

МОЗ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
ТА ПАТЕНТНО ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ  
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ  
ЛИСТ

*про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони здоров'я*

м. Київ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Український центр наукової медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи  
(Укрмедпатентінформ)

# ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 383 - 2017

Випуск 3 з проблеми  
«Анестезіологія»  
Підстава: рецензія  
Експерта МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:  
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ

**СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРИОПЕРАТИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ  
У ХВОРИХ ВИСОКОГО СТУПЕНЮ ХІРУРГІЧНОГО РИЗИКУ ПРИ  
НЕВІДКЛАДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ»  
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

д.мед.н., проф. КЛІГУНЕНКО О.М.,  
к.мед.н., доцент КРАВЕЦЬ О.В.

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ  
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

**Суть  
впровадження:**

оптимізація периоперативної інфузійної терапії у хворих високого ступеню хірургічного ризику при невідкладній патології органів черевної порожнини шляхом проведення цілеспрямованої (гемодинамічної) інфузії.

Пропонується до впровадження у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії, хірургії загального профілю закладів охорони здоров'я (обласних, міських, районних) спосіб цілеспрямованої (гемодинамічної) периоперативної інфузійної терапії з метою підвищення ефективності лікування хворих із ургентною абдомінальною патологією.

Робота виконана в рамках науково-дослідницької роботи кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» «Органопротекторні технології у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорій на догоспітальному та госпітальному етапах», державний реєстраційний номер 0113U006504.

**Актуальність.** Умови ургентної хірургічної допомоги, вік хворих, наявність соматичної хронічної патології є факторами, що значно підвищують ризик виникнення післяопераційних ускладнень та летальність у цій групі пацієнтів до 30-80% (The third Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit, 2017). Такі високі відсотки летальності та післяопераційних ускладнень у хірургічних хворих пов'язують з розвитком гіповолемії (D. Chappell та співавт., 2008; Zander R., 2009; Dileep N., Lobo та співавт., 2013). Доказові дослідження надання допомоги хворим високого хірургічного ризику виявили пріоритетний вплив периоперативної інфузійної терапії (IT) на розвиток післяопераційних ускладнень, термін стаціонарного лікування та летальності (Abraham-Nordiling M та співавт., 2012, Holte K, 2012; The second Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit, 2016; The third Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit, 2017). У зв'язку з великою

кількістю ускладнень при рутинній ліберальній ІТ (D. Chappell та співавт., 2008; Zander R., 2009; Dileep N., Lobo та співавт., 2013) периопераційна оптимізація гемодинаміки шляхом динамічного моніторингу показників серцевого викиду набуває клінічної значущості (Forget F, 2006; Benes D, 2009; Kuper S, 2011; Zheng E, 2012; Conway S, 2012; The third Patient Report of the National Emergency Laparotomy Audit, 2017).

Оцінка наукової (науково-технічної) розробки за Шкалою градації доказів і сили рекомендацій - 2+.

Методика дослідження. Згідно запропонованого способу поповнення, відшкодування гіповолемії у хворих високого ступеню хірургічного ризику з ургентною абдомінальною патологією здійснюється завдяки динамічному моніторингу показників серцевого викиду та впливу на параметри рідинного обміну. Це забезпечується застосуванням ІТ у поєднанні з інотропною підтримкою для відновлення адекватної тканинної перфузії. Проведення цілеспрямованої (гемодинамічної) інфузії проводять під контролем відповідної зміни показника серцевого викиду на введення кристаллоїдного розчину в об'ємі 250 мл за 5-10 хвилин. У разі зростання серцевого викиду після інфузійного навантаження на 10% і більше від вихідного рівня поповнення продовжується у такому ж темпі. При цьому моніторинг серцевого викиду проводиться кожні 5-10 хвилин. Інфузія розчину триває до досягнення показником фізіологічної норми. У разі відсутності зростання серцевого викиду хворому призначається інфузія вазопресорів (норепінефрін, фенілефрін) за загальними принципами.

Спосіб застосовано у 60 хворих з гострою абдомінальною патологією, яким проводилися ургентні оперативні втручання, на базі КЗ «Клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР, які випадковим чином були розподілені на дві групи, порівнянні за віком, антропометричними даними, функціональним станом, об'ємом оперативного втручання, прогнозуємим відсотком післяопераційної летальності за шкалою POSSUM та ступенем гіповолемії. Пацієнтам I групи (n = 35) проводилась інфузійна терапія в рестриктивному режимі; II (n = 25) – у цілеспрямованому (гемодинамічному) режимі.

Вивчали показники системної гемодинаміки та водних секторів організму до, операції, після передопераційної підготовки, на 1, 3, 5, 7, 10 та 14 добу післяопераційного періоду.

Результати. Проведення цілеспрямованої гемодинамічної ІТ дозволило ефективно відновити початковий дефіцит об'єму циркулюючої крові протягом 1 доби. При наявності необхідної гемодинамічної відповіді хворого на введення стартової дози розчину досягнення цільових значень серцевого викиду тривало на протязі 1 години та супроводжувалось зменшеним об'ємом інфузії. Відсутність динаміки серцевого викиду обумовлювало раннє призначення вазопресорів та проведення швидкої та якісної корекції центральної гемодинаміки на протязі 10-20 хвилин від початку передопераційної інфузії проти  $1,0 \pm 0,3$  години в к І групі. При цьому, в 1 добу загальний об'єм рідини хворих склав  $99\% \pm 1,3\%$  проти  $82,5\% \pm 0,9\%$ , серцевий індекс –  $97\% \pm 1,4\%$  проти  $79\% \pm 2,1\%$ , загальний периферичний опір судин –  $95\% \pm 8,2\%$  проти  $129\% \pm 12,1\%$  І групи. З 3 доби спостереження показники ІІ групи достовірно не відрізнялись від норми.

Показання до застосування: проведення периоперативної інфузійної терапії у хворих високого ступеню хірургічного ризику з невідкладною патологією органів черевної порожнини.

Висновок. Запропонований спосіб периоперативної інфузійної терапії у хворих високого ступеню хірургічного ризику з невідкладною патологією органів черевної порожнини ефективно відновлює показники центральної гемодинаміки завдяки цільовому призначенню варіанта їх корекції, що покращує перебіг післяопераційного періоду та зменшує тривалість перебування хворих як у відділенні інтенсивної терапії, так і у стаціонарі.

За додатковою інформацією з проблеми звертатись до авторів листа: ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО, тел. (0562) 27-17-85 (кафедра), (067) 564-18-22 (Кравець О.В.), e-mail: 535951@ukr.net.

## Шановний колего!

Інформаційний лист є анотованим описом наукової (науково-технічної) продукції, що входить до Переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (Наказ МОЗ України та НАМН від 13.11.2013 №969/97 «Про удосконалення впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05.12.2013 за № 2068/24600).

Інформаційний лист спрямований для використання керівниками структурних підрозділів (відповідного профілю) закладів охорони здоров'я України для моніторингу передових технологій діагностики та лікування з подальшим їх впровадженням у практику (Наказ МОЗ України від 14.03.2011 №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я»).