

НАПРЯМ 7. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ, ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ, НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ СИМУЛЯЦІЙНОЇ ТА ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-491-0-10>

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НОАК ТА ЕНОКСАПАРИНУ НА КОАГУЛЯЦІЙНУ ЛАНКУ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ.

Єрмолаєва Д. Д.

*аспірант 2 курсу кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів*

Міжнародний гуманітарний університет

*Науковий керівник: **Тарабрін О. О.***

доктор медичних наук, професор,

заслужений діяч науки і техніки України,

завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії

та медицини невідкладних станів

Міжнародний гуманітарний університет

м. Одеса, Україна

Стеноз сонної артерії (ССА) – один з головних факторів виникнення гострого ішемічного інсульту, що становить приблизно чверть випадків тромботичних катастроф [1].

Інсульт є третьою провідною причиною смерті та найпоширенішою причиною тривалої інвалідності. Сильне звуження (стеноз) сонної артерії є важливою причиною інсульту. Хірургічне лікування (каротидна ендартеректомія (КЕ) може зменшити ризик інсульту, але несе ризик хірургічних ускладнень. КЕ знизилася ризик рецидивуючого інсульту для людей зі значним стенозом. Ендартеректомія показала ефективність у пацієнтів з симптоматичним стенозом від 50% до 69% і високу ефективність у 70% до 99% стенозу [2]. Каротидна ендартеректомія (КЕА) є стандартним методом лікування реваскуляризації симптоматичного важкого атеросклеротичного стенозу каротиди [3-6]. Оцінка системи гемостазу особливо важлива у пацієнтів з ССА, це дозволяє не лише тримати

контроль, а й спостерігати ланки коагуляції в динаміці, розробити та вчасно виконати схему профілактики та корекції тромботичних ускладнень.

Мета. Визначити та оцінити стан системи гемостазу у хворих на атеросклероз сонних артерій (АСА) в післяопераційному періоді на фоні прийому двох схем корекції та профілактики тромботичних ускладнень: еноксапарин та ривароксабан на коагуляційну ланку гемостазу за допомогою низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластографії (НПТЕГ), та визначити найбільш ефективний підхід в питанні корекції та профілактиці тромботичних ускладнень у хворих на АСА.

Матеріали та методи. Дослідження базується на порівняльній характеристиці системи гемостазу, що визначалась у хворих на стенозуючий атеросклероз сонних артерій (АСА) ($n = 18$) в післяопераційному періоді на тлі антикоагулянтної терапії НОАК (1 група) та еноксапарином (2 група) та практично здорових добровольцях ($n = 10$) методом низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластографії (НПТЕГ). Пацієнтам досліджуваної (1-ї) групи ($n = 9$) забезпечувалось регіонарне знеболення протягом оперативного втручання та в післяопераційному періоді епідуральним введенням бупівакаїну, також в їх схему профілактики входив еноксапарин 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) 2 рази на добу підшкірно в передню поверхню черевної стінки з першої післяопераційної доби протягом 7 діб. Хворі порівняльної (2-ї) групи ($n = 9$) знеболювались протягом оперативного втручання та після операції введенням бупівакаїну епідурально, але в їх схему тромбoproфілактики входив ривароксабан 15 мг per os 2 рази на добу з першої післяопераційної доби протягом 7 діб. Було досліджено такі показники: інтенсивність контактної фази коагуляції (ІКК), як показник активності початкової, контактної фази згортання крові та інтенсивність коагуляційного драйву (ІКД), як загальну інтенсивність коагуляційного процесу, що відображає швидкість і ефективність утворення фібринового згустка в плазмі крові. Реєстрація показників системи гемостазу здійснювалась за допомогою НПТЕГ на 3, 5 та 7 добу після операції.

Результати. В порівнянні показників досліджуваної групи з групою здорових добровольців спостерігалось збільшення ІКД на 97,3 %. У досліджуваній групі до початку лікування спостерігалися схожі зміни гемокоагуляції з групою здорових добровольців. **На 3 добу** після оперативного втручання в обох групах ми статистично відмічали зсув в бік гіперкоагуляції з помірною динамікою нормалізації показників. Вказувало на активацію тромбоцитарного компонента гемостазу збільшення ступеня показників ІКК на 65,75% 1-й групі та 18,22 % у 2-й групі у порівнянні з показниками здорових добровольців. Порівнюючи отримані результати із групою здорових добровольців, зафіксовано такі дані: збільшення індексу коагуляційного драйву (ІКД) на 77,71 % 1-й групі та на 54,06 % у 2-й групі. Виходячи з отриманих результатів, після 3-ї післяопераційної доби, у хворих 1-ї групи на тлі активації судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу

спостерігається більш виражена структурна і хронометрична гіперкоагуляція на відміну від групи № 2. **На 5 післяопераційну добу**, у порівняльній групі зареєстровано динаміку, що більше відрізняється від отриманих результатів здорових добровольців. Більше наближеними до показників норми стали результати досліджуваної групи, що демонструє прогресуючі позитивні показники у бік нормалізації у пацієнтів групи № 2. Зареєстроване значення показника інтенсивності контактної фази коагуляції (ІКК) 127,841,87 відн. од. (1-ша група), норма – 84,310,91 відн. од., такі результати свідчать про те, що гіперагрегація ще зберігається, на тлі того, що динаміка пацієнтів досліджуваної групи №1 свідчить про нормалізацію. Також зафіксоване збереження змін амплітудних і часових констант гемокоагуляції. Порівнюючи результати із групою здорових, зазначені наступні дані: індекс коагуляційного драйву ІКД на 53,33% у порівняльній групі. У досліджуваній групі виявлено вірогідні зміни у бік нормалізації показників зі збереженням помірної гіперкоагуляції: показники, які визначають гемокоагуляційний потенціал крові ІКД та ІКК, які визначають агрегаційну здатність тромбоцитів. За результатами спостереження на 3 добу після операції, у хворих другої групи відмічається виражена тенденція в бік нормалізації всіх показників системи гемостазу за збереженням незначної гіперкоагуляції та гіперагрегації. **На 7 добу** спостерігались відмінності від нормальних показників у порівняльній групі, а саме: збереження помірної гіперкоагуляції. У пацієнтів групи № 2 реєструється нормалізація всіх показників системи гемостазу. Зареєстрована амплітуда показника інтенсивності контактної фази коагуляції (ІКК) 114,742,79 відн. од.(1-ша група), норма 84,310,91 відн. Од. Порівнюючи результати із групою здорових, отримані наступні дані: збільшення індексу коагуляційного драйву ІКД на 3,27 % у порівняльній групі. Аналізуючи тенденції показників в обох групах між собою, можемо зазначити хронометрично більшу та позитивнішу динаміку у бік нормалізації у пацієнтів досліджуваної групи. Так, наприклад, початковий показник агрегатного стану крові на 7 добу у пацієнтів досліджуваної групи був на 39,7 % менше, ніж у пацієнтів порівняльної групи. Показник ІКК теж проявив себе на 26,4% менше у досліджуваній групі, ніж у порівняльній.

Висновки. За результатами аналізу, зміни в системі гемостазу вказують на суттєві зміни в сторону нормалізації у пацієнтів у досліджуваній групі № 2, які у якості терапії приймали ривароксабан, на відміну від результатів змін системи гемостазу порівняльної групи № 1, які у якості терапії отримували еноксапарин.

Література:

1. R. Arasu, A. Arasu, J. Muller. Carotid artery stenosis: An approach to its diagnosis and management. Australian Journal of General Practice Volume 50, Issue 11, Nov.2021.

2. A. Rerkasem, S. Orrapin, D. PJ Howard, K. Rerkasem. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. Cochrane Database of Systematic reviews, review – intervention. Version published: 12 Sept. 2020.

3. Brott T, Halperin J, Abbara S, et al. 2011 ASA guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology Foundation. 2011;124:e54–e130.

4. Noronen K, Vikatmaa P, Sairanen T, Lepäntalo M, Venermo M. Decreasing the delay to carotid endarterectomy in symptomatic patients with carotid stenosis – outcome of an intervention. Eur J Vasc and Endovasc Surg. 2012;44:261–266.

5. Kakisis J, Avgerinos E, Antonopoulos C, et al. The European Society for Vascular Surgery guidelines for carotid intervention: an update independent assessment and literature review. Eur J Vasc and Endovasc Surg. 2012;44:238–243.

6. Ricotta J, Aburahma A, Ascher E, Eskandari M, Faries P, Lal BK. Updated society for vascular surgery guidelines for management of extracranial carotid disease. J Vasc Surg. 2011;54:e1–e31.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-491-0-11>

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ НИЗЬКОЧАСТОТНОЇ П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТОК, ХВОРИХ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ НА ПНЕВМОПЕРИТОНІУМУ, ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Сулов О. С.

*аспірант кафедри анестезіології, інтенсивної терапії
та медицини невідкладних станів
за спеціальністю 222 Медицина
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Ендометріоз – це патологія, яка визначається як наявність тканини ендометрію поза маткою, і, згідно з науковими дослідженнями, вражає значну частину жінок репродуктивного віку, приблизно 30-50 % у всьому світі [1, с. 1; 2].

Встановлено, що підвищений внутрішньочеревний тиск, що виникає внаслідок пневмоперитонеуму, у поєднанні з положенням Тренделенбурга, яке використовується під час лапароскопічних втручань у гінекології, а також типове розміщення ніг пацієнток у зігнутому положенні з фіксацією ще більше посилює зміни у системі регуляції агрегатного стану крові у бік гіперкоагуляції, стискаючи звужені вени нижніх кінцівок, заочеревинні та