

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 парацетамолу, 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-