

четанні 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-й, 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 пропופолом в групі В (3-й сутки п/о: $A_2 - 12,3 \pm 12,4\% vs 30,75 \pm 21,58\% - B_2$, $p = 0,0213$). Пропофол 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 активності Т-лімфоцитів до исходних значень перед операцією и більше 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.** Пропофол для ТВВА зберігає активність Т-лімфоцитів в порівнянні с ІА севораном у пацієнтів с колоректальним раком. ЭА ефективніше впливає на восстановление активності 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-

тонічних і коагулопатичних кровотеч, закінчився з появою нової проблеми, раніше не передбачуваної, часто ятрогенної, — проростання плаценти в матку в ділянці післяопераційного рубця. Поява якісного ультразвукового дослідження і магнітно-резонансної томографії дало можливість діагностувати дану патологію у допологовому періоді з високою точністю. Перед лікарями залишається відкритим питання: що робити при проростанні плаценти (placenta percreta), коли трофобласт проростає не тільки крізь міометрій і вісцеральну очеревину, але й у сечовий міхур? Існує три методи лікування проростання плаценти: 1) консервативний (самостійна резорбція плаценти) з можливим застосуванням метотрексату; 2) екстирпативний (видалення плаценти з попереднім застосуванням різних методів деваскуляризації матки: емболізація маткових артерій (ЕМА), тимчасова балонна оклюзія клубових артерій матки, лігування судин хірургічним шляхом); 3) гістеректомія без спроби відділення плаценти. У пологовому будинку «Лелека» використовують сучасний метод допомоги, рекомендований при даній патології. Він полягає у виконанні серединної лапаротомії та донному кесаревому розтині з подальшою емболізацією маткових артерій. Передопераційна підготовка, крім усього загальноприйнятого, передбачає реалізацію кровозберігаючих технологій, таких як аутоплазмонорство, передопераційна гемодилуція й інтраопераційна реінфузія крові (Cell saver). Операція виконується в плановому порядку на 34-му тижні вагітності. Всі пацієнти, які мали дану патологію, виписані в задовільному стані.

Гріжимальський Є.В., Гарга А.Й.,
Суліменко Є.М., Буднік Н.М.,
Ступакова Г.В., Сівук С.О.

Пологовий будинок «Лелека», м. Київ, Україна

QL-блок як ефективний компонент післяопераційної аналгезії в акушерстві

Адекватна післяопераційна аналгезія кесарева розтину є життєво важливою, бо має безпосередній вплив на хірургічне відновлення, ранню мобілізацію пацієнтки, таким чином знижуючи розвиток потенційних ускладнень, таких як венозний тромбоемболізм, формування хронічних больових синдромів, розвитку післяпологової депресії. Незважаючи на те, що протягом останніх років було впроваджено новітні методики та підходи до післяопераційної аналгезії кесарева розтину, огляд літератури свідчить, що ми ще знаходимося далеко від досягнення оптимальної післяопераційної аналгезії, в тому числі після кесарева розтину. Мультиmodalний підхід до знеболювання — одна з ключових ланок системи прискореного відновлення пацієнтів після оперативних втручань ERAS, що базується виключно на даних доказової медицини (Enhanced Recovery After Surgery — ERAS). У своїй практиці ми впрова-

дили застосування сучасного регіонарного блока — Quadratus lumborum block (QL-блок). QL-блок — це блок задньої черевної стінки, що проводиться виключно під контролем ультразвуку. Він був вперше описаний Blanco як варіант TAP-блока у 2007 році. Значно пізніше він зробив детальний опис блока і назвав його QL-блок, відповідно до назви м'яза *quadratus lumborum*. **Власний досвід.** За 2018 рік у пологовому будинку «Лелека» відбулось 1910 пологів, із них 477 — за рахунок кесарева розтину (25 %). З метою післяопераційного знеболювання у 106 пацієнток виконано QL-блок. Одразу після закінчення операції в умовах операційної проводиться білатеральний QL-2-блок з введенням бупівакаїну 0,25% (лонгокаїн) 25 мл з додаванням дексаметазону по 2 мг з кожного боку. Використовувався УЗ-сканер Samsung Medison SonoAce R7 з конвексним датчиком. Компонентами мультиmodalної аналгезії також був декскетопрофен (кейвер) 50 мг в/в 3 р/д та парацетамол (інфлуган) в/в 1 г 4 р/д. Нам вдалося досягнути якісної післяопераційної аналгезії у 94 пацієнток (88,6 %) без застосування опіоїдів. Провівши огляд сучасної наукової літератури щодо техніки виконання, показань і протипоказань до застосування QL-блока як компонента мультиmodalної аналгезії у післяопераційному періоді, а також на основі власного досвіду застосування даної методики, можна стверджувати, що QL-блок є якісною альтернативою опіоїдам для післяопераційного знеболювання в акушерстві.

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

Blood patch як метод вибору лікування постпункційного головного болю

Періопераційна безпека регіонарної анестезії вища, ніж загальної, і це встановлений факт, проте при її виконанні можливий ряд ускладнень, одним з яких є ненавмисний прокол твердої мозкової оболонки (ТМО) та, як наслідок, постпункційний головний біль (ППГБ). Дані різних досліджень з ППГБ сильно варіюють. Так, головний біль зустрічається в 30–50 % випадків після діагностичної або лікувальної люмбальної пункції, у 0–5 % випадків — після спінальної анестезії і також більше 85 % випадків — ненавмисної пункції твердої мозкової оболонки під час епідуральної анестезії/аналгезії пологів [1]. Чинниками, що впливають на виникнення ППГБ, є: вік пацієнта, стать, розмір голки, кут напрямку голки до твердої мозкової оболонки та тип голки, досвід анестезіолога [2]. Причиною розвитку ППГБ є витікання цереброспінальної рідини через отвір у ТМО, що виникає після пункції. Головний біль може поєднуватись з нудотою, запамороченням, диплопією. Проаналізувавши нашу роботу за 2018