

та біполярних форм тромбоцитів достовірно не відрізнялися від показників контрольної групи.

На 3-тню добу після травми у пацієнтів основної групи кількість тромбоцитів залишалася в межах норми, водночас достовірно ($p < 0,05$) зросли рівні дискоєхіноцитів (на 47 %) та сума активних форм тромбоцитів (на 64,5 %), сфероєхіноцитів (на 4 %; $p > 0,05$) та знизився рівень дискоцитів (на 5,8 %; $p > 0,05$) (рис.2).

Висновки. Отримані результати дослідження можуть бути свідченням тривалого та недостатньо контрольованого за допомогою

технологій інтенсивної терапії процесу активації судинно-тромбоцитарної ланки систему гемостазу при політравмі, що створює передумови для розвитку пізніх тромботичних ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Kornblith L.Z., Moore H.B., Cohen M.J. Trauma-induced coagulopathy: the past, present, and future. *J Thromb Haemost.* 2019;17(6):852–862.
2. Moore, E.E., Moore, H.B., Kornblith, L.Z. et al. Trauma-induced coagulopathy. *Nat Rev Dis Primers* 7, 30 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00264-3>
3. Cardenas J.C., Wade C.E., Holcomb J.B. Mechanisms of trauma-induced coagulopathy. *Curr Opin Hematol.* 2014;21(5):404–409.

Гаврилов О.О., Гомон М.Л., Слободянюк П.М., Синюченко О.В., Козирев С.Н.

СЕДАЦІЯ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНИМ ДЕЛІРІЄМ: ОКСИБУТИРАТ НАТРІЮ VS ТІОПЕТАЛ НАТРІЮ

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

Актуальність проблеми. Станом на сьогодні питання адекватної седативної терапії хворих з алкогольним делірієм залишається відкритим. [2] Найголовнішим в цьому аспекті є вибір додаткового седативного засобу, який допоможе досягти цільового рівня седативності та буде безпечним. [3]

Мета роботи. Порівняти ефективність та безпечність класичної схеми седативної терапії алкогольного делірію та схеми із додаванням оксибутирату натрію.

Матеріали та методи. Досліджено 40 пролікованих хворих з алкогольним делірієм. Цільовий рівень седативності, що визначався за шкалою ажитативної седативності RASS, [1] був в діапазоні від 0 до -2 балів та досягався у всіх пацієнтів. Всі хворі були розподілені на дві дослідні групи. Перша група – контрольна, складала 19 пацієнтів, які седувалися за традиційною схемою з додаванням інфузії тіопенталу натрію при необхідності. В другій групі з 21 пацієнта замість барбітуратів використовувалася постійна інфузія натрію оксибутирату. Контрольними точками були: тривалість епізоду делірію, динаміка САТ та ЧСС, лабораторних показників стану нирок та печінки (сечовина, креатинін, АЛТ, АСТ). Отримані дані статистично оброблялися за допомогою пакета програм Microsoft Excel 2010 та SPSS Statistica 28.0.0.0. Для визначення достовірності використовували U-критерій Манна-Уїтні та T-критерій Вілкоксона.

Результати. Дослідження тривалості делірію показало достовірну різницю ($p < 0,05$) між контрольною та дослідною гру-

пами, середні показники в групах були наступними: контрольна група – $5,4 \pm 1,48$ днів; група натрію оксибутирату – $2,1 \pm 0,82$ днів. Розглянувши отримані показники гемодинаміки ми відмітили, що обидві групи достовірно показують зсув до нормалізації, $p < 0,05$. Статистично значимої різниці при порівнянні кінцевих середніх показників гемодинаміки між групами не було, $p \geq 0,05$. Проте в контрольній групі в процесі лікування ми відмітили тенденцію до гіпотонії у 2-х (10%) пацієнтів. Порівнюючи показники стану печінки та нирок ми не виявили значимої різниці між групами, $p \geq 0,05$.

Висновки. Використання натрію оксибутирату дозволяє зменшити тривалість епізоду делірію та показує дещо м'якший вплив на гемодинаміку у порівнянні з тіопенталом. Рівень безпечності обох варіантів седативної терапії є співставним.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Boettger, S., Nuñez, D. G., Meyer, R., Richter, A., Fernandez, S. F., Rudiger, A., Schubert, M., & Jenewein, J. (2017). Delirium in the intensive care setting and the Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS): Drowsiness increases the risk and is subthreshold for delirium. *Journal of psychosomatic research*, 103, 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.011>
2. Dixit, D., Endicott, J., Burry, L., Ramos, L., Yeung, S. Y., Devabhaktuni, S., Chan, C., Tobia, A., & Bulloch, M. N. (2016). Management of Acute Alcohol Withdrawal Syndrome in Critically Ill Patients. *Pharmacotherapy*, 36(7), 797–822. <https://doi.org/10.1002/phar.1770>
3. Schmidt, K. J., Doshi, M. R., Holzhausen, J. M., Natavio, A., Cadiz, M., & Winegardner, J. E. (2016). Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *The Annals of pharmacotherapy*, 50(5), 389–401. <https://doi.org/10.1177/1060028016629161>

Георгіянц М.А., Корсунов В.А., Одінець І.Ю., Столяров К.Є., Пороша Н.С.

КРИТИЧНИЙ ПЕРЕБІГ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ. ДОСВІД ПАНДЕМІЇ

Актуальність проблеми. Розповсюдження коронавірусної хвороби створило нову проблему в інтенсивній терапії у дітей, адже попри відносно меншу, порівняно з дорослими частоту розвитку критичних станів, описано розвиток двох фенотипів тяжкого перебігу COVID-19 у педіатричній популяції, а саме: мультисистемний запальний синдром – MIS-C та фенотип гострої гіпоксемічної дихальної недостатності – ГДН.

Мета роботи. Описати особливості перебігу та виходів при MIS-C та ГДН у дітей Харківського регіону.

Матеріали та методи. Протягом 2020-2021 років нами було проведено обстеження та лікування 160 дітей віком від 1 місяця до 18 років, які надходили до відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня» з COVID-19.

Результати. Критичний перебіг захворювання спостерігався у 17 дітей. У 9 з них, відповідно до чинних протоколів МОЗ України, було діагностовано MIS-C, який характеризувався тяжкими гемодинамічними розладами (артеріальна гіпотензія, низька фракція викиду лівого шлуночка, які потребували призначення симпатоміметиків), гіпоксемією, ураженням нирок, органів ШКТ, шкіри

та слизових, гарячкою, різким збільшенням сироваткового вмісту реактантів гострої фази, Д-димеру та тропоніну-I. Завдяки проведеній терапії внутрішньовенним імуноглобуліном, стероїдами, антикоагулянтами всі діти одужали. У 8 дітей з фенотипом ГДН виникла необхідність проведення респіраторної підтримки. Двоє підлітків перебували на неінвазивній вентиляції у режимі CPAP та згодом одужали, решті пацієнтів проводилась інвазивна вентиляція. Серед пацієнтів на інвазивній вентиляції одужало лише дві дитини. Слід зазначити, що у 11 з 19 пацієнтів з критичним перебігом COVID-19 була наявна тяжка коморбідна патологія, а саме: ожиріння, предіабет – 1, нефрит – 1, адренолейкодистрофія -1, синдром Дауна, вроджена вада серця – 1, бронхо-легенева дисплазія, вроджена вада серця – 1, мікроцефалія, синдром Отахара, епілепсія – 1, синдром Драве, епілепсія – 1, септичний шок – 3, герпетичний енцефаліт – 1.

Висновки.

1. MIS-C має кращий прогноз порівняно з фенотипом ГДН при COVID-19 у дітей.

2. Наявність коморбідних станів є важливим чинником критичного перебігу COVID-19 у дітей та потребує ретельного спостереження а догоспітальному етапі.