

керованої гіпотензії без використання додаткових фармакологічних засобів, а при ЗА для її забезпечення у 22 % необхідна фармакологічна корекція АТ. Час операції при ЗА значуще більше, ніж при СА.

Список літератури

1. Meng T. *Impact of spinal anaesthesia vs. general anaesthesia on peri-operative outcome in lumbar spine surgery: a systematic review and meta-analysis of randomised, controlled trials* / Meng T., Zhong Z., Meng L. // *Anaesthesia*. — 2016. — Vol. 72(3). — P. 391-401.

УДК 616-006.04-089.5

Лозовська О.В., Тхоревський О.В.,
Котко О.М.

Українська військово-медична академія, м. Київ,
Україна

Національний військово-клінічний центр «ГВКГ»,
м. Київ, Україна

Можливості сучасного анестезіологічного забезпечення онкологічних хворих із ризиком періопераційних серцево-судинних ускладнень

Вступ. Статистика говорить про те, що за останні 100 років за рівнем захворюваності та смертності в світі онкопатологія перемістилася з десятого місця на друге, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи. Як стверджує Всесвітня організація охорони здоров'я, смертність від раку до 2030 року зросте на 45 % порівняно з рівнем 2007 року. Злоякісні новоутворення основних локалізацій розвиваються переважно у людей зрілого і похилого віку, що часто страждають від атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (ІХС) та інших серцево-судинних захворювань. В онкологічних хворих хірургічне втручання часто є обов'язковим, а інколи — єдиним компонентом специфічного лікування і проводиться за життєвими показаннями. Супутня гіпертонічна хвороба нерідко є головною причиною розвитку фатальних порушень ритму або періопераційного інфаркту міокарда. Провокуючі фактори розвитку періопераційних ускладнень при ІХС — гіпотензія, гіпоксемія або анемія, тахікардія (особливо при гіпертрофії лівого шлуночка), виражена гіпертензія. **Мета дослідження:** покращення результатів хірургічного лікування онкологічних хворих із патологією системи кровообігу і ризиком серцево-судинних ускладнень шляхом удосконалення методів періопераційної анестезіологічної підтримки. **Матеріали та методи.** Клінічне дослідження проводилось на базі ВМКЦ «ГВКГ». Загальна кількість досліджуваних — 36 осіб, яким виконували оперативне втручання з приводу колоректального раку. Досліджувані були розподілені на дві групи: перша група — пацієнти, які для лікування гіпертонічної хвороби отримували

монотерапію інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), друга група отримувала комбінацію інгібіторів АПФ і β-блокаторів. Усі хворі приймали антиагреганти (аспірин та його аналоги), які відміняли за 1–3 доби до операції. Оперативне втручання проводилося під поєднаною анестезією (інгаляційною чи внутрішньовенною та епідуральною). **Результати.** Монотерапію інгібіторами АПФ отримували 50 % (15) пацієнтів, комбіновану терапію — 50 % (15). Низький ризик серцево-судинних ускладнень за Goldman мали 72 % (26) пацієнтів, 28 % (10) — середній ризик. Післяопераційна безбольова ішемія міокарда (за результатами ЕКГ) спостерігалася у 14 % (5) пацієнтів, із них 4 пацієнти приймали інгібітори АПФ, 1 пацієнт отримував комбіновану терапію (інгібітор АПФ і β-блокатор). У 3 хворих безбольова ішемія міокарда була єдиною «подією» післяопераційного періоду, у 2 розвинулись подальші ускладнення у вигляді фібриляції шлуночків (1 пацієнт) і не Q-інфаркту міокарда (1 пацієнт). **Висновки.** Фактором ризику розвитку періопераційних ускладнень у хворих із супутньою ІХС є безбольова ішемія міокарда, що спостерігалася у 14 % пацієнтів. При прийомі β-блокаторів безбольова ішемія зустрічається значно рідше.

Список літератури

1. *Рак в Україні: бюлетень Національного канцер-реєстру України № 9–18* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ncru.inf.ua/publications/index.htm>.

2. *Руководство по анестезиологии и реаниматологии* / Под ред. проф. Ю.С. Полушина. — СПб.: Военно-медицинская академия, 2004.

3. *Денисов Л.Е., Николаев А.П., Виноградова Н.Н., Ушакова Т.И. Организация ранней диагностики злокачественных новообразований основных локализаций.* — М., 1997. — 156 с.

4. *Goldman L. General anesthesia and noncardiac surgery in patients with heart disease* // *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*.

УДК 616.127-005.4-036.11-089.166-085.22-092.9:615.456.2

Лоскутов О.А.¹, Дзюба Д.О.¹,
Волочнюк Д.М.², Демянчук В.Б.³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ТОВ «НВП «ЄНАМІН», м. Київ, Україна

³ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ, Україна

Протиішемичний ефект антигіпоксантів із групи похідних конденсованих інденотіазолів під час моделювання гострої ішемії міокарда

Вступ. Показники госпітальної летальності під час методики проведення аортокоронарного шунтування не перевищують 3 %. Але технологія ще далека від ідеалу, адже на даний час ця методика має як позитивні наслідки, так і негативні. Так, залежно

від методики кардіопротекції, що використовується під час проведення подібних операцій, частота інтраопераційного інфаркту міокарда виявляється у 2–7,2 % випадків, гострої серцевої недостатності — у 2,7–51,2 %, гострих порушень серцевого ритму — у 20–63,6 %. Ці ускладнення в останню чергу обумовлені неадекватним інтраопераційним захистом міокарда, для якого використовується безліч способів і методик. Це обумовлено незадоволеністю та неуніверсальністю локальної кардіопротекції. Основною причиною летальності при цьому є гостра гіпоксія міокарда. Тому розробка та впровадження в клінічну практику препаратів із вираженим антигіпоксичним ефектом дозволить зменшити летальність серед даної категорії хворих та покращити результати лікування пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. **Мета дослідження:** визначити ефективність нового експериментального антигіпоксанта з групи похідних конденсованих іденотіазолів і під час гострого експерименту провести порівняльну характеристику його антиішемічного ефекту з препаратом, що на даний час застосовується в клінічній практиці (кустодіол). **Матеріали та методи.** Був проведений експеримент на 7 білих щурах лінії Wistar (вихідна маса становила 220 ± 10 г, вік — 5–6 місяців). Щурів виводили з експерименту шляхом експлантації серця та припинення кровообігу після попередньої анестезії за допомогою інгаляції севофлурану та внутрішньочеревного введення 5 мг каліпсолю. Наркотизованим тваринам проводили білатеральну трансабдомінальну торакотомію, потім відсікали тканини перикарда і, утримуючи серце, пересікали ножицями магістральні судини. Далі аорту надягали на канюлю, попередньо заповнену перфузійним розчином, та лігатурою фіксували поверх аорти. Відразу після цього робили ретроградну перфузію серця. Перфузія проводилась досліджуваними препаратами без попередньої перфузії кристалічними розчинами. Після експлантації ізольовані препарати послідовно перфузували розчином кустодіолу 10 мл (препарат control), 1% розчином досліджуваного препарату EN300-6487975 у розчині кустодіолу 10 мл (речовина 1), 1% розчином досліджуваного препарату EN300-6487971 у розчині кустодіолу 10 мл (речовина 2), 1% та 0,1% розчином досліджуваного препарату EN300-6745698 у розчині кустодіолу 10 мл (речовина 3), 1% та 0,1% розчином досліджуваного препарату EN300-6745702 у розчині кустодіолу 10 мл (речовина 4). У всіх спостереженнях для гістологічного дослідження використовувався матеріал (тканини міокарда), фіксований в 10% нейтральному формаліні, який забирився кожні 15–30–45 хвилин глобальної ішемії. Подальша фіксація матеріалу для ультраструктурного вивчення. **Висновки.** Усі досліджувані речовини показали антигіпоксичну активність порівняно з контрольним експериментом. Порівняння гістологічної картини досліджуваних препаратів показало, що гідратовані речовини 3 та 4 є більш перспективними, ніж 1 та 2. Найкращі результати, тобто майже не пошкоджені

ний міокард, були одержані при використанні речовини 3 при концентрації 0,1% у розчині кустодіолу. Збільшення концентрації до 1 % призвело до незначного набряку. Під час проведення експерименту спостерігалась проблема поганої розчинності досліджуваних речовин у розчині кустодіолу.

Список літератури

1. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/ru/BOO3.
2. Сравнительная оценка методов защиты миокарда при операциях коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения / Г.Г. Хубулава, В.П. Журавлев, А.В. Бирюков [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — № 1. — С. 51-55.
3. Галушко О.А. Класифікація розчинів для інфузійної терапії: традиційні погляди та сучасні тенденції / О.А. Галушко, С.М. Недашківський, Д.О. Дзюба // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2015. — № 5. — С. 49-52.

УДК 616.12-008.46:616.132-089.843-77-089-06-005.6/7-084-039.72-089.5

Мазуренко О.П.^{1,2}, Надзякевич П.²,
Лоскутов О.А.¹, Згржебловська Л.В.¹,
Дмитрієв Д.В.³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Silesian Centre Heart Diseases, Department Cardioanesthesiology SUM, ICU SCCS, Poland

³Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Дослідження сучасного стану проблеми оцінки порушень згортання крові й персоналізації їх лікування у пацієнтів із LVAD у ранньому післяопераційному періоді

Вступ. Хворі з тяжкою серцевою недостатністю, які очікують на пересадку серця, мають єдиний шанс у вигляді бридж-терапії системами механічної підтримки лівого шлуночка (left ventricle assist device — LVAD), стабільна робота яких залежить від системи згортання крові у пацієнта. **Метою дослідження** було обґрунтування вибору напрямку дослідження системи гемостазу та спроби персоналізації її корекції у пацієнтів із LVAD у короткому післяопераційному періоді. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз баз даних Cochrane Library, Medline, Scopus, Pubmed за ключовими словами: left ventricle assist device, anticoagulant target therapy, thrombotic, hemorrhagic and other complication. **Результати.** Проаналізовано більше 70 літературних джерел, опублікованих з 2005 по 2019 рік. Вивчення даних літератури дійшло до висновку, що персоналізованої цільової антикоагулянтної (АК) терапії за показниками системи згортання крові та кореляції з ускладненнями, що виникли за період лікування у