран ($1,5-2$ МАК), кетамін (0,5 мг/кг — одноразово перед розрізом), лідокаїн з безперервною інфузією ($1,5-2$ мг/кг/год), магnezії сульфат в/в (30 мг/кг). **Результати.** Доза фентанілу, що використовувалась на весь час анестезіологічного забезпечення, становила від $0,7-1,6$ мкг/кг/год (в середньому $358,3 \pm 27,1$ мкг на весь час оперативного втручання). Позитивний вербальний контакт був зафіксований через $18,6 \pm 3,4$ хв після закінчення анестезії. Всі пацієнти були екстубовані в перші 3 год після закінчення операції. Жодний пацієнт не повідомляв про інтраопераційні події і не пред'являв скарг на будь-які побічні ефекти, які могли бути пов'язані з використанням лідокаїну (аритмія, металевий присмак, шум у вухах і зорові порушення). Середні показники інтраопераційного рівня лактату ($1,61 \pm 0,20$ ммоль/л), глюкози та кортизолу ($479,3 \pm 26,4$ нмоль/л при нормі до 700 нмоль/л) не виходили за межі референтних значень, що свідчило про відсутність стресової реакції на оперативне втручання. Післяопераційне знеболювання здійснювалося триметаміном кеторолаком внутрішньом'язово 30 мг кожні 8–12 годин упродовж 2 діб. Післяопераційні показники візуальної аналогової шкали: середній показник — $4,6 \pm 1,2$, максимальний біль відмічали 27,8 % пацієнтів, а біль середньої та малої інтенсивності — 72,2 % (1-ша доба). **Висновки.** Використання мультимодальної малоопіювальної анестезії з внутрішньовенним введенням лідокаїну при оперативних втручаннях у кардіохірургії є ефективним і забезпечує адекватний анальгезуючий ефект під час хірургічного втручання. Дозволяє відмовитися від інтраопераційного застосування високих доз наркотичних анальгетиків при виконанні високотравматичних операцій, що підтверджується відсутністю гемодинамічних і ендокринно-метаболических порушень при її використанні. А зменшена потреба у застосуванні післяопераційних опіювальних засобів сприяє скорішій реабілітації пацієнтів та скороченню ліжкоднів.

Список літератури

1. Lofgren N., Lundqvist B. *Studies on Local Anaesthetics II* // *Svensk Kemisk Tidskrift*. — 1946. — Vol. 58. — P. 206-217; 323-335.
2. Wang D., Wu X., Li J., Xiao F., Liu X., Meng M. *The effect of lidocaine on early postoperative cognitive dysfunction after coronary artery bypass surgery* // *Anesth. Analg.* — 2002. — 95. — P. 1134-41.

УДК 616-036.882-08

Дацюк О.І., Бондар Р.А., Титаренко Н.В.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Корекція когнітивної дисфункції у хворих після оториноларингологічних оперативних втручань, виконаних в умовах загальної анестезії з керованою гіпотензією

Вступ. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених проблемі післяопераційних когнітивних дисфункцій, що виникають у пацієнтів після загальної анестезії, залишається контраверсійним питання патогенетично обгрунтованого вибору методів корекції когнітивних порушень у післяопераційному періоді. **Мета:** дослідити ефективність профілактики післяопераційних когнітивних дисфункцій призначенням нейропротекторного препарату холіну альфосцерат. **Матеріали та методи.** У дослідження включено 32 пацієнти основної (група холіну альфосцерату) та 44 пацієнти контрольної групи, яким були проведені оперативні втручання під інгаляційним ендотрахеальним севофлурановим наркозом в умовах керованої гіпотензії (урапідил). За день до операції та на 3-й день після операції проводили тестування когнітивних функцій (тест П'єрона — Рузера, коректурна проба, тест Лурія). **Результати.** Встановлено, що загальна анестезія при поєднанні з медикаментозною гіпотензією сприяє розвитку післяопераційної когнітивної дисфункції, що виявляється зниженням концентрації та продуктивності уваги у хворих групи контролю: за результатами тесту П'єрона — Рузера — $74,07 \pm 20,59$ до операції проти $71,02 \pm 16,76$ після операції ($p = 0,02$) і коректурної проби — $14,91 \pm 2,19$ та $14,09 \pm 1,71$ відповідно ($p = 0,004$), а також обсягу короткострокової пам'яті зі зменшенням показника тесту Лурія в ранньому післяопераційному періоді ($9,50 \pm 1,14$ проти $6,47 \pm 0,97$ після операції; $p = 0,001$). Застосування холіну альфосцерату (основна група) супроводжується вірогідно більш високими післяопераційними оцінками концентрації та продуктивності уваги, а також короткострокової пам'яті (відповідно: показник тесту П'єрона — Рузера становить $85,47 \pm 6,27$, коректурної проби — $16,63 \pm 3,54$, тесту Лурія —

7,63 ± 0,71) порівняно як із доопераційними показниками, так і з післяопераційними показниками групи контролю ($p < 0,05$). **Висновки.** Загальна анестезія при поєднанні з медикаментозною гіпотензією сприяє розвитку післяопераційної когнітивної дисфункції. Застосування нейропротектора холіну альфосцерату сприяє попередженню розвитку післяопераційної когнітивної дисфункції.

УДК 616.89-008.452+616.89-008.45/.47]-089.168-053.9

Демитер І.М., Воротинцев С.І., Гудзь Д.П., Бамбизов Л.М., Момот Н.В.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Післяопераційний делірій і когнітивні розлади у планових пацієнтів похилого віку

Вступ. Післяопераційний делірій (ПОД) є вагомим ускладненням у пацієнтів похилого та старечого віку. Частота виникнення ПОД варіює від 3,6 до 28,3 % у планових хірургічних пацієнтів [1]. **Мета:** оцінити інцидентність ПОД і когнітивних порушень у пацієнтів похилого та старечого віку після планових оперативних втручань на органах черевної порожнини. **Матеріали та методи.** У проспективне дослідження послідовно були включені 32 пацієнти (18 (56 %) жінок та 14 (44 %) чоловіків) віком 60–88 років, II–III класу за ASA, яким виконувалися планові оперативні втручання з приводу жовчокам'яної хвороби ($n = 15$), пахової або післяопераційної вентральної грижі ($n = 17$). Пацієнти, які мали в анамнезі черепно-мозкову травму або інсульт із неврологічними порушеннями, були виключені з дослідження. Вихідна оцінка когнітивного статусу проводилась за шкалою Mini-Cog, рівня зношеності — за шкалою Frailty, ризику виникнення делірію — за шкалою Delphi [2]. Наявність делірію після операції визначали за шкалою CAM-ICU [2]. Після операції проводили щоденну оцінку когнітивного статусу, рівня болю (за шкалою ВАШ), делірію. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми Statistica for Windows 13. **Результати.** Вихідний когнітивний статус пацієнтів дорівнював 4,0 [3,0; 4,5] бала, що свідчило про легкі та помірні когнітивні розлади. Рівень зношеності становив 4,0 [3,0; 4,0] бала, медіана ризику розвитку делірію — 4,0 [3,0; 5,0] бала. В першу добу після операції когнітивний статус невіротно погіршувався до 3,0 [3,0; 4,0] бала. Делірій розвинувся в одного (3 %) пацієнта ($p < 0,05$). Тривалість перебування у стаціонарі становила 12,0 [9,0; 15,0] днів. Тривалість госпіталізації вірогідно не залежить від слабкості (frailty) пацієнтів. **Висновки.** Післяопераційний делірій виникає у 3 % планових пацієнтів похилого віку. Когнітивний статус вірогідно не змінюється ($p > 0,05$) відносно вихідного рівня.

Список літератури

1. Cesar Aldecoa et al. *European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium* // *Eur. J. Anaesthesiol.* — 2017 Apr. — 34(4). — 192-214.
2. Kim M.Y. et al. *Delirium Prediction Based on Hospital Information (Delphi) in General Surgery Patients* // *Medicine.* — 2016. — 95(12).

УДК 616-089.5

Денисенко А.І., Черній В.І.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами, м. Київ, Україна

Оцінка ефективності використання парацетамолу в періопераційному знеболюванні під час лапароскопічних операцій у дорослих

Вступ. Біль і знеболювання залишаються однією з глобальних і невирішених проблем періопераційної медицини. Одним із напрямків удосконалення антиноцицептивного захисту є попереджувальна аналгезія, основою якої стало використання засобів системної та/або регіонарної аналгезії перед нанесенням хірургічної травми тканинам [1]. Особливий інтерес являє сучасний неопіатний анальгетик для внутрішньовенного введення парацетамол, якому властиві додаткові центральні неопіатні механізми блокади больових імпульсів [2]. **Мета:** оцінити ефективність використання парацетамолу в періопераційному знеболюванні під час лапароскопічних операцій у дорослих. **Матеріали та методи.** Дослідження проспективне нерандомізоване. Обстежено 142 дорослих пацієнта (78 чоловіків та 64 жінки) віком 25–82 роки, яким проводилися лапароскопічні операції під загальним знеболюванням з використанням інгаляційного анестетика севофлурану та наркотичного анальгетика фентанілу в умовах низькопоточної штучної вентиляції легенів. Операційний ризик пацієнтів — ASA II. Тривалість операції — 1–4 години. Усім пацієнтам за 20 хвилин до операції в/в вводився декскетопрофен (50 мг). Індукція — пропофолом (1,5–2,5 мг/кг). М'язовий релаксант — атракуріуму бесилат у загальноприйнятних дозах. Після пробудження всі пацієнти отримували в/в декскетопрофен (50 мг) через 6–8 годин. Основна група пацієнтів ($n = 69$) відрізнялася від контрольної ($n = 73$) тим, що відразу після індукції протягом 30 хв в/в краплинно здійснювали інфузію розчину парацетамолу 1000 мг (інфулган, «Юрія-Фарм», Україна). Досліджувався рівень кортизолу венозної крові перед оперативним втручанням, на травматичному етапі, після пробудження, через одну та дві доби після операції — електрохемилюмінесцентним методом на аналізаторі Cobas 6000 (Roche Diagnostics, Швейцарія). Оцінка післяпе-