

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Jonat B, Gorelik M, Boneparth A, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Children's Hospital in New York City:

Patient Characteristics and an Institutional Protocol for Evaluation, Management, and Follow-Up. *Pediatr Crit Care Med*, 2021; 22:e178.

2. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, et al. International COVID-19 PICU Collaborative. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019.

Гомон М.Л., Малочкова Н.В., Ходаковський М.А., Мазур Г.М., Маслій В., Каспришен О.М.

МАЛООПІЇДНА МУЛЬТИМОДАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ В ОФТАЛЬМОХІРУРГІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра анестезіології, ІТ та МНС, Вінниця.

Актуальність. Класичним варіантом забезпечення керованості анестезії є використання інгаляційних методик, в тому числі і севофлуранової анестезії. Проте використання малих концентрацій інгаляційних анестетиків не завжди забезпечує достатній знеболювальний ефект, що вимагає комбінації його з наркотичними або ненаркотичними анальгетиками, анестетиками з сильнішим знеболювальним ефектом, регіонарними методами анестезії/аналгезії. Недоліками наркотичних анальгетиків в цій схемі є депресія дихання, тошнота, блювання, формування гіпералгезії в післяопераційному періоді. Використання високих концентрацій севофлурану може вести до ажитації в післяопераційному періоді. Тому при використанні севофлурану краще і безпечніше використовувати режими MAC-awake та MAC-st в комбінації з анальгетиком.

Мета. Порівняти методику анестезії севофлураном в комбінації з налбуфіном, лідокаїном та субтенозовою блокадою в офтальмохірургії.

Матеріали і методи. Порівняно використання анальгоседації в офтальмохірургії комбінацією севофлурану з налбуфіном 10 мг (1-а група 25 пацієнтів), внутрішньовенна безперервна інфузія лідокаїну 1 мг/кг/год (2-а група 19 пацієнтів) [1], субтенозовою блокадою (3-я група 21 пацієнт) [2]. Контроль за адекватністю глибини анестезії проводили по BIS-монітору з цільовими показниками в межах 40-60 %. Достатність знеболювального ефекту оцінювали за допомогою qCON з цільовими значеннями індексу qNOX в межах 30-45. Ефективність методики оцінювали також по викорис-

таний концентрації севофлурану та тривалості післяопераційної аналгезії.

Результати. Мінімальна концентрація севофлурану (МАК 0,8±0,01) для адекватної анестезії досягнуто при комбінації з субтенозовою блокадою в 3-й групі пацієнтів. На другому місці по ефективності була комбінація налбуфіна з севофлураном (МАК 1,0±0,06). Третя по ефективності була комбінація лідокаїну з севофлураном (МАК 1,7±0,08). Найтриваліша післяопераційна аналгезія була в 3-й групі пацієнтів (більше 5 годин). При використанні налбуфіну (1-а група) аналгезія тривала 4±0,07 годин. Використання лідокаїну забезпечувало аналгезію 1,9±0,09 годин. (2-а група). Ускладнень під час анестезіологічного забезпечення в досліджуваних групах хворих не виявлено. Всі хворі відпущені додому в день оперативного втручання.

Висновки. Випробувані методику комбінації севофлурану з налбуфіном, постійною інфузією лідокаїну та субтенозовою блокадою ефективні для аналгоседації під час офтальмологічних оперативних втручань. Проте комбінація субтенозової блокади з севофлураном є найбільш ефективною, потребує найменшої затрати інгаляційного анестетика і забезпечує кращий знеболювальний ефект в післяопераційному періоді.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дзюба Д.О. Лідокаїн як компонент аналгоседації під час стентування коронарних артерій. // Вісник Української медичної стоматологічної академії. Актуальні проблеми сучасної медицини / Київ, Україна, том 20, випуск 4(72). с. 25-29.
2. Філін Г.З. Субтенозова анестезія: оновлення // *Local and Regional Anesthesia* 2012 p. m. 35-46.

Гончарук О.С., Вигонюк А.В., Маслій В.А., Гомон М.Л., Каспришен Т.Л., Гомон Р.О.

ВАРІАНТИ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ У ДОРОСЛИХ І ДІТЕЙ

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

Актуальність. Оцінка післяопераційного болювого синдрому є завжди актуальною в спектрі лікування пацієнтів різних вікових категорій [1]. Найчастіше оцінка вираженості післяопераційного болювого синдрому проводиться на основі скарг хворого. На жаль, незважаючи на простоту метода, дана методика сьогодні вже є архаїчна. Більш комплексним методом оцінки є використання різних шкал болю, що найчастіше використовується у дітей раннього віку [2]. Проте шкали болю залежні від віку, вміщують різний, часто достатньо великий суб'єктивний компонент оцінки психоемоційного стану у дорослих або надлишкову об'єктивну оцінку у дітей раннього віку з недостатнім врахуванням психоемоційного компоненту. Наступним кроком є апаратна оцінка болю незалежно від психічного стану хворого – такі як Ані-монітор, Q-нокс. На жаль, доступність та розповсюдженість їх незначна. Тому пошук та об'єктивізація оцінки післяопераційного болювого синдрому є актуальними.

Мета. Провести порівняльне дослідження вираженості післяопераційного болювого синдрому за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю і показника порогу болювої чутливості (ПБЧ) градуйованим електричним подразником у дорослих і дітей.

Матеріали та методи досліджень. Проведено дослідження використання знеболювальних засобів в післяопераційному періоді у дорослих і дітей старшого віку травматологічного профілю при корекції болю на основі скарг пацієнта (23 пацієнта 1-ї контрольної

групи), ВАШ більше 3 (21 пацієнт 2-ї дослідної групи), показника ПБЧ при його рості (у 20 пацієнтів 3-ї дослідної групи), показника ПБЧ при його рості (у 19 дітей віком 7-18 років 4-ї дослідної групи). Дослідження проводили до операції, після операції при повному відновленні свідомості, через 12 та 48 годин після оперативного втручання. Доза використаних знеболювальних засобів оцінювалась по частоті використання та кількості в мг/кг маси тіла. Враховувалось також частота нудоти, блювання, підвищення артеріального тиску, ЧСС.

Результати. Використаних анальгетиків було найбільше по частоті і кількості у пацієнтів 1-ї контрольної групи: при порівнянні з 2-ю групою ($p \leq 0,05$), з третьою та четвертою дослідними групами по ($p \leq 0,001$). Не отримано вірогідних залежностей використання знеболювальних засобів від терміну після оперативного втручання. Частота нудоти, блювання також відрізнялись невірогідно ($\chi^2; p \geq 0,05$). Отримано вірогідно більше та частіше коливання гемодинаміки в першій (контрольній) групі, яке вимагало корекції ($p \leq 0,05$).

Висновки. Визначення динаміки порогу болювої чутливості градуйованим електричним методом забезпечує кращі результати корекції післяопераційного болювого синдрому у дорослих і дітей старшого віку в порівнянні з використанням опитування та використанням візуальної аналогової шкали болю. Даний метод забезпечує також вірогідно менші коливання гемодинаміки в піс-