

четання с контролюємою пацієнтом аналгезією фентанилом в розведенні 10 мкг/мл в/в по требованню і декскетопрофен 50 мг с парацетамолом 1 г в/в через 8 часів. Група В (контрольна): омнопон 20 мг і анальгін 1 г внутримышечно через 8 часів. Пролиферативну активність Т-лімфоцитів крові определяли морфологічним методом в реакції бласттрансформації лімфоцитів с использованием фитогемаглютинина или моноклональних антител к лейкоцитарному антигену CD3 и исследовали в 4 етапа: перед операцією, на 3-и, на 7–10-е сутки п/о и на 3-м місяці п/о. **Результати.** ІА севораном в групі А зменшує активність Т-лімфоцитів в ранньому п/о періоді ($p < 0,05$) в порівнянні с пропифолом в групі В (3-и сутки п/о: $A_2 - 12,3 \pm 12,4\% vs 30,75 \pm 21,58\% - B_2$, $p = 0,0213$). Пропифол для ТВВА зберігає активність Т-лімфоцитів в ранньому п/о періоді ($p < 0,05$) в порівнянні с севораном. Применение ЭА в групах А и В виявило восстановление активности Т-лімфоцитів до исходных значений перед операцією и больше к 3-му місяці п/о ($p < 0,05$) в порівнянні с опиоидом омнопон для п/о обезболивания (3-й місяць п/о: $A_4 - 63,3 \pm 10,1\% vs 30,9 \pm 24,9\% - B_4$, $p = 0,00519$) (3-й місяць п/о: $B_4 - 39,60 \pm 22,64\% vs 17,8 \pm 24,2\% - B_4$, $p = 0,0498$). **Выводы.** Пропифол для ТВВА зберігає активність Т-лімфоцитів в порівнянні с ІА севораном у пацієнтів с колоректальним раком. ЭА ефективніше впливає на восстановление активности Т-лімфоцитів в віддаленому післяопераційному періоді в порівнянні с опиоидом омнопон для п/о обезболивания у пацієнтів, оперированих по поводу колоректального рака.

Список литературы

1. Клінічний протокол медичної допомоги, колоректальний рак // Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.07.2016 № 703.
2. Kim R. Effects of surgery and anesthetic choice on immunosuppression and cancer recurrence // J. Transl. Med. — 2018. — 16. — P. 8.
3. Kim R. Anesthetic technique and cancer recurrence in oncologic surgery: unraveling the puzzle // Cancer Metastasis Rev. — 2017. — 36. — P. 159-177. doi: 10.1007/s10555-016-9647-8.

УДК 616.24-002-053.3-08-06:616-005.2/.3]-079.8

Городкова Ю.В., Курочкін М.Ю.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Аналіз змін центральної гемодинаміки у дітей раннього віку з позалікарняними пневмоніями ускладненого перебігу

Вступ. Серед ускладнень пневмонії виділяють кардіореспіраторні та циркуляторні порушення [1], але у літературі знайдено небагато досліджень про стан гемодинаміки (ГД) у дітей, хворих на позалі-

карняну пневмонію (ПП). **Мета:** дослідити стан центральної ГД у дітей, які потребують інтенсивної терапії (ІТ), у тому числі з включенням у комплексну ІТ дискретного плазмаферезу (ДПФ), з приводу ПП. **Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 34 дітей віком 1–3 роки з ПП ускладненого перебігу, які знаходились на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) КУ «Запорізька міська багатопрофільна дитяча лікарня № 5» з 2001 до 2017 р. До І групи увійшли діти, яким у комплексній ІТ проводився ДПФ ($n = 21$), до ІІ — діти, які отримували базисну терапію ($n = 13$). **Результати.** При надходженні дітей до ВАІТ вірогідних відмінностей у показниках частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ) у групах не спостерігалось. Протягом першої доби лікування відмічена позитивна динаміка — вірогідне зменшення тахікардії в обох групах, але на другу добу терапії в І групі вірогідних змін вже не відмічалось (ЧСС вище від норми на 30%), а у ІІ групі позитивна динаміка продовжувалася — ЧСС знижувалася (на 13% вище від норми), $p < 0,05$. У більшості хворих на другий день терапії проводився перший сеанс ДПФ. Різниця показників ЧСС була статистично значуща ($p < 0,01$) на третю добу після проведення ДПФ. У І групі у першу добу УІ становив $36,1 \pm 7,3$ мл/м² (нижче за норму на 2,7%), СІ — $5,3 \pm 1,1$ л/хв/м² (тенденція до гіпердинамії за рахунок тахікардії), через добу після ПФ відповідно $45,2 \pm 11,8$ мл/м² (у межах норми), СІ — $6,0 \pm 1,6$ л/хв/м², при переводі в інше відділення — $42,3 \pm 10,1$ мл/м² та $5,0 \pm 1,2$ л/хв/м², у ІІ групі у першу добу: УІ — $44,0 \pm 5,7$ мл/м², СІ — $5,8 \pm 1,5$ л/хв/м², на 5-ту добу — $45,2 \pm 9,7$ мл/м², СІ — $5,7 \pm 0,9$ л/хв/м². **Висновки.** Тахікардія є переважаючим варіантом серцевого ритму у клініці ускладнених пневмоній у дітей, що сприяє циркуляторній гіпердинамії, а у дітей зі зниженим УІ — нормодинамії. Проведення ПФ сприяє регресу тахікардії та нормалізації УІ. Необхідність проведення ПФ виникає при відсутності або недостатньому позитивному клінічному ефекті від базисного лікування у ВАІТ.

Список литературы

1. Майданник В.Г. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування позалікарняної пневмонії у дітей з позиції доказової медицини / В.Г. Майданник, Є.О. Ємчинська // *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології*. — 2014. — № 3. — С. 57.

Гріжимальський Є.В., Гарга А.Й.,
Суліменко Є.М., Буднік Н.М., Ступакова Г.В.,
Сівук С.О.
Пологовий будинок «Лелека», м. Київ, Україна

Patient Blood Management при placenta percreta

Однією з основних причин материнської смертності в ХХІ столітті є маткова післяпологова кровотеча. Незначний період ейфорії акушерської спільноти, пов'язаний з успіхами в лікуванні гіпо-