

ASA, яким виконувалась мастектомія або лампектомія з аксілярною лімфодисекцією. Пацієнтки були розподілені на дві групи. У першій групі перед операцією виконувалась пекторальна блокада розчином ропівакаїну 0,375% 20 і 10 мл за методикою Бланко, у другій — паравертебральна блокада на рівні 3–4-го грудного хребця розчином ропівакаїну 0,5% 20 мл. Після чого в обох групах проводилась тотальна внутрішньовенна анестезія. В післяопераційному періоді оцінювали інтенсивність болю за цифровою рейтинговою шкалою болю (ЦРШ) від 0 до 10 відразу після операції та через 2, 6, 12, 24 години, а також час і дозу введених наркотичних (промедол 20 мг) та ненаркотичних (кетопрофен 100 мг) анальгетиків. **Результати.** Тридцять пацієнтів було розподілено на дві рівні за кількістю групи, які статистично не відрізнялись за віком та масою. Співвідношення лампектомій до мастектомій в групі пекторальної блокади — 10/5, паравертебральної — 11/4. Результати наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Показник	Пекторальна блокада		Паравертебральна блокада		p
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Промедол, мг	8,7	10,13	5,5	9,34	0,462
Кетонал, мг	47,6	74,96	72,7	78,62	0,383
ЦРШ 0	0,8	1,08	0,5	0,52	0,663
ЦРШ 2	1,8	1,64	1,4	0,97	0,731
ЦРШ 6	1,8	1,52	2,2	2,25	0,829
ЦРШ 12	2,2	1,89	2,0	1,67	0,902
ЦРШ 24	1,8	1,29	1,6	1,20	0,726
Час до першого знеболювання, хв	529,0	164,80	410,0	205,26	0,074

Висновки. Після операцій з приводу новоутворень молочної залози статистично значимої різниці в інтенсивності болю, потребі в наркотичних й ненаркотичних анальгетиках і в часі до їх першого введення в групі паравертебральної та пекторальної блокад не було.

УДК 615.211:616-089.168.1

Маслій В.А., Гомон М.Л., Вигонюк А.В., Гончарук О.С., Перова В.П., Пахно І.П.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Ефективність післяопераційного знеболювання при лапароскопічних холецистектоміях

Вступ. Незважаючи на розвиток сучасних методик знеболювання, більше ніж у половини пацієнтів зберігається виражений больовий синдром у післяопераційному періоді. Скорочення тривалості та зменшення травматичності оперативних втручань

посилює коливання інтенсивності больового синдрому, оскільки достатня післяопераційна аналгезія при таких умовах не досягається [1, 2]. **Мета роботи:** дослідити вираженість післяопераційного больового синдрому при лапароскопічних холецистектоміях, що виконуються під інгаляційною анестезією, з метою оцінки доцільності його корекції. **Матеріали та методи.** Проведено моніторинг 147 хворих, яким виконано лапароскопічну холецистектомію під інгаляційною анестезією севофлураном у Вінницькій ОКЛ ім. М.І. Пирогова та Вінницькій МКЛ № 1. Післяопераційне знеболювання включало використання НПЗП (декскетопрофен) за 10 хв до закінчення операції та подальше введення кожні 8 годин. Оцінка больового синдрому проводилась за візуальною аналоговою шкалою болю через 2, 6, 12, 24, 48, 72 години після операції. **Результати.** Отримані результати показали, що в першу добу коливання больового синдрому вище 6 балів відмічалось у 38 пацієнтів (25,8%), вище 3 балів — у 126 пацієнтів (85,7%), що говорить про надлишкову вираженість больового синдрому у більшості хворих. На 2-гу добу виражений больовий синдромом більше 3 балів спостерігався у 32 пацієнтів (21,7%). На 3-тю добу — лише у 2 пацієнтів. Разом із тим коливання больового синдрому в першу добу на 2, 6, 12, 24-ту години в діапазоні від 0 до максимальних величин спостерігалось у всіх пацієнтів, що свідчить про відсутність рівномірного післяопераційного знеболювання. При додатковому аналізі 21 хворих, в яких больовий синдром не перевищував 3 балів, виявлено, що вони отримували системно два знеболюючі засоби одночасно: НПЗП та наркотичний анальгетик через 2 години після операції. **Висновки.** Існує проблема адекватного післяопераційного знеболювання після лапароскопічної холецистектомії, яка вимагає більш глибокого дослідження. Ефективність післяопераційного знеболювання певною мірою залежить від рівності знеболюючої дії анальгетиків.

Список літератури

1. Бишовець С.М. Трикомпонентна місцева анестезія для знеболювання лапароскопічних втручань // Український медичний часопис. — 2013. — № 4(96). — С. 147-150.
2. Baratta J., Schwenk E.S., Viscusi E.R. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management / Baratta J., Schwenk E., Viscusi E. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2014. — № 134(4). — P. 15-21.

Масуді А.В., Донець В.В., Мельник О.Ф., Злочевський О.М., Дивак В.В.
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна

Анестезіологічне забезпечення пацієнта з міастенією без використання міорелаксантів під час тимектомії (клінічний випадок)

Вступ. Міастенія гравіс — це аутоімунне захворювання, при якому відбувається ураження нервово-м'язових синапсів. Щорічна захворю-

ваність становить близько 0,4 випадки на 100 000 населення, поширеність міастенії коливається в межах 10–24 на 100 000 населення. В нашій статті буде описано клінічний випадок використання комбінації севофлурану та фентанілу під час індукції та підтримання анестезії у пацієнта з пухлиною тимуса, не застосовуючи міорелаксантів. **Клінічний випадок.** Пацієнта N., 21 рік, було оглянуто в торако-пульмональному центрі. Діагноз: міастенія, генералізована форма з бульбарним синдромом та верхнім парапарезом. За даними електроміографії (ЕМГ) реєструється декремент амплітуди хвилі М-відповіді — 60 % від норми. Чіткі ознаки порушення нервово-м'язової передачі, більше в бульбарних відділах. Під час ЕМГ при контрольній стимуляції каліміном (за 50 хв 0,5 табл.) реєструється зменшення декремента М-відповіді на 25 % чистої проби. Аналіз крові на рецептори до ацетилхоліну АТ IgG — 31,67 нмоль/л (більше 0,50 позитивного результату). На СКТ грудної клітки наявні ознаки об'ємного утвору переднього середостіння, картина найбільш характерна для тимоми. Передопераційна премедикація не проводилась. Пацієнт продовжував приймати за звичайним графіком курс піридостигміну. Індукцію в анестезію було виконано внутрішньовенним введенням фентанілу 2 мг/кг та інгаляцією севофлурану з МАК 7 %. Після 3-хвилинної інгаляційної індукції севофлураном через лицеву маску спостерігалась достатня м'язова релаксація для проведення інтубації трахеї. Трахею заінтубовано без застосування м'язових релаксантів. Підтримання анестезії здійснювалось севофлураном з МАК 2,5 % та болюсним введенням фентанілу. Для підтримання анестезії міорелаксанти не застосовувались. Тимектомію виконано успішно. Пацієнт виконував команди, що сигналізували про відновлення м'язового тону, та був екстубований через 3 хвилини після припинення введення анестетика. **Висновки.** Таким чином, можна зробити висновки, що севофлуран є інгаляційним анестетиком, який забезпечує надійну індукцію та є достатнім для підтримання анестезії під час оперативного втручання на тимусі у пацієнтів з міастенією.

Список літератури

1. *Myasthenia Gravis: Towards A Safer Anesthesia Technique. Clinical Experience and Review of Literature / M. Elarief, E. Ibrahim, P. Magadi // The Internet Journal of Anesthesiology. — Vol. 11, № 2.*
2. *Myasthenia gravis and sevoflurane — a case report-gulcanerik / Isil Karabeyoglu // E. J. Anesth. — 2007. — 19(1).*
3. *Jamal B. T., Herb K. Perioperative management of patients with myasthenia gravis: prevention, recognition, and treatment // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. — 2009. — 107. — 612.*

УДК 616-001.3-031.81-08-059:[613.2-032:611.34]

Матолінець Н.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Ефективність раннього ентерального харчування з розширеним білково-калорійним забезпеченням у комплексі інтенсивної терапії пацієнтів із політравмою

Вступ. Білково-енергетичний гомеостаз в умовах адекватного кисневого режиму становить основу життєдіяльності організму людини і є важливим фактором в боротьбі з критичним станом [1]. Необхідність ідентифікувати, лікувати, попереджувати тяжкі порушення нутритивного балансу у пацієнтів із політравмою залишається одним із основних компонентів інтенсивної терапії (ІТ). Недостатня увага проблемі компенсації різко зростаючих енергетичних потреб призводить до швидкої декомпенсації адаптаційних можливостей і розвитку тяжко коригованих ускладнень, у тому числі синдрому поліорганної недостатності. Правильний вибір часу та методу нутритивної терапії, складу та енергетичної цінності харчових сумішей сприяє зниженню метаболічної реакції на стрес [2]. **Мета:** оцінити ефективність раннього ентерального харчування з розширеним білково-калорійним забезпеченням згідно з протоколом РЕР uP (Enhanced Protein-Energy Provision via the Enteral Route Feeding Protocol in Critically Ill Patients) в комплексі ІТ пацієнтів із політравмою. **Матеріали та методи.** Аналіз даних клінічного обстеження і лікування 25 пацієнтів з політравмою, яким проводилась нутритивна терапія методом раннього ентерального харчування з розширеним білково-калорійним забезпеченням, згідно з протоколом РЕР uP [4], доставлених у відділення анестезіології та ІТ в середньому через 0,5 години після травми. Середній вік постраждалих — $48,4 \pm 5,2$ року. Визначали такі показники, як рівень інфекцій, частота синдрому м'язової слабості в палаті ІТ, летальність, кількість днів перебування на вентиляції, тривалість лікування, повторні госпіталізації. Показники порівнювали між основною групою пацієнтів та хворими, у яких нутритивна підтримка проводилась згідно з Європейськими рекомендаціями з клінічного харчування [3] із застосуванням стандартних полімерних сумішей (група порівняння — 20 хворих). Проводилась оцінка нутритивного статусу та розрахунок необхідного складу й енергетичної цінності сумішей для харчування з метою досягнення позитивного балансу азоту. **Результати.** В основній групі використовували режим раннього ентерального харчування — у перші 12–24 год, відразу після гемодинамічної стабілізації пацієнта та нормалізації кисневого статусу пацієнти отримували білково-насичені спеціалізовані напівелементарні суміші на основі пептидів (Peptamen AF), які