

Полінчук І.С., Гардубей Є.Ю., Малахов П.С., Полінчук І.М., Сидорко Ю.В.,
Турияця С.В., Цимбал Ю.Ф., Арбузова В.О., Степаненко П.П.

СУЧАСНА ПАРАДИГМА АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ

Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є.Карабелеша

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Кількість ускладнень, що закінчилися смертю пацієнта: у Великій Британії – 1 на 185000 анестезій, США – 1:200000, Австралії – 1:26000, Франції – 1:13000, Данії – 1:2500 [1]. Прогнозування і профілактика ускладнень – запорука безпеки пацієнтів, що і стало приводом для проведення дослідження.

МЕТА РОБОТИ

Підвищення безпеки пацієнтів в періопераційному періоді в плановій хірургії. Для досягнення цієї мети поставлені завдання: визначити безпечний обсяг обстежень перед плановим оперативним втручанням, категорії пацієнтів, яких можна безпечно оперувати під загальною або проводниковою анестезією в стаціонарі одного дня (СОД), критерії безпечної виписки пацієнтів додому із СОД, вивчити епідеміологію ожиріння в плановій хірургії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено у ВАІТ КЗ «ХМКЛ ім. Є.Є.Карабелеша» у 2007-2017 рр., використані лабораторні, клінічні, психофізіологічні (тест Халстеда-Рейтана), статистичні методи, методика статусметрії по Шифрину Г.А. [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Проведено дослідження прогнозованих та не прогнозованих періопераційних ускладнень. Створено та затверджено наказом по лікарні Локальний клінічний протокол (ЛКП) «Стандарт обстеження пацієнтів перед плановим оперативним втручанням» (2008), який включає різнобічні дослідження, консультації суміжних фахівців, тромбпрофілактику.

Визначені безпечні межі лікування в умовах СОД. Статусметрія використана (до та через 6 год. після операції) для оцінки стану 335 пацієнтів (18-84 роки), що були прооперовані з приводу: пахових та пупкових гриж (n=143),

варикозної хвороби нижніх кінцівок (n=102), геморою (n=90). Результати показали, що в умовах СОД з високим рівнем безпеки можна оперувати пацієнтів з системними розладами I-II класу за шкалою ASA.

Проведено дослідження, результатом якого стала розробка інтегральної Шкали безпечної виписки (ШБВ), що також формалізована у вигляді ЛКП та Пат. UA №45910 A61K 9/00. Технологія ШБВ, що розроблена для СОД, ефективно використовується і в інших випадках, наприклад, при вирішенні питання про виписку пацієнтів після ендоскопічних досліджень (ФЕГДС, ФКС) під загальною анестезією.

Досліджено поширеність ожиріння, як предиктора періопераційних ускладнень, у планових хірургічних пацієнтів (n = 959), нормальну масу тіла мали 22,42% чол., ожиріння I ст. – 22,73 %, II – 29,72%, III – 18,04%, IV – 7,09%.

ВИСНОВКИ

1. Обсяг досліджень перед плановим оперативним втручанням повинен максимально забезпечити пацієнта протягом періопераційного періоду.
2. В умовах СОД з високим рівнем безпеки можна оперувати пацієнтів з системними розладами I-II класу за шкалою ASA.
3. ШБВ – ефективна методика для умов СОД.
4. Поширеність ожиріння серед планових хірургічних пацієнтів – 77,58%, що вимагає проведення тромбпрофілактики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айткененд А. Поддержание стандартов лечения и ответственность анестезиолога // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций, пер. с англ., Архангельск-Тромсё, 1997. – С. 17-24.
2. Шифрин Г.А. Организация и стандартизация интенсивной терапии и обезболивания. Практическое руководство. – 3. ВПК «Запоріжжя», 2001. – 80 с.

УДК 616.231-089.819.3

Полінчук І.С., Полінчук І.М.

ПРОБЛЕМА СКЛАДНОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є.Карабелеша

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Складна інтубація трахеї (СІТ) – актуальна проблема анестезіологічної практики. Частота СІТ – 3:1000 (наказ МОЗ України від 03.07.2006 №430 – Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим зі складною інтубацією трахеї), за даними M.Janssens (2000): в хірургії – 4%, акушерстві – 8%.

МЕТА РОБОТИ

Підвищення якості медичної допомоги пацієнтам хірургічного профілю шляхом прогнозування та вирішення проблеми СІТ. Поставлені завдання: вивчити структуру пацієнтів планової хірургії за предикторами СІТ, якими є вік, індекс маси тіла (ІМТ), фізичний статус, деякі анатомо-топографічні показники; порівняти прогнозовану кількість СІТ з фактичною, з'ясувати наявність гендерного предиктора СІТ, проаналізувати ефективність деяких технологій при СІТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено у ВАІТ КЗ «ХМКЛ ім. Є.Є.Карабелеша» у 2014 – 2017 рр. з використанням методів

епідеміологічного, демографічного, статистичного аналізів. За цей час прооперовано 959 чол. з приводу хронічного калькульозного холециститу, вентральної грижі. ІМТ визначали за формулою: $m \text{ (кг)} / h^2 \text{ (м)}$, фізичний статус пацієнтів – за шкалою ASA: I – здоровий пацієнт; II – легкі системні захворювання (ІМТ ≥ 40); III – субкомпенсовані системні захворювання (ІМТ ≥ 40); IV – декомпенсовані системні захворювання; анатомо-топографічні показники – за шкалою Mallampati, тіроментальною дистанцією (ТМД), N – не $< 6,5$ см, стерноментальною дистанцією (СМД), N – не $< 12,5$ см. При СІТ були використані: інтубація трахеї при збереженій свідомості; різні за розмірами клинки ларингоскопа, BURP-маневр, фібробронхоскопія (ФБС).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Всього пацієнтів – 959 чол.: 237 чоловіків (24,71%), 722 жінок (75,29%). Розподіл за предикторами СІТ: вік > 55 років – 385 чол. (40,15%); ІМТ > 26 – 744 чол. (77,58%); шкала ASA (III-IV) – 211 чол. (22,00%); шкала Mallampati (III-IV клас) – 278 чол. (28,99%); ТМД – 228 чол. (23,77%); за СМД – 266 чол. (27,74%). Всього СІТ – 214 (22,31%),

© Полінчук І.С., Гардубей Є.Ю., Малахов П.С., Полінчук І.М., Сидорко Ю.В., Турияця С.В., Цимбал Ю.Ф., Арбузова В.О., Степаненко П.П., 2018

© Полінчук І.С., Полінчук І.М., 2018

з них 42 випадки (19,63%) непрогнозовані. Інтубація трахеї при збереженій свідомості використана двічі (0,93%), в решті випадків – повторна інтубація трахеї з використанням різних клінік ларингоскопа, BURP-маневр. В 21 випадку (2,19% від загальної кількості інтубацій трахеї) ці заходи були неефективними (жінки: 15 – 71,43%, чоловіки: 6 – 28,57%). Єдиним виходом при цьому була ФБС, під час якої фібробронхоскоп використовувався в якості провідника для інтубаційної трубки.

ВИСНОВКИ

1. Прогнозована кількість СІТ виявилась вищою від фактичної, в 19,63% випадків СІТ була не прогнозованою.

2. В 193 з 214 випадків (90,19%) проблема СІТ була вирішено за допомогою допоміжних технологій, в 21 (9,81%) – ФБС була єдиним ефективним засобом.

3. Питома вага використання ФБС при СІТ у групі чоловіків становила 2,53%, у групі жінок – 2,08%, що підтвердило гендерний предиктор СІТ (Langeron, 2000).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Трудная интубация трахеи: современные методы решения / Е.Н.Клигуненко, О.В.Лященко, В.В.Ехалов [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2017. – №5 (84). – С. 61-64.
2. Матолінець Н.В. Досвід проведення відеоларингоскопії при інтубації трахеї за екстремними показаннями в практиці лікаря-анестезіолога / Н.В. Матолінець, Ю.О. Яськів, М.В. Шитко // Pain, Anaesthesia & Intensive Care. – 2017. – №2 (79). – С. 57-62.

УДК 618.2:616-005.1-085:612.115

Седінкін В.А., Клигуненко О.М.

ВПЛИВ КОНЦЕНТРАТУ ПРОТРОМБІНОВОГО КОМПЛЕКСУ НА ПОКАЗНИКИ ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ГОСТРІЙ АКУШЕРСЬКІЙ КРОВОВТРАТІ

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та МНС ФПО, м. Дніпро

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Масивна крововтрата в акушерстві часто є причиною розвитку дилуційної коагулопатії та неконтрольованої коагулопатичної кровотечі. Зазначені ускладнення в перипаритальному періоді є однією з основних причин розвитку синдрому поліорганної недостатності (СПОН) та призводять до значного підвищення тривалості госпіталізації у відділенні інтенсивної терапії [1]. В даний час багато клініцистів розглядають концентрат протромбінового комплексу (КПК) як серйозну альтернативу застосуванню СЗП при коагулопатіях, обумовлених печінковою недостатністю, та кровотечах різної етіології [2, 3].

МЕТА РОБОТИ

Оцінити стан гемодинаміки, водних секторів, гомеостазу, частоту і тяжкість клінічних проявів СПОН при застосуванні КПК в лікуванні гострої акушерської крововтрати.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Після схвалення дизайну дослідження етичним комітетом обстежено 248 жінок (2006-2017 рр.), у яких пологи або ранній післяпологовий період ускладнився гострою важкою крововтратою з дефіцитом ОЦК 40-60%. Залежно від особливостей інтенсивної терапії (ІТ) пацієнтки були розділені на 2 групи. В 1 групі (n=150) проводилась стандартна ІТ гострої крововтрати, згідно клінічним протоколам МОЗ України (№782 від 29.12.2005 р. та №205 від 24.03.2014 р.). В 2 групі (n=98) в лікування був доданий КПК (Октаплекс, 1000-1500 МО). Групи були порівнянні за демографічними показниками, терміном розродження, об'ємом крововтрати. Оцінювали: кількість еритроцитів, гемоглобін, гематокрит, ПІ, АЧТЧ, фібриноген; водні сектори організму (загальний об'єм рідини, об'єм позаклітинної, внутрішньоклітинної та інтерстиціальної

рідини) неінвазивно – інтегральним імпульсним методом; клінічні признаки СПОН. Точки контролю: 12 годин, 1, 3, 5, 7, 10, 14 і 28 доба після пологів. Оцінка вірогідності проводилась за t-критерієм Ст'юдента.

РЕЗУЛЬТАТИ

При використанні КПК відзначено зменшення на 24,5% (p<0,01) загального об'єму інфузійно-трансфузійних середовищ; зменшення на 22% (p<0,01) об'єму введеної плазми та на 9,1% (p<0,05) об'єму еритроцитів. Також спостерігалось зниження частоти (в 5,1 разів, p<0,01) і тривалості вазопресорної підтримки (на 1,5 доби, p<0,01), ШВЛ (в 5,7 разів, p<0,01), скорочувалася як кількість пацієнток, які потребували замісної ниркової терапії (в 2,9 разів, p<0,01), так і тривалість останньої (на 1,7 доби, p<0,01). Більш ніж в 2 рази скорочувалася частота проявів гастроінтестинальної недостатності. Рівні ПІ та фібриногену відповідали нормі к кінцю 1 доби лікування.

ВИСНОВКИ

1. Застосування КПК в програмі ІТ гострої крововтрати формує рестриктивний тип поповнення дефіциту ОЦК, що забезпечує достовірне зниження частоти клінічних проявів СПОН.

2. КПК запобігає розвитку та прогресуванню коагулопатії при лікуванні гострої акушерської крововтрати.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Sohn C.H. Disseminated Intravascular Coagulation in Emergency Department Patients With Primary Postpartum Hemorrhage / C.H. Sohn, S.R. Kim, Y.J. Kim // Shock. – 2017. – Vol. 48 (3). – P. 329-332.
2. Collis R.E. Haemostatic management of obstetric haemorrhage / R.E. Collis, P.W. Collins // Anaesthesia. – 2015. – Vol. 70. – P. 78-86.
3. Peyvandi F. Future of coagulation factor replacement therapy / F. Peyvandi, I. Garagiola, S. Seregni // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2013. – Vol. 11(Suppl. 1). – P. 84-98.

УДК 618.5-089.888.61-089.5%§612.13-047.36

Середенко Н.П.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПОРОДІЛЛІ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ РОЗРОДЖЕННІ

Коливання показників центральної гемодинаміки (ЦГ) під час кесаревого розтину (КР) свідчать про недостатній рівень анестезіологічного захисту, можуть привести до зниження резервів системи кровообігу жінки та негативно вплинути на стан дитини [1,2].

Мета роботи: оцінка стану та зміни основних показників ЦГ в умовах різних методів анестезіологічного забезпечення операції КР.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

90 вагітних, які надійшли до розродження до КЗОЗ «Харківський міський клінічний будинок №6» розподілені на 3 групи. Група I (n=30) КР проводився в умовах загальної анестезії (ЗА) з використанням кетаміна, група II (n=30) – в умовах ЗА з тіопенталом натрію, група III (n=30) – в умовах спінальної анестезії (СА) з інтра-текальним введенням 0,5% розчину бупівакаїну. Вивча-

© Седінкін В.А., Клигуненко О.М., 2018

© Середенко Н.П., 2018