

VI Британсько-Український симпозиум — передовий досвід анестезіологічного забезпечення хворих

24-25 квітня у м. Києві відбувся VI Британсько-Український симпозиум «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії — акцент на проблемах безпеки пацієнта та моніторингу», який є головним професійним форумом у сфері терапії больових синдромів. Програма цього заходу включала доповіді провідних зарубіжних і вітчизняних фахівців з питань лікування гострого післяопераційного та хронічного болю з позиції доказової медицини, безпеки пацієнтів під час проведення загальної та регіонарної анестезії, економічних аспектів анестезіологічного забезпечення, практичних аспектів лікування нозокоміальної пневмонії, сепсису та застосування антибактеріальної терапії, ведення пацієнтів з політравмою, психологічних особливостей пацієнтів у післяопераційному періоді та ін.

Завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, професор Юрій Юрійович Кобеляцький розповів про сучасні можливості підвищення ефективності традиційних технік післяопераційного знеболення.



— За останні кілька років було проведено чимало досліджень, які продемонстрували помилковість низки підходів щодо післяопераційного знеболення у пацієнтів. Зокрема, згідно з даними проспективного когортного дослідження, до якого включили 50 523 хворих (179 хірургічних груп), було показано, що «малі» хірургічні втручання супроводжуються більш вираженим больовим синдромом. Найімовірніше, це пов'язано з традиційним уявленням, що пацієнти, яким виконують мініінвазивні втручання, не потребують ефективного знеболення, що насправді не відповідає дійсності (Hans J. et al., 2013). Це дослідження переконливо продемонструвало необхідність використання лікарями доказових рекомендацій з диференційованим підходом до лікування болю. Такий підхід дозволить досягти балансу між інвазивністю операції, техніки анагезії та наслідками післяопераційного болю.

Метою застосування будь-якої техніки анагезії є досягнення не лише певних показників шкали інтенсивності болю, а й покращення віддалених післяопераційних результатів та мобільності пацієнтів, а це вимагає обов'язкового врахування анатомо-фізіологічних особливостей оцінки болю та корекції больового синдрому в осіб похилого віку, оскільки більшість таких хворих мають когнітивні порушення та не можуть адекватно оцінити інтенсивність болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). У пацієнтів з легким та середнім когнітивним дефіцитом рекомендують використовувати шкалу вербальних аналогів (VRS), у хворих з вираженим когнітивним дефіцитом — поведінкові шкали (Dolorplus-2, Algorplus). У пацієнтів похилого віку можна застосовувати більшість препаратів (парацетамол, НПЗП, неопам, трамадол, кодеїн), технік (внутрішньовенна титрація морфіну, морфін підшкірно, периферичні нервові блоки та ін.) і стратегій (інтраопераційна чи мультимодальна анагезія), як і в молодих осіб, однак ретельно зважуючи їх ефективність та безпеку. У цих хворих для більшості анагетичних технік рекомендовано використовувати концепцію start low & go slow — починати з низьких доз, повільно титруючи до досягнення ефекту.



Існує низка можливостей мінімізації післяопераційного стресу — застосування регіонарних методів анагезії/анестезії в нижньому поверсі черевної порожнини та нижніх кінцівках за допомогою місцевих анестетиків; продовжена регіональна анагезія місцевими анестетиками.

Згідно з даними кількох метааналізів епідуральна анагезія незалежно від препарату, розташування катетера, виду та часу оцінки болю забезпечує краще післяопераційне знеболення порівняно з парентеральним введенням опіатів (Blok B.V. et al., 2003).

На сьогодні пропонують широке використання мініінвазивних регіонарних технік із застосуванням «великої» нейроаксiальної анестезії/аналгезії лише за наявності показань. Наприклад, підшкірна інфільтрація місця розрізу 0,25% розчином бупівакаїну перед виконанням відкритої абдомінальної гістеректомії дозволяла досягти достовірного зниження ступеня вираження болю в післяопераційному періоді, а також знижувала запальну відповідь організму на пошкодження (Кобеляцький Ю.Ю., 1999).

Одним із важливих напрямів розвитку сучасної анестезіології є зменшення застосовуваних доз опіїдних анагетиків. Останнім часом з'явилося багато робіт, які описують феномен гіпералгезії, викликаній введенням опіатів, — коли самі опіати у високих дозах зумовлюють підвищення потреби в анагезії в післяопераційному періоді. Сучасні стратегії попередження (зменшення) викликані опіїдами гіпералгезії включають їх комбіноване введення з іншими групами препаратів (антагоністи NMDA-рецепторів (кетамін), габапентиніди, α_2 -агоністи (клонідин, дексмедетомідин), лідокаїн (системне введення), НПЗП, місцеві анестетики (регіонарні техніки). Крім того, певні комбінації здатні ефективно знижувати частоту побічних ефектів опіатів. Наприклад, парні комбінації антагоністів серотонінових рецепторів, дроперидолу та дексаметазону забезпечують кращу профілактику післяопераційної нудоти та блювання, ніж кожен з препаратів окремо. Налоксон, набуфін, дроперидол, антагоністи серотонінових рецепторів ефективно усувають свербіж, викликаний введенням опіатів.

Перспективним препаратом для післяопераційного знеболення є внутрішньовенний парацетамол, однак застосування цього препарату тривалий час обмежувалося хибним уявленням лікарів про його виражену гепатотоксичність. Згодом було показано, що випадки гепатотоксичної дії майже завжди пов'язані з неправильним дозуванням препарату, а частота побічних ефектів зростає з такою плацебо.

Після того як у листопаді 2010 року FDA підтвердило безпечність внутрішньовенного парацетамолу



в полімодальних протоколах з опіатами для лікування болю середньої/сильної інтенсивності, як монопрепарату для лікування болю слабкої/середньої інтенсивності, препарат почали широко використовувати для післяопераційної анагезії. Доведено, що парацетамол у звичайних режимах дозування знижує потребу в наркотичних анагетиках на 20-30% (Rom-sing et al., 2002). Парацетамол є препаратом вибору в післяопераційному періоді для всіх пацієнтів, що не отримують місцевих анестетиків, та осіб, яким протипоказаний прийом НПЗП. За переконанням багатьох фахівців, внутрішньовенний парацетамол має стати основним препаратом для лікування післяопераційного болю, оскільки жодному з доступних анагетиків не властива така кількість переваг.

Про роль спинальної анестезії та періопераційного мультимодального знеболювання при лапароскопії розповів доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Сергій Миколайович Бишовець.



— Головним завданням анестезії залишається адекватна екзогенна антиноцицепція, що дозволяє контролювати біль і стрес. Сьогодні при лапароскопічних втручаннях провідним методом знеболювання є загальна анестезія. Однак, усуваючи перцепцію болю, цей метод анестезії на відміну від нейроаксiальних технік не забезпечує повноцінної блокади ноцицепції на рівні спинного мозку. Достеменно відомо, що спинальна анестезія (СА) позитивно впливає на перебіг операційної травми і характеризується високою ефективністю, відносною простотою, економічністю та мінімальною дією на функції життєво важливих органів. До того ж СА знижує ризик багатьох суттєвих ускладнень при різних оперативних втручаннях, запобігає розвитку інфекції, імунодепресії і метастазуванню, тромбозу глибоких вен, зменшує необхідність гемотрансфузій. Додаткове мультимодальне періопераційне знеболення у поєднанні з СА призводить до тривалого післяопераційного анагетичного «хвоста».

Традиційно СА використовують при оперативних втручаннях на нижніх кінцівках, промежині, нижньому абдомінальному поверсі та в акушерстві.

Нідерландські дослідники, застосовуючи СА для лапароскопії на рівні ThX (5 мг бупівакаїну + 2,5 мкг суфентанілу) продемонстрували добрий результат

Продовження на стор. 28.



VI Британсько-Український симпозиум — передовий досвід анестезіологічного забезпечення хворих

Продовження. Початок на стор. 27.

анестезії. Проте застосування цього виду анестезії асоціювалося з небезпекою ушкодження спинного мозку та підвищеним ризиком гіпотензії і вираженого больового плече-лопаткового синдрому, що потребувало додаткової глибокої седації (van Zundert A.A. et al., 2007).

У нашій клініці проведено понад 1 тис. лапароскопій при такій патології, як жовчнокам'яна хвороба, гострий апендицит, грижа, кіста яєчника, фіброміома матки, а також з діагностичною метою з використанням СА. Для профілактики больового плече-лопаткового синдрому виконували поверхневу блокаду шийного сплетіння і термінальну анестезію діафрагми. Також проводили локальну анестезію місць введення портів. З метою періопераційної премедикації призначали мелатонін, парацетамол, декскетопрофен, нефопам, дексаметазон, ондансетрон. Для СА застосовували важкий бупівакаїн у дозі 15-20 мг, рівень блоку мав сягати вище ThIV.

Поверхневий блок шийного сплетіння виконували з використанням 10 мл 0,125% розчину бупівакаїну в місці перехрещення грудинно-ключично-соскоподібного м'яза та зовнішньої яремної вени (під м'яз), термінальну анестезію діафрагми — 16 мл 0,25% розчину бупівакаїну за допомогою спреї-форсунки, яка дає змогу здійснити розпилення анестетика по абдомінальній поверхні діафрагми. Для місць абдомінальної інтервенції застосовували 0,25% розчин бупівакаїну.

Під час використання описаної технології знеболення не було потреби в активному втручанні у функціонування дихальної системи, оскільки спостерігалось тільки ізольоване розслаблення грудних м'язів. У нормі у стані спокою діафрагма є єдиним інспіраторним м'язом, що забезпечує дихання, тому місцевий анестетик при виконанні СА не має піднятися до рівня іннервації діафрагми (CII-CVI).

Збереження тону діафрагми запобігало її суттєвому перерозтягненню й подразненню діафрагмального нерва, що сприяло зменшенню частоти післяопераційної нудоти та блювання за рахунок збереження тону кардіоезофагеального сфінктера. Діафрагмальне спонтанне дихання під час операції забезпечує зниження трансторакального тиску та зменшення частоти вентиляційно-перфузійних порушень на відміну від штучної вентиляції легень. Досить поширеною є думка, що створення пневмоперитонеуму унеможливає спонтанне дихання хворого, але це не так. Зусиль діафрагми цілком достатньо для подолання протидії пневмоперитонеуму, оскільки тиск, що створюється в черевній порожнині, становить лише 10-12 мм рт. ст., тоді як сила вдиху досягає 106 мм рт. ст. До того ж тиск газу на діафрагму сприяє підвищенню її скоротливості.

Показники газового складу крові до оперативного втручання та після накладання пневмоперитонеуму майже не змінювалися. Застосування запропонованого методу анестезії дозволяє швидко перейти на ентральне харчування, сприяє швидкій активізації

пацієнтів та скорочує терміни перебування у стаціонарі.

Про особливості комфортного для хворого анестезіологічного забезпечення мастектомії з приводу раку грудної залози розповів **доктор медичних наук, професор кафедри анестезіології та реаніматології Української військово-медичної академії Віталій Адамович Лисецький**.



— Основним завданням анестезіолога поряд з підтримкою гемодинаміки, газообміну, мікроциркуляції, метаболізму для адекватного функціонування життєво важливих органів і систем є забезпечення комфортного стану пацієнта під час та після операції. Це дуже важливо для хворих з онкологічною патологією, оскільки стрес чинить стимулюючу дію на ріст пухлини. На етапі передопераційної підготовки анестезіолог має враховувати такі чинники, як наявність попередньої хіміо- чи променевої терапії, страх перед майбутньою операцією, травматичність втручання, вікові зміни, супутні захворювання, прийом великої кількості препаратів з приводу супутньої патології. До операції слід провести психологічну підготовку, спрямовану на усунення стресу, страху перед операцією та побоювань щодо можливих ускладнень.

Уже понад 20 років ми виконуємо оперативні втручання на грудній залозі без штучної вентиляції легень, використовуючи лише внутрішньовенне знеболення. Це зумовлено тим, що інтубація подовжує вихід пацієнта з наркозу. Оскільки морфін і тіопентал натрію викликають післяопераційну депресію та загальмованість, рекомендуємо замінити тіопентал на пропофол, а від введення морфіну взагалі утриматися. У післяопераційному періоді показано застосування НПЗП, а у разі необхідності — їх комбінацій з опіоїдами. Як правило, призначають превентивне введення НПЗП, за годину до операції і протягом трьох діб після втручання.

З метою вивчення ефективності та безпеки післяопераційного знеболення за допомогою препаратів різних груп нами проаналізовано дані 442 пацієнток, з яких 146 отримували морфін, а 296 — НПЗП: 217 — кеторолак, 62 — декскетопрофен, 17 — парекоксид. Було з'ясовано, що післяопераційне знеболення за допомогою НПЗП має низку переваг перед застосуванням морфіну. Серед хворих, що передопераційно отримували морфін у перші 5 год після операції, на біль скаржилися 53% пацієнтів, на наявність ускладнень (порушення дихання, гіпотензію, нудоту, блювання) — 38%. При передопераційному використанні НПЗП у перші 5 год після операції біль турбував 17% хворих, тоді як ускладнення реєстрували в одиничних випадках. Таким чином, застосування НПЗП для післяопераційного знеболення є ефективним і безпечним.

Слід нагадати про доцільність широкого використання місцевих анестетиків при оперативних втручаннях з приводу онкологічної патології. Добре відомо, що зрошення післяопераційної рани перед ушиванням місцевим анестетиком (як правило, 0,25% розчином лідокаїну) достовірно зменшує ризик рецидиву пухлини.

Завідувач реанімаційного відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, **доктор медичних наук, професор Ігор Ростиславович Малиш** розповів про особливості надання медичної допомоги хворим з травматичним шоком в умовах масової госпіталізації, узагальнивши власний досвід лікування пацієнтів, що отримали ушкодження під час трагічних подій на Майдані Незалежності.



— Протягом 17-20 лютого до Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги було госпіталізовано 57 пацієнтів з тяжкими вогнепальними пораненнями. Надаючи допомогу цим пацієнтам, ми дотримувалися протоколів та стандартів системи ATLS (Advanced Trauma Life Support), що визначають алгоритм надання медичної допомоги при травмі, включаючи масову госпіталізацію пацієнтів з політравмою. Згідно з цими стандартами при надходженні сигналу про можливість масової госпіталізації травмованих мають бути підготовлені відділення невідкладної допомоги, операційні, банк крові, експрес-лабораторія, відділення інтенсивної терапії.

Перед відділенням невідкладної допомоги розгортається сортувальна бригада (30 секунд на хворого), завдання якої — відповідно до тяжкості пошкоджень направити пацієнта безпосередньо в операційну, у «червону» або «жовту» зону відділення невідкладної допомоги. До складу «жовтої» зони відділення невідкладної допомоги входять 10-15 бригад травматологів і хірургів, що діють автономно. Бригада «жовтої» зони після надання невідкладної (10-15 хв) допомоги ухвалює рішення про подальше направлення хворого — в «червону» зону, операційну чи хірургічне відділення. «Червона» зона складається з протишочкових палат (на 8 реанімаційних місць), де допомогу надають хірург, травматолог, нейрохірург, трансфузіолог, рентгенолог та анестезіолог з помічником. У «червоній» зоні необхідно підтримувати високу температуру повітря (таку, яку тільки може витримати персонал).

Важливим етапом надання допомоги є первинний огляд, що проводиться у протишочковій палаті. Його мета — негайно виявити та усунути всі загрози для життя пошкодження. Він включає такі етапи.

A (airways with spine control) — контроль прохідності дихальних шляхів та оцінка шийного відділу хребта: візуальна оцінка прохідності верхніх дихальних шляхів, аускультация легень, пальпаторна оцінка шийного відділу хребта.

B (breathing) — оцінка функції дихання: симетричність грудної клітки, парадоксальне дихання, симетричність дихальних шумів, наявність підшкірної емфіземи, виявлення напруженого чи відкритого пневмотораксу, а у разі його наявності — негайне усунення.

C (circulation) — оцінка кровообігу: частота та напруженість пульсу, ступінь наповнення яремних вен, ознаки зовнішньої чи внутрішньої кровотечі.

D (disability) — оцінка неврологічного дефіциту: ступінь порушення свідомості, реакція зіниць та їх розмір, наявність паралічів кінцівок, рівень спинального пошкодження.

E (exposure) — роздягання, підготовка до вторинного огляду.

Лабораторні дослідження на цьому етапі не проводять. Після первинного огляду виконують ультрасонографію з метою виключення кровотечі в черевну, плевральну порожнину та порожнину перикарда, визначення цілісності внутрішніх органів.

Відповідальним моментом лікування травматичного шоку є ініціальна ресусцитація — інтенсивна терапія до зупинки кровотечі хірургічним шляхом. На сьогодні нами впроваджено більшість європейських рекомендацій щодо ведення пацієнтів з політравмою за 2013 рік, про які варто розповісти більш детально.

У травмованих хворих за відсутності загрози включення головного мозку показана нормовентиляція. Однак лікарі під час проведення ресусцитації часто підсвідомо гіпервентилюють пацієнтів. Такі дії



зумовлюють підвищення рівня летальності. Гіпервентиляція та гіпокапія призводять до посилення вазоконстрикції, зниження мозкового кровообігу та порушення тканинної перфузії при черепно-мозковій травмі (ЧМТ).

Рекомендується в період ініціації виконувати штучну вентиляцію легень низькими дихальними об'ємами (ДО) – <6 мл/кг. Високий ДО є незалежним фактором ризику пошкодження легень навіть у пацієнтів без травми легень. Штучна вентиляція легень великим ДО протягом 5 год зумовлює розвиток синдрому гострого легеневого пошкодження. Раннє використання проєктивної вентиляції з низькими ДО та помірним рівнем позитивного тиску в кінці видиху показано у хворих з масивною крововтратою, у яких ризик розвитку синдрому гострого легеневого пошкодження є дуже високим.

Для первинної оцінки ступеня вираження крововтрати не варто використовувати лабораторні показники. Слід орієнтуватися на клінічні дані, анатомічну локалізацію пошкоджень, механізм травми та відповідь пацієнта на ініціюючу ресусcitaцію. Якщо наявне проникаюче ножове чи вогнепальне поранення тулуба, яке розташоване медіальніше середньоключичної лінії чи проєктується на серце, судини шиї та черевної порожнини, необхідно розцінювати це як масивну крововтрату і призначати відповідну інфузійну терапію.

Візуалізацію здійснюють шляхом проведення соннографії безпосередньо в протишоківій палаті з метою виключення наявності вільної рідини в черевній та грудній порожнині.

У гемодинамічно нестабільних пацієнтів з наявністю вільної рідини в черевній порожнині показано термінове хірургічне втручання. У гемодинамічно стабільних пацієнтів з рівнем систолічного артеріального тиску понад 90 мм рт. ст. для детальної локалізації пошкоджень візуалізацію можна доповнити комп'ютерною томографією.

Не рекомендується вважати однократне визначення рівня гемоглобіну лабораторним маркером наявності чи відсутності кровотечі. Зниження рівня гемоглобіну в динаміці може свідчити про кровотечу, що триває, однак у пацієнтів навіть зі значною кровотечею рівень гемоглобіну може залишатися стабільним. Достовірним маркером вираженості кровотечі і тяжкості шоку слід вважати рівень лактату сироватки крові та рівень дефіциту буферних основ. При проведенні ресусcitaції травмованих хворих цільовим рівнем гемоглобіну є 70-90 г/л.

У пацієнтів без ЧМТ доцільно підтримувати систолічний артеріальний тиск на мінімально допустимому рівні – 80-90 мм рт. ст. до зупинки кровотечі хірургічним шляхом. У хворих з геморагічним шоком, тяжкою ЧМТ і рівнем свідомості за шкалою коми Глазго менше 8 балів рекомендовано підтримувати середній артеріальний тиск вище 80-90 мм рт. ст.

Раніше під час надання допомоги травмованим пацієнтам широко використовували ранню та агресивну полегшувану ресусcitaцію будь-якими розчинами з метою відновлення об'єму циркулюючої крові та підтримки адекватної тканинної оксигенації. Однак такі дії можуть призвести до зростання гідростатичного тиску в рані, що підвищує ризик дислокації утвореного згустка та відновлення кровотечі, ділюції факторів коагуляції, розвитку гіпотермії. Згідно з даними ретроспективного аналізу лікування 776 734 травмованих хворих результати лікування пацієнтів, яким на догоспітальному етапі проводили внутрішньовенну інфузію у великих обсягах, виявилися гіршими порівняно з хворими, яким інфузію не проводили. Тому не слід рутинно застосовувати внутрішньовенну інфузію на догоспітальному етапі у всіх травмованих пацієнтів.

Важливим питанням є вибір розчинів для проведення волемічної ресусcitaції. У травмованих з геморагічним шоком з метою проведення ініціальної волемічної ресусcitaції рекомендовано застосовувати тільки кристалоїди. У хворих з ЧМТ категорично забороняється використовувати гіпотонічні розчини.

У гемодинамічно нестабільних травмованих пацієнтів у разі відсутності відповіді на полегшувану терапію для підтримки необхідного рівня артеріального тиску дозволяється застосовувати препарати з вазопресивним та інотропним ефектами.

Важливо ще на догоспітальному етапі (з перших хвилин травми) призначати антифібринолітичні засоби (транексамову кислоту), що дозволяє утримати на місці утворені кров'яні згустки та попередити рецидив кровотечі. У пацієнтів із кровотечею транексамову кислоту вводять у навантажувальній дозі 1 г протягом 10 хв і 1 г протягом наступних 8 год.

Використовуючи наведений алгоритм сортування, діагностики та лікування, ми досягли досить успішних результатів. Померли лише двоє пацієнтів, що мали несумісні з життям пошкодження (вогнепальне поранення в голову з пошкодженням сагітального синусу та масивною кровотечею, вогнепальне поранення грудної клітки з близької відстані з пошкодженням магістральних судин).

Про особливості корекції системної гемодинаміки та гемостазу у пацієнтів з внутрішньочерепною гіпертензією розповів **доцент кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, медичних невідкладних станів та кардіохірургії Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, кандидат медичних наук Андрій Миколайович Клесников.**



– Білок S100 вважається маркером потенційного пошкодження головного мозку. Підвищення його рівня у спинномозковій рідині та сироватці крові починається в перші 8 год після спонтанних субарахноїдальних кровотеч, геморагічних інсультів та травматичних пошкоджень мозку. Рівень білка S100 корелює з тяжкістю патології (рівень >0,3 мкг/л асоційований із несприятливим результатом).

Цилярний нейротрофічний фактор (CNTF) належить до сімейства нейротрофічних цитокінів, які регулюють фенотип нейромедіаторів, диференціювання гліальних і попередників нервових клітин, і сприяє виживанню диференційованих нейронів. Визначаючи рівень цього маркера, можна схарактеризувати потенціал захисту нейронів.

У представленому проспективному дослідженні оцінювали стан процесів запалення нейрорегенерації і нейродегенерації у пацієнтів з внутрішньочерепною гіпертензією залежно від застосовуваної анестезії. Для цього визначали динаміку рівня медіаторів запалення (IL-1, IL-2, TNF, CRP), нейродегенерації (білок S100), нейрорегенерації (цилярний нейротрофічний фактор) у дітей та дорослих із синдромом внутрішньочерепної гіпертензії, зумовленої гідроцефалією, тяжкою ЧМТ та супратенторіальними пухлинами. Було обстежено 658 дорослих і 464 дітей, які були прооперовані з приводу гострого або хронічного ураження ЦНС, та 40 дітей різних вікових груп для отримання даних групи порівняння.

Кожну з груп було розподілено ще на дві підгрупи залежно від поєднання компонентів анестезії:

- **стандартної анестезії** (тіопентал натрію, пропофол у комбінації з фентанілом) чи інгаляційної анестезії (севофлоран у комбінації з фентанілом) у вікових дозуваннях;

- **модифікованої анестезії**, при якій застосовували поєднання компонентів анестезії залежно від стану стрес-системи: ТВА ± оксидутират натрію 20% (5-10 мг/кг), ± кетамін (0,05 мг/кг/год); ІА ± оксидутират натрію 20% (5-10 мг/кг), ± кетамін (0,05 мг/кг/год не більше 125 мг) чи дексметомідин (0,5-1,0 мг/кг). Пропофол використовували в дозуванні не більше 1 мкг/кг/год.

Премедикація в досліджуваних групах не відрізнялася.

Було виявлено, що застосування модифікованої анестезії супроводжується зниженням рівня білка S100 та підвищенням рівня цилярного нейротрофічного фактора у дорослих та дітей. Це свідчить про переваги запропонованого методу анестезії у пацієнтів з внутрішньочерепною гіпертензією.

Також було встановлено зв'язок між підвищенням рівня IL-6 і TNF та підвищенням рівня білка S100 і зниженням рівня цилярного нейротрофічного фактора в післяопераційному періоді.

Отримані дані потребують подальшого вивчення, патофізіологічного та клінічного обґрунтування.

Професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії з післядипломною підготовкою Одеського державного медичного університету, доктор медичних наук Олександр Олександрович Буднюк розповів про особливості лікування тромбоцитопенії в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) у хворих акушерського та неакушерського профілю.



– Тромбоцитопенії – це група захворювань, за яких кількість тромбоцитів становить менше $150 \times 10^9/\text{л}$ при двократному вимірюванні:

I клас – $<50 \times 10^9/\text{л}$;

II клас – $50-100 \times 10^9/\text{л}$;

III клас – $100-150 \times 10^9/\text{л}$.

Між кількістю тромбоцитів і клінічною симптоматикою

існує певна залежність: від 10 до $30 \times 10^9/\text{л}$ – спонтанні крововиливи, характерні кровотечі зі слизових оболонок, високий ризик внутрішньочерепних крововиливів, що особливо небезпечно для пацієнток акушерського профілю.

На сьогодні не існує чітких даних щодо ризику виникнення кровотечі у хворих із тромбоцитопенією у поєднанні з АГ.

Метою нашої роботи було виявити фактори ризику розвитку геморагічних ускладнень та підвищити якість інтенсивної терапії у пацієнтів з тромбоцитопенією у поєднанні з АГ. Нами проаналізовано результати лікування 32 пацієнтів: контрольна група ($n=17$) – хворі з тромбоцитопенією I класу без АГ, основна група ($n=15$) – хворі з тромбоцитопенією I класу в поєднанні з АГ різного ступеня. До цієї групи увійшли пацієнтки з HELLP-синдромом ($n=6$), гострим лейкозом ($n=4$), хронічним захворюванням нирок ($n=2$), тромбоцитопенічною пурпурою ($n=3$).

Хворі контрольної групи отримували терапію згідно з клінічним протоколом лікування тромбоцитопенічної пурпури. У половини цих пацієнтів виконували хірургічну спленектомію. Хворим основної групи призначали антигіпертензивні препарати (сульфат магнію, урапідил), гемостатичні препарати (тромбоконцентрат, свіжозаморожена плазма).

Для контролю лікування проводили загальний аналіз крові, коагулограму, біохімічний аналіз крові, комп'ютерну томографію головного мозку. Функціональну активність тромбоцитів не визначали у зв'язку з недоступністю методики. У контрольній групі було виявлено 17 випадків легких геморагічних ускладнень (шкірні прояви у вигляді петехій та екхімозів), в основній групі – 15 випадків легких геморагічних ускладнень та 12 випадків тяжких геморагічних ускладнень (табл.).

Таблиця. Структура геморагічних ускладнень		
Ускладнення	Хворі акушерського профілю	Хворі неакушерського профілю
Геморагічний інсульт	2 (28,6%)	7 (87,5%)
Гемоторакс	1 (14,3%)	–
Легенева кровотеча	1(14,3%)	–
Не виявлено	3 (42,8%)	1 (12,5%)
Разом	7 (100%)	8 (100%)

Таким чином, поєднання тромбоцитопенії I класу ($38,1 \pm 4,1 \times 10^9/\text{л}$) з АГ II-III ступеня у хворих акушерського та неакушерського профілю є фактором ризику виникнення тяжких геморагічних ускладнень. Частота цих ускладнень у пацієнтів з поєднанням тромбоцитопенії I класу з АГ II-III ступеня акушерського та неакушерського профілю становила 57,2 та 87,5% відповідно.

Обов'язковим компонентом інтенсивної терапії цієї категорії хворих є своєчасна й ефективна антигіпертензивна та гемостатична терапія з додаванням тромбоконцентрату та свіжозамороженої плазми. У пацієнток з HELLP-синдромом необхідне своєчасне розродження шляхом кесаревого розтину.