

Me CA₃ = 80,5; Me ША1 = 34,9; Me ША2 = 40,0; Me ША3 = 41,1. У хворих 3-ї групи встановлено тенденцію до зростання агрегації тромбоцитів, здебільшого до нормальних значень: Me CA1 = 47,0; Me CA2 = 68,0; Me CA3 = 68,5; Me ША1 = 46,0; Me ША2 = 66,4; Me ША3 = 67,6. **Висновки.** Різнострамовані зміни ТСГ в періопераційному періоді в межах однієї групи обумовлені впливом хірургічної агресії й адекватністю анестезіологічного захисту, що потребує подальшої комплексної оцінки.

Федоров Ю.П., Пращерук П.В.,
Пугачев В.А., Меренков В.Г.,
Гречишкіна Ю.А., Антошкін Р.В.
Харьковская клиническая больница
на железнодорожном транспорте № 1,
г. Харьков, Украина

Анестезиологическое обеспечение при операциях в нижних отделах позвоночника

Введение. Количество операций по поводу грыж дисков в поясничном отделе позвоночника (уровни L4-L5, L5-S1) многие годы остается стабильно высоким. При этом предпочтение в выборе вида анестезии в нашей клинике отдается внутривенному наркозу с ИВЛ. Однако в последнее время все чаще приходится выбирать альтернативный вид обезболивания, а именно спинальную анестезию. При этом выбор в пользу спинальной анестезии обусловлен двумя основными факторами: преклонным возрастом пациентов (старше 70 лет) с наличием сопутствующей патологии сердечно-легочной системы, желанием пациента сохранить сознание во время операции. **Цель работы:** определение эффективности и безопасности метода спинальной анестезии при оперативных вмешательствах в нижнем отделе позвоночника. **Материалы и методы.** Проведена сравнительная оценка эффективности и безопасности двух видов анестезии у пациентов, которым проводилась операция удаления грыжи дисков на уровне L4-L5 и/или L5-S1. Спинальная анестезия проводилась в положении на боку (реже — сидя) на уровне L3-L4 иглой G22. Более тонкие иглы не использовались в связи с выраженным поясничным остеохондрозом. Анестезия осуществлялась бупивакаином 0,5% раствором 3,5–4,0 мл. Во время операции пациент всегда находился на боку со слегка приподнятым головным концом. С целью устранения чувства тревожности с началом операции инфузионно медленно вводился сибазон 10 мг. В ходе операции ни пациент, ни оперирующий хирург не испытывали проблем из-за вида анестезии. Дополнительного обезболивания в ходе операции не требовалось. Наличие речевого контакта с пациентом позволяло продемонстрировать ему удаленный грыжевой секвестр, подтвердив правильность его решения о проведении операции. Движения в нижних конечностях восстанавливались спустя 2–3 часа

после операции, после чего пациент переводился из отделения интенсивной терапии в свою палату. **Результаты.** Спинальная анестезия обеспечивает полноценный обезболивающий эффект на протяжении всей операции, снижая медикаментозную нагрузку на пациента. К сожалению, область ее применения ограничена нижними отделами позвоночника. **Выводы.** Спинальная анестезия может быть полноценным альтернативным методом выбора при операциях на нижних отделах позвоночника.

УДК 616.61-002-02:616-073.75]-036.1-037-038

Фесенко У.А.¹, Якимович Ю.С.²,
Сироїд М.В.², Родзоняк А.І.²,
Ступницький М.А.²

¹Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

²Військово-медичний клінічний центр Західного
регіону, м. Львів, Україна

Контраст-індукована нефропатія: реалії проти прогнозів

Вступ. За визначенням, контраст-індукована нефропатія (КІН) — це підвищення рівня сироваткового креатиніну на $\geq 25\%$ від вихідного рівня, або на $\geq 44,2$ мкмоль/л, протягом 48 годин після втручання з використанням рентгенконтрастних засобів. На нашу думку, саме питанню прогнозування й профілактики КІН приділяється недостатньо уваги. **Метою** роботи було порівняння ризику виникнення контраст-індукованої нефропатії за шкалою Mehran із практичною її інцидентністю в пацієнтів, яким проводилися рентгеноваскулярні втручання. **Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано історію хвороб 46 пацієнтів, яким проводилися ендovasкулярні втручання (коронарографія, стентування коронарних артерій, аортографія, артеріографія судин нижніх кінцівок і балонна ангіопластика зі стентуванням артерій нижніх кінцівок) на предмет розвитку КІН. Для всіх пацієнтів було визначено ймовірний ризик розвитку КІН згідно зі шкалою Mehran, вивчено супутні захворювання, перебіг втручання, вираховано об'єм інфузії під час і після втручання, об'єм контрасту, а потім визначено реальну інцидентність КІН. **Результати.** Згідно з дослідженням Mehran, ризик розвитку КІН становить 13,9%. Згідно з прогностичною шкалою Mehran, пацієнти, які набрали 5 балів і менше, мають ризик розвитку КІН 7,5%; від 6 до 10 балів — 14%; від 11 до 15 балів — 26,1%; 16 балів і більше — 57,3%. Прогнозований ризик розвитку гострого ушкодження нирок (ГУН), що потребувало б замісної ниркової терапії, у даних групах становить 0,04; 0,12; 1,09 і 12,6% відповідно. У нашому дослідженні загальна інцидентність КІН становила 19,5% (9 пацієнтів із 46); інцидентність ГУН, що потребувало гемодіалізу, — 2,2% (1 пацієнт із 46). Інцидентність становила 12,5% у групі пацієнтів, які набрали 5 балів і