

ретракції — до 27,7 [20,3–35,1] %. На 8-му — 10-ту добу після проведеної ТЛТ на тлі антикоагулянтної терапії значення спонтанного фібринолізу збільшилися до 11,9 [9,8–14,1] % ($U_{1-2} = 67,3$, $p = 0,19$), проте залишалися зниженими за норму, що відображало триваючу антикоагулянтну недостатність фібринолітичної ланки. D-димер зменшився до 2,2 [1,73–4,1] мкг/мл ($n = 17$), проте перевищував допустимі значення, що відображало одночасний перебіг патологічного тромбоутворення і лізису «поперечно-зшитого» фібрину. **Висновки.** У пацієнтів з гострою ТЕЛА високого і високого — проміжного ризику спостерігається пригнічення фібринолітичної активності на фоні гіперкоагуляційної спрямованості змін в системі згортання крові і порушення гемостатичних властивостей згустку. Після проведеної ТЛТ відбувається критичне виснаження спонтанного фібринолізу при збереженні системної гіперкоагуляції. На 8-му — 10-ту добу терапевтичний рівень антикоагуляції ще не досягнутий: залишається зниженою фібринолітична активність, триває коагуляційна нестабільність — підвищений рівень D-димеру, що зумовлює необхідність продовжувати антикоагулянтну терапію.

Список літератури

1. Муризіна О.Ю. Динаміка гемостазиограми при гострій ТЕЛА високого ризику і проведенням системним тромболізисом // Біль, знеболення та інтенсивні терапія. — № 3. — С. 104–105.

УДК 618.4-089.5-031.3

Настенко О.М.¹, Фесенко В.С.²

¹Міський клінічний пологовий будинок № 6, м. Харків, Україна

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Дві новинки для акушерських анестезіологів

Спинальна анестезія (СА) для кесарева розтину є золотим еталоном, але має дві давні проблеми. Під час операції часто виникає глибока артеріальна гіпотензія. Після операції можливий післяпункційний головний біль (ППГБ), консервативне лікування якого не завжди надійне, а усунення епідуральним пломбуванням автокров'ю (ЕПАК) не позбавлене ризиків. Нещодавно два випадкові спостереження породили дві новинки. У 2016 році італійський анестезіолог Торроні помилково почав вводити окситоцин не після розродження, а одразу після виконання СА, вчасно це помітив і ввів лише 1/10 планованої дози, тобто 0,5 МО, але після того гіпотензія була меншою. Він навчив українських колег, які підтвердили ефективність методу Торроні для матерів [1, 2] і безпечність для плодів [2, 3]. У 2014 році в Єгипті через неефективність консервативного лікування ППГБ було заплановане ЕПАК, але спершу в/в вве-

дені прозерин (20 мкг/кг) з атропіном (10 мкг/кг) для стимуляції перистальтики. За годину після того ППГБ зник, ЕПАК не знадобилося. Подальші дослідження єгипетських анестезіологів [4] показали, що в жінок із ППГБ після СА для кесарева розтину, на тлі консервативного лікування парацетамолом і кофеїном (як і в контрольній групі), в/в повільне введення прозерину й атропіну з інтервалом 8 годин значно зменшувало ППГБ, ЕПАК нікому не знадобилося. Побічні ефекти: кольки в животі (20 %), посмикування м'язів (15 %), гіперактивність сечового міхура (12 %). У дітей побічних ефектів не було (їх не прикладали до грудей 24 години після останньої дози прозерину й атропіну). У контрольній групі 16 % потребували ЕПАК. Слід зазначити, що вказані дози для середньої дорослої людини становлять приблизно 1 ампулу атропіну та 3 ампули прозерину — такі дози давно вживалися в нашій хірургії для стимуляції перистальтики. Єгипетського методу ми ще не дослідили.

Список літератури

1. Fesenko V., Nastenko O., Torroni P. // *Anestezjologia Intensywna Terapia (Poland)*. — 2017. — 49(Suppl. 2). — 23.

2. Фесенко В.С., Назаренко Л.Г., Козьмук Е.В., Настенко А.М. // *Акушерство. Гінекологія. Генетика*. — 2017. — Т. 3, № 4. — С. 5–9.

3. Fesenko V., Nazarenko L., Kozmuk O., Nastenko O., Torroni P. // *Eur. J. Anaesthesiol.* — 2018. — 35(Suppl. 56). — 96.

4. Abdelaal Ahmed Mahmoud A., Mansour A.Z., Yassin H.M. et al. // *Anesth. Analg.* — 2018 Dec. — 127(6). — P. 1434–1439.

УДК 616.-089.5-036

Науменко В.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Оптимізація анестезіологічного забезпечення із застосуванням BIS-технології в амбулаторній стоматологічній практиці

Вступ. Однією з особливостей наркозу в амбулаторній стоматології є необхідність підтримки його поверхневого рівня, тому що заглиблення до хірургічних стадій асоціюється з негативним впливом на автоматизм регуляції дихання та кровообігу, що досить тяжко регулювати в амбулаторних умовах. Одним з ефективних методів оцінки якості гіпногичного впливу анестетиків вважається BIS-технологія. **Мета дослідження:** оцінити ефективність застосування BIS-моніторингу при анестезіологічному забезпеченні в амбулаторній стоматологічній практиці. **Матеріали та методи.** Досліджено 82 пацієнти ($43,7 \pm 6,8$ року), тільки чоловіки, яким в амбулаторній стоматологічній клініці проводилися втручання тривалістю $2,6 \pm$