

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.

МАЛООПІЙДНА 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 ажитатії 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 субтеноновою 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], субтеноновою 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 викори-

станій концентрації севофлурану та тривалості післяопераційної аналгезії.

Результати. Мінімальна концентрація севофлурану (МАК 0,8±0,01) для адекватної анестезії досягнуто при комбінації з субтеноновою 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 субтеноновою блокадою ефективні для аналгоседації під час офтальмологічних оперативних втручань. Проте комбінація субтенонової 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. Субтенонова анестезія: оновлення // *Local and Regional Anesthesia* 2012 р. т. 5: 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 години 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-

ляопераційному періоді, що свідчить про менші коливання рівня болю, є важливим в прискоренні одужання та зменшення післяопераційних ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Guidelines on the Management of Postoperative Pain Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of

Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council // *J Pain*. 2016 Feb; 17(2): 131-57. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.

2. Lee GY, Yamada J, Kyololo O, Shorkey A, Stevens B. Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review // *Pediatrics*. 2014; 133(3): 500-15. DOI: 10.1542/peds.2013-2744.

Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю., Давидова А.Г.

ПОСТКОВІДНІ СТАНИ У ДІТЕЙ: ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Запорізький державний медичний університет, кафедра дитячих хвороб

Актуальність проблеми: за даними літератури серед постковідних станів найчастіше згадуються неврологічний постковідний синдром [1] та мультисистемний запальний синдром у дітей (MIS-C) та у дорослих (MIS-A) [2]. Про MIS-C за даними центру з контролю та профілактики захворювань у США (CDC) вперше повідомляється з квітня 2020 року, пік захворюваності був виявлений у січні 2021 року. Усього пацієнтів, яким діагностований MIS-C на 2 червня 2021 р. – 4404, з них – 37 летальних випадків [2].

Мета роботи: проаналізувати клінічний перебіг постковідних станів у дітей на прикладах пацієнтів відділення інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. Бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, аналізу медичної документації пацієнтів, що знаходились на лікуванні в КНП «Міська дитяча лікарня № 5» Запорізької міської ради.

Результати. В нашому відділенні анестезіології, інтенсивної терапії та хронічного діалізу (BAIT та ХД) знаходились на лікуванні 3 дитини з MIS-C та 1 пацієнт з гострим постковідним міокардитом з формуванням субепікардіальної ішемії, порушенням ритму і провідності та розвитком кардіогенного шоку. Віковий спектр дітей: від 4 років до 16 років. Всі пацієнти (та їх батьки) заперечували захворювання COVID-19 в анамнезі, але при надходженні в усіх виявлені Ig G COVID-19 – позит., Ig M COVID-19 – негативні. ПЛР COVID-19 – негативний. Для усіх дітей з MIS-C були характерні: макуло-папульозний генералізований висип (діагноз на амбулаторному етапі: кір та скарлатина) з подальшим лущенням шкіри, лихоманка вище 38,0°C протягом 3-7 діб, явища гострого пошкодження нирок (сечовина 22-37 ммоль/л, креатинін 220-486

мкмоль/л, олігоанурія, явища набрякового синдрому), високий рівень С-реактивного білку – 100-344 мг/л, тромбоцитопенія 35-110 Г/л, лімфопенія 2-9 %, нейтрофілія 90-96 %, підвищена швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) 22-48 мм/год., високий рівень D-димеру 4500-12028 нг/мл FEU. У деяких пацієнтів також виявлені: підвищений рівень фібриногену 6,66 г/л, гіпоальбумінемія 21,2 г/л, прокальцитонін 19,7 нг/мл, у випадку ішемії міокарду при надходженні: тропонін I – 136 нг/мл (референтні значення менше 0,32), ЛДГ – 419,9 Од/л (референтні значення 110-295), КФК-MB 25,4 Од/л (референтні 0-24), на ЕКГ: QS-зубці V3-V6, I, слевация сегменту ST до 2-2,5 мм V4-6, P-mitralе. Інтенсивна терапія включала: ШВЛ (1 випадок), гемодіалізація (2 випадки), імуноглобулінотерапія (2 випадки), гормонотерапія (метилпреднізолон, дексазон), антикоагулянти, антиагреганти, антибактеріальна, протигрибкова терапія, трансфузії препаратів крові, симптоматична терапія.

Висновки. 1. В умовах сучасності на догоспітальному етапі особливого значення набуває диференційна діагностика інфекційних захворювань з висипом, алергічних реакцій та MIS-C. 2. Характерною особливістю даних клінічних випадків є дуже тяжкий перебіг постковідних станів, в тому числі з розвитком гострого пошкодження нирок при малосимптомному / безсимптомному перебігу COVID-19. 3. Серед постковідних станів у дітей можливі казуїстичні випадки, як ішемія міокарду.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wijeratne T, Crewther S. Post-COVID 19 Neurological Syndrome (PCNS): a novel syndrome with challenges for the global neurology community. *J Neurol Sci*. 2020. No 419. P. 117-179. doi: 10.1016/j.jns.2020.117179. 2. Health department-Reported Cases of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) in the United States. URL: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#mis-national-surveillance> (дата звернення: 01.09.21)

Грижимальский Е.В., Гарга А.И., Сулименко Е.Н., Сергейчик Н.С., Лушников В.В.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ТЕНДЕНЦИЯМ

Роддом «Лелека» г. Киев, Украина

Эпидуральная анальгезия (ЭА) – это наиболее эффективный способ борьбы с родовой болью. В Украине это весьма спорная тема, не взирая на достаточное количество метаанализов и статей. Существует мнение, что ЭА не только продлевает роды, но и приводит к повышению частоты оперативных и инструментальных родоразрешений. Также нет четкости в понимании, когда нужно начинать обезболивание и что делать с обезболиванием во втором периоде родов. В то же время в недавнем обзоре Кокрановской базы данных эпидуральная анальгезия была признана наиболее эффективным способом управления болями по сравнению с ингаляционной анестезией, опиоидными и неопиоидными анальгетическими средствами системного действия, немедикаментозными средствами.

В клинике «Лелека» для обезболивания родов активно используется эпидуральная анальгезия. Для эпидурального обезболивания применяется ропивакаин в концентрации от 0,08% до 0,15% в объеме 10-12 мл в сочетании с фентанилом по методике пациент - контролируемой анальгезии (РСА) или по методике программируемых болюсов (PIEB). Комбинация этих препаратов позволяет снизить дозу местного анестетика. В результате блокируются каналы восприятия боли, но чувствительность двигательных нервов сохраняется. Мы добиваемся необходимого баланса между степенью обезболивания и сохранением свободы движений.

Проанализировав нашу работу за 2020 год, а это 2314 родов, из них эпидуральных анальгезий (89,2 %). У обезболенных эпидурально пациенток роды закончились кесаревым сечением у 12,4 %, вакуум-экстракцией у 1,5 %. Имея такие данные, мы пришли к выводам:

Обезболивание родов – это очень важный аспект организации родовспоможения. Эффективное обезболивание с применением нейроаксиальной анальгезии растворами местных анестетиков в низкой концентрации – это безопасный метод обезболивания родов.

Нет необходимости задерживаться с началом эпидуральной анальгезии в родах, ее можно начинать после первой просьбы женщины об обезболивании.

ЭА не приводит к увеличению вероятности кесарева сечения по сравнению с парентеральным введением наркотических анальгетиков. Она может приводить к незначительному увеличению инструментального родоразрешения через естественные родовые пути.

Применение эпидуральной анальгезии не оказывает влияние на риск отрицательных неонатальных исходов.

Нет смысла останавливать ЭА во втором периоде родов.

Для эпидурального обезболивания нужно использовать низкую концентрацию местных анестетиков в сочетании с наркотическими анальгетиками.

Методики РСА и PIEB имеют преимущество над «ручными» болюсами.