

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ІНФУЗІЇ ПРОПОФОЛУ ЗА ЦІЛЬОВОЮ КОНЦЕНТРАЦІЄЮ З МЕТОЮ СЕДАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Корвач Х.О.

Науковий керівник: ас. Белка К.Ю.

Завідувач кафедри: проф. Глумчер Ф.С.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця м. Київ

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Мета дослідження. Важкохворим пацієнтам протягом лікування у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) проводять маніпуляції та втручання, що потребують медикаментозної седації для забезпечення комфорту пацієнта та попередження гемодинамічних, респіраторних ускладнень, розвитку станів ажитації, делірію, гіпералгезії тощо. Одним з найпоширеніших препаратів для седації в Україні та світі є пропофол, загальний анестетик з коротким періодом напіввиведення та добре керованим ефектом седації та анестезії. Нещодавно в Україні стали доступними системи для дозованого введення пропофолу з підтримкою постійної концентрації його в плазмі крові та органі-ефекторі (головний мозок) пацієнта. Основним механізмом даної системи є встановлення заданої концентрації в органі-ефекторі, що забезпечує швидке досягнення та підтримку заданого рівня седації. Застосування систем для інфузії пропофолу за цільовою концентрацією може покращити керованість седації та зменшити частоту ускладнень седації у пацієнтів ВІТ. Нашою метою було порівняти ефективність та безпечність внутрішньовенної (ВВ) інфузії пропофолу для седації пацієнтів ВІТ з використанням звичайного шприцевого насоса та системи для седації за цільовою концентрацією.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на клінічній базі кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ імені О.О. Богомольця, у клініці «Борис». У дослідження були включені пацієнти ВІТ, які були заінтубовані та отримували респіраторну підтримку у контрольованому режимі вентиляції, та потребували седації з метою адаптації до респіраторної підтримки. Пацієнтам групи 1 - проводили ВВ інфузію пропофолу шприцевим насосом в дозі 1-4 мг\кг\год, пацієнтам групи 2 – ВВ інфузію пропофолу за цільовою концентрацією 1-3 мкг/мл в органі-ефекторі (головний мозок), швидкість ВВ інфузії та цільову концентрацію, встановлював лікар-інтенсivist для пацієнтів відповідних груп в залежності від досягнутих цілей седації. Для всіх пацієнтів цільовим рівнем седації була кількість балів за шкалою Річмонда (RASS) від -2 до 0. Результати подані як медіана та 25-75 перцентилі у квадратних дужках.

Отримані результати. У дослідження було включено 23 пацієнта (12 в групу 1 та 11 в групу 2), групи не мали статистичної відмінності за віком, статтю та важкістю стану пацієнтів. За результатами порівняльного дослідження ефективності седації, групи достовірно відрізнялись за тривалістю цільового рівня седації – 67 [54-72] % проти 82 [71-89] % часу в цільовій седації у групах 1 і 2 відповідно ($p<0,05$); тривалістю часу недостатньої седації – 13 [10-15] проти 8 [5-9] % часу ($p<0,05$); надмірної седації – 20 [16-30] проти 12 [7-20] % часу ($p<0,05$). Комунікація з пацієнтами групи 1 була достовірно гіршою порівняно з пацієнтами групи 2 – 6 [4-7] проти 8 [7-9] балів за 10-бальною рейтинговою шкалою ($p<0,05$). За результатами порівняння безпечності групи достовірно не відрізнялись за частотою ускладнень, проте пацієнти групи 2 мали тенденцію до зменшення частоти гіпотензії та брадикардії. Так, інцидентність гіпотензії у групі 1 складала 5/12 (42%), у групі 2 – 2/11 (18%), ($p=0,64$), а брадикардії 2/12 (16%) проти 1/11 (9%) в групах 1 та 2 відповідно ($p=1,0$).

Висновки. Застосування ВВ інфузії пропофолу за цільовою концентрацією у органі-ефекторі (головному мозку) може бути більш ефективним для досягнення цільового рівня седації пацієнтів ВІТ, що отримують респіраторну підтримку, у порівнянні з традиційною ВВ інфузією пропофолу.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ОДНОПОРТОВОГО ДОСТУПУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Кравченко Б.С.

Науковий керівник: проф. Клименко В.М.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської хірургії

Мета. Оцінити ефективність і можливість використання лапароскопічного трансумбілікального однопортового доступу у хворих з грижами передньої черевної стінки.

Матеріали та методи. За період з жовтня 2015 по квітень 2016 року прооперовано 11 хворих з паховими грижами. З них чоловіків - 10, жінок - 1. Середній вік склав 47 років. Лівобічні пахові грижі

спостерігалися у 5 пацієнтів, правбічні - у 3, двосторонні - у 4, у 2 -рецидивні пахові грижі. Середня тривалість хвороби від початку клінічних проявів - 3 роки. В усіх пацієнтів відзначена пупкова грижа.

Результати. Всім хворим виконувалась операція TAPP з використанням лапароскопічного трансумбілікального SILS - доступу, лапароскопічного герніостеплера «Covidien» і поліпропіленового сітчастого трансплантата. Дефект пупкового кільця усувався за допомогою поліпропіленового сітчастого трансплантату за методики Sublay. Середня тривалість операції 64 - хвилини. Конверсій і ускладнень під час операції не було. Післяопераційне знеболювання досягалося введенням НПЗЗ в першу добу після операції. Дизуричні розлади не відзначалися. Активізація пацієнтів починалась на наступну добу. На 2-3 добу проводився УЗД контроль післяопераційної зони, у 1 пацієнта виявлена параумбілікальна гематома, яка евакуйована за допомогою УЗД. Усі пацієнти оглянуті через 1 місяць після операції - ускладнень немає, больовий синдром не турбує, відмінний косметичний результат.

Висновок. Виконання TAPP с використанням SILS порту може бути використано в якості альтернативного методу лікування у хворих з грижами черевної стінки різної локалізації.

ГЕМАТОТОКСИЧНОСТЬ ОСНОВНЫХ СХЕМ ХТ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Крутогуз А.С., Бондаренко В.С.

Научный руководитель: доц. Завизион В.Ф.

Государственное заведение «Днепропетровская медицинская академия»

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди онкологических заболеваний женщин (16% всех случаев рака). Но современные схемы лечения позволяют добиться выраженного клинического эффекта у 50—80% пациенток с этим диагнозом. Основным методом лечения является химиотерапия. Однако этот метод не обладает опухолевой специфичностью, поэтому воздействует также и на здоровые органы и ткани. При этом в наибольшей степени страдает костный мозг, который является важнейшим органом кроветворной системы. Миелотоксический эффект проявляется редукцией всех трех ростков миелопоэза (грануломоноцитарного, эритроцитарного, мегакариоцитарного). Гематологические осложнения противоопухолевой ХТ разной степени выраженности встречаются у 88% больных онкологического профиля. Факторы, влияющие на глубину и частоту подавления гемопоэза, обусловлены: 1) резервом кроветворения, на который влияют предшествующие облучение или ХТ, наличием метастазов в костном мозгу, возрастом пациента, степенью истощения больного; 2) типом, дозами и методами введения используемых химиотерапевтических препаратов, интервалами между курсами ХТ и соматическим статусом пациента.

Цель работы: изучить гематотоксичность основных схем ХТ РМЖ

Материалы и методы: Был проведен поиск литературы по темам: анемия при лечении РМЖ, тромбоцитопения при лечении РМЖ, лейкопения при лечении РМЖ, показания к прекращению химиотерапии, лечение гематологических осложнений после химиотерапии. Проведен анализ доступных клинических исследований женщин с гематологическими осложнениями после ХТ. Проведен анализ клинических исследований по осложнениям основных схем ХТ при РМЖ и сделаны выводы о их гематотоксичности.

Результаты: По доступным источникам, наименее гематотоксичной является ХТ по схеме FAS, в большинстве случаев лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения III–IV степени к очередному курсу ХТ по схеме FAS не определялась, что не требовало отсрочки курсов лечения и редукции доз химиопрепаратов. Наиболее гематотоксичной является схема CMF, а именно метотрексат, является одной из самых токсичных для всех ростков кроветворения и требует дополнительной коррекции осложнений с приостановкой ХТ.

Выводы: Анализ данных клинических исследований показали, что наименее гематотоксичной схемой ПХТ РМЖ является схема FAS, а наиболее CMF.