

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ  
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

**(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)**

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

**18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.**

**30 ТРАВНЯ 2018 р.**

**М. ЗАПОРІЖЖЯ**

## **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ**

**Голова оргкомітету:** ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

**Заступники голови:** проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

**Члени оргкомітету:** проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

**Секретаріат:** Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

## АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРІОПЕРАЦІЙНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Воротинцев С. І.

Запорізький державний медичний університет

**Вступ.** В сучасному суспільстві ожиріння визнається найбільш поширеною метаболічною хворобою, яка досягає масштабів епідемії. Для хірургічних пацієнтів з ожирінням існує черга неоднозначно вирішених питань щодо: забезпечення прохідності дихальних шляхів під час інтубації та екстубації трахеї, неінвазивного періопераційного моніторингу центральної гемодинаміки та вентиляції, технік зниження опіоїдного навантаження та Fast-track анестезії, застосування ультразвуку при виконанні різних інтервенцій, оцінки волемічного статусу та його корекції, тромбопрофілактики та контролю за гемостазом після операції. **Мета дослідження:** покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів з супутнім ожирінням шляхом оптимізації технологій анестезії та періопераційної інтенсивної терапії (ІТ). **Матеріали і методи.** Після погодження протоколу дослідження комісією з питань біоетики при ЗДМУ та підписання пацієнтами інформованої згоди, в період з 2010 року по 2018 рік, було проведено низку досліджень щодо оцінки впливу різних технік анестезії, моніторингу та ІТ у пацієнтів з ожирінням при різних хірургічних втручаннях. Використовували загально-клінічні, бальні, візуальні, лабораторні, інструментальні та ультразвукові методи дослідження. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми Statistica for Windows. **Результати.** Проаналізовано дані 454 пацієнтів. На виборці з 40 пацієнтів доведено, що використання ультразвукової (УЗ) підтримки при катетеризації внутрішньої яремної вени (VJI) середній час процедури зменшується з  $54 \pm 99,4$  сек. до  $27,1 \pm 26,5$  сек. ( $p < 0,01$ ), кількість спроб – з  $2,6 \pm 2,9$  до  $1,1 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ), кількість ускладнень – з 40% до 0% ( $p < 0,001$ ), а успішність збільшується з 80% до 100% ( $p < 0,01$ ). На виборці з 23 пацієнтів показано, що УЗ підтримка перед виконанням пункції та катетеризації епідурального простору (ЕП) дозволяє точно визначити глибину до ЕП та місце пункції на шкірі у 100% пацієнтів ( $p < 0,001$ ), а оптимальний кут нахилу голки - у 67% пацієнтів ( $p < 0,01$ ). На виборці з 24 пацієнтів визначено, що інтубація трахеї при свідомості, за допомогою інтубуючої ларингеальної маски (ІЛМА), є успішною в 100% випадків ( $p < 0,001$ ), виконується в середньому за  $66 \pm 42$  сек, не призводить до значущого дискомфорту у 66% пацієнтів ( $p < 0,05$ ) та характеризується відсутністю розладів оксигенації у 100% пацієнтів ( $p < 0,001$ ). При порівнянні методів топічної анестезії для інтубації трахеї при свідомості через надгортанні повітроводи у 27 пацієнтів доведено, що як трансларингеальна ін'єкція (TLI) анестетика, так і вприскування анестетика на голосові зв'язки, за допомогою непрямої ларингоскопії (ІЛ), є однаково ефективними методиками, але з меншою інцидентністю геморагічних ускладнень при ІЛ, ніж при TLI (2 (17%) випадків проти 11 (79%) випадків відповідно,  $p < 0,05$ ). На виборці з 60 пацієнтів показано, що використання капнометрії після абдомінальних операцій дозволяє зафіксувати диспное у 100% пацієнтів ( $p < 0,001$ ), але на протязі 2 годин після комбінованої епідуральної-загальної анестезії (КЕЗА) кількість епізодів диспное була вдвічі меншою, ніж після тотальної внутрішньовенної анестезії (ТВА): 5 (2-7) випадків проти 10 (8-13) випадків відповідно ( $p < 0,05$ ). Додаткове

застосування у 20 пацієнтів передопераційної протекції та оксигенації дихальних шляхів через назофарингіальний повітровід дозволило підтримувати достатню оксигенацію до 4 хвилин періоду апное у 85% пацієнтів ( $p < 0,05$ ), а після операції – попередити обструкцію дихальних шляхів у 100% пацієнтів ( $p < 0,001$ ). На виборці з 56 пацієнтів визначено, що КЕЗА із використанням інгаляційного анестетика севофлурана може вважатись Fast-track анестезією в лапаротомній хірургії, бо сприяє вдвічі скорішій екстубації пацієнтів, більш ранньому відновленню перистальтики кишечника та вчетверо меншій інцидентності післяопераційних легеневих ускладнень в порівнянні з ТВА ( $p < 0,05$ ). Впровадження власної мультимодальної техніки анестезії на основі КЕЗА та кетаміну з клонідином у 30 пацієнтів з абдомінальною патологією дозволило знизити післяопераційне використання тримеперидину з 60 (40-80) мг/доб до 30 (20-60) мг/доб ( $p < 0,05$ ), зменшити в 4 рази інцидентність нудоти та блювоти ( $p < 0,05$ ) та забезпечити задоволеність аналгетичним режимом 100% пацієнтів на рівні «відмінно-добре». На виборці з 40 пацієнтів доведено, що інфузія дексметомідину в дозі навантаження 1 мкг/кг ідеальної маси тіла (ІМТ) в/в протягом 10 хв. та підтримуючій дозі 0,5 мкг/кг ІМТ/год інтраопераційно контролює гемодинамічну стресову відповідь у пацієнтів з ожирінням, яким проводиться небаріатрична лапароскопічна операція під загальною анестезією. Дексметомідин в 1,5 рази зменшує інтраопераційну потребу в фентанілі ( $p < 0,05$ ), пролонгує безболісний період відразу після операції з  $60 \pm 10$  хв. до  $360 \pm 60$  хв. ( $p < 0,05$ ), знижує загальну потребу в тримеперидині з 60 (40–80) мг/доб до 40 (20–60) мг/доб та повністю виключає ймовірність післяопераційної депресії дихання ( $p < 0,001$ ). На виборці з 41 пацієнта показано, що використання епідуральної анальгезії (ЕА) або блокади площини поперечного м'язу живота (ТАР-блок) при лапароскопічних операціях, знижує рівень післяопераційного болю з 3 (2-5) балів до 1 (0-1) балів за цифровою рейтинговою шкалою (NRS) та сприяє мобілізації пацієнтів вже через 8–13 годин після операції ( $p < 0,05$ ). Застосування блокади піхви прямого м'язу живота (RSB) у 16 пацієнтів після лапаротомії виявило високу ефективність даного методу завдяки зменшенню вдвічі потреби в опіоїдах та в чотири рази – інцидентність нудоти і блювоти ( $p < 0,05$ ), що дозволило активізувати пацієнтів вже з кінця 1-ї доби ( $p < 0,05$ ) та досягти рівня комфорту «відмінно-добре» у 100% пацієнтів ( $p < 0,05$ ). На виборці з 26 пацієнтів доведено, що режим об'ємного навантаження колоїдом 6 мл/кг ІМТ є адекватним та безпечним для передопераційної оптимізації волемічного статусу, який забезпечує 50% зниження ризику гіпотензії після індукції загальної анестезії ( $p < 0,05$ ) та опосередковано підтверджує наявність стану вихідної гіповолемії. На виборці з 51 пацієнта для лапароскопічної хірургії виявлено, що вихідний стан гемостатичного потенціалу (ГП) має тренд до хронометричної та структурної гіперкоагуляції ( $p < 0,05$ ), помірного зниження фібринолізу та агрегаційної активності формених елементів крові. Періопераційне використання ЕА сприяє нормалізації показників коагуляції та фібринолізу ( $p < 0,05$ ), але зменшує агрегацію крові до нижньої межі норми. **Висновки.** Запропоновані техніки анестезії, моніторингу та ІТ покращують результати хірургічного лікування пацієнтів з ожирінням.

Vosianov S. O., Gubar A. O., Bachurin G. V., Boiko A. I., Bachurin V. I., Dovbysh M. A., Dovbysh I. M. LOW RISK PCNL PATIENTS' POST OPERATIVE INFECTION RATES WITH AND WITHOUT ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS .....	41
Волошин А. Н., Рожанский Д. А. КОНЦЕПЦИЯ АНГИОСОМНОЙ ТЕОРИИ В АСПЕКТЕ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	41
Воронещ І. Р., Онопченко С. П. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК-ПЕРЕСЕЛЕНОК ІЗ ЗОНИ КОНФЛІКТУ .....	42
Воротинцев С. І. АНЕСТЕЗІЯ ТА ПЕРІОПЕРАЦІЙНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ .....	42
Глодан А. О. ПЕРСПЕКТИВИ НАСТАННЯ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ВРОДЖЕНИМИ АНОМАЛІЯМИ ГЕНІТАЛІЙ .....	43
Головкин А. В., Гамова А. В. НЕЙРОСИФИЛИС ПРИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ .....	43
Городкова Ю. В., Курочкин М. Ю. ЗНАЧЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ ІНТОКСИКАЦІЇ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ .....	44
Городокин А. Д., Горбачева Н. И. КОНЦЕПТУАЛЬНО-СТИЛИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА САМОПРИЧИНЁННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЭПОХУ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИИ .....	44
Грек А. В., Мона Ю. І., Корнієнко М. В. ВМІСТ ЛІПІДІВ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ІЗ ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST .....	45
Губка В. А., Никоненко А. А., Буга Д. А., Ермолаев Е. В. ФАКТОРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	46
Гук Г. В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРУПОВОЇ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ШПИТАЛЮ .....	46
Гулевський С. М., Кіосов О. М., Любомирський А. О., Вакуленко В. В., Тугушев А. С. ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІГУВАННЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ПРИ СИНДРОМІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ КРОВОТЕЧІ .....	47
Гумматов С. З. Оглы, Визир В. А. ДИНАМИКА ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И АТОРВАСТАТИНОМ .....	48
Давидова А. Ж. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ РОЗЦІЛИН ВЕРХНЬОЇ ГУБИ .....	48
Дарий В. И., Островская Е. К. ХАРАКТЕРИСТИКА НЕМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА .....	49
Дарий В. И., Шендрик Е. А. СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	49
Дегтяренко В. Р. АНАЛІЗ ІНТЕРНЕТ-КОНТЕНТА НА СУІЦИДАЛЬНУЮ ТЕМАТИКУ .....	50
Демитер І. М., Воротинцев С. І., Доля О. С. ІНЦИДЕНТНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕЛІРІЮ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ .....	50
Діденко Е. В., Стешенко А. О. ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЯ – МИСТЕЦТВО ЧИ НАУКА .....	51
Дмитряков В. А., Свекатун В. Н. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ .....	51
Доценко С. Я., Митницька О. С. РОЛЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЧИННИКІВ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ .....	52
Дронова А. А., Медведкова С. А., Козелкин. А. А. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ПОЛУШАРНЫМ ИНСУЛЬТОМ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ .....	52
Завгородний С. Н., Данилюк М. Б., Зимняя Е. А. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	52
Завгородний С. Н., Кубрак М. А. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	53