

рік, а це 1910 пологів (73,2 % епідуральних анальгезій в пологах), ми мали ППГБ внаслідок ненавмисного проколу ТМО у 2 пацієнток. Згідно з прийнятим у нашій клініці локальним протоколом, ми застосували для лікування ППГБ пломбування автокров'ю (blood patch). Ця процедура являє собою ін'єкцію 20 мл гомологічної крові в епідуральний простір. Частота успіху цих маніпуляцій (за даними зарубіжної літератури) досить висока (> 95 %), хоча іноді їх доводиться повторювати. У вітчизняній літературі досить мало даних щодо виконання взагалі blood patch. ППГБ після пломбування автокров'ю купіруваний, на третю добу післяпологового періоду пацієнтки виписані додому. Через 10 днів у телефонній розмові жінки підтвердили, що мають гарне самопочуття, головний біль більше не турбував.

Список літератури

1. Cambell N.J. // *Anesthesia tutorial of the week*. — 2010 May.
2. Bezov D., Lipton R.B., Ashina S. *Post-dural puncture headache: part I diagnosis, epidemiology, etiology, and pathophysiology* // *Headache*. — 2010 Jul. — 50(7). — P. 1144-52.

Грижимальський Е.В., Гарга А.И., Сулименко Е.Н., Будник Н.Н., Ступакова А.В., Сивук С.О., Угнивенко С.В. Роддом «Лелека», г. Київ, Україна

Современные принципы обезбоживания родов

Епідуральна анальгезія (ЕА) — це найбільш ефективний спосіб боротьби з родовою боллю. В Україні це вельми спорна тема, незважаючи на достаточне кількість метааналізів і статей. Существує думка, що ЕА не тільки продовжує роди, але і призводить до підвищення частоти оперативних і інструментальних родорозрешень. Також немає чіткості в розумінні, коли потрібно починати обезболювання і що робити з обезболюванням в другому періоді родов. В той же час в недавньому огляді Кокрановської бази даних епідуральна анальгезія була визнана найбільш ефективним способом управління болями порівняно з інгаляційною анестезією, опіоїдними і неопіоїдними анальгетическими засобами системного дії, немедикаментозними засобами. В клініці «Лелека» для обезболювання родов активно використовується епідуральна анальгезія. Для епідурального обезболювання застосовується ропівакаїн в концентрації від 0,1 до 0,2 % в об'ємі 10–12 мл в поєднанні з фентанилом по методу Programmed Intermittent Epidural Boluses (PIEB). Комбінація цих препаратів дозволяє знизити дозу місцевої анестетики. В результаті блокуються канали восприяття болю, але чутливість рухових нервів зберігається. Ми досягаємо необхідного балансу між ступенем обезболювання і збереженням свободи рухів.

Проаналізувавши нашу роботу за 2018 рік, а це 1910 родов, встановили, що 1170 з них — епідуральні анальгезії (73,2 %). З 1170 пацієнток роди закінчилися кесаревим сеченням у 162 (13,8 %), вакуум-екстракцією — у 30 пацієнток (2,5 %). Імаючи такі дані, ми прийшли до висновку:

1. Обезболювання родов — це дуже важливий аспект організації родовспоможення. Ефективне обезболювання з використанням нейроаксимальної анальгезії розчинами місцевої анестетики в низькій концентрації — це безпечний метод обезболювання родов.
2. Немає потреби затримуватися з початком епідуральної анальгезії в родах, її можна починати після першої прохби жінки про обезболювання.
3. ЕА не призводить до збільшення ймовірності кесарева сечення порівняно з парентеральним введенням наркотических анальгетиків. Вона може призвести до незначительного збільшення інструментального родорозрешення через естественні родові шляхи.
4. Використання епідуральної анальгезії не впливає на ризик негативних неонатальних результатів.
5. Немає сенсу зупиняти ЕА в другому періоді родов.
6. Для епідурального обезболювання потрібно використовувати низьку концентрацію місцевої анестетики в поєднанні з наркотическими анальгетиками.

Грижимальський Е.В., Сивук С.О., Гарга А.И., Сулименко Е.М., Ступакова Г.В. Пологовий будинок «Лелека», м. Київ, Україна

ERAS-протокол в акушерстві

Актуальність. ERAS — це концепція, що об'єднує різні науково обґрунтовані аспекти періопераційної допомоги для прискорення відновлення пацієнтів. ERAS-протокол широко використовується в різних хірургічних спеціальностях та включає заходи, що охоплюють передопераційний, інтраопераційний та післяопераційний періоди, метою яких є прискорити одужання пацієнта та зменшити термін перебування в лікувальному закладі. **Наш підхід.** У пологовому будинку «Лелека» ми впровадили саме таку тактику ведення пацієнтів, яким планується кесарів розтин. **I. Передопераційна підготовка.** 1. Консультація та навчання (надання повного обсягу інформації щодо процедури, чого саме очікувати під час операції, плану лікування болю, переваги ранньої мобілізації та раннього харчування). 2. Голодування 6–8 годин до операції, останній прийом прозорих рідин за 2 години до операції. 3. Скринінг на анемію та медикаментозна корекція при необхідності. **II. Інтраопераційна підготовка.** 1. Антибіотикопрофілактика препаратом широкого спектра (ампіцилін) дії протягом 60 хв до початку операції. 2. Тромбопрофілактика (специфічна або/та неспецифічна). 3. Використання інфузії мезатону для профілактики

та лікування гіпотонії у матері, викликаной нейроаксіальною анестезією, починаючи зі швидкості 50 мкг/хв. 4. Активне зігрівання пацієнток та використання підігріву розчинів для внутрішньовенних інфузій. 5. Нейроаксіальна анестезія. 6. Профілактика післяопераційного блювання та нудоти (метоклопрамід, ондансетрон). 7. Ранній контакт матері та новонародженого. 8. Використання низьких доз окситоцину. **III. Післяопераційний догляд.** 1. Ранне ентеральне харчування. 2. Мультиmodalна аналгезія (нейроаксіальна аналгезія, пероральна аналгезія, блокади периферичних нервів, НПЗП). 3. Рання мобілізація. 4. Ранне видалення сечового катетера. **Висновки.** Дотримання основних принципів ERAS-протоколу сприяє швидшому одужанню після пологів шляхом операції кесарів розтин. Крім того, здатність особисто піклуватися за своєю новонародженою дитиною дає додаткову мотивацію для повернення до звичного життя.

Список літератури

1. Benhamou D., Kfoury T. Enhanced recovery after caesarean delivery: Potent analgesia and adequate practice patterns are at the heart of successful management // *Anaesth. Crit. Care Pain. Med.* — 2016. — 35(6). — P. 373-5.
2. Aluri S., Wrench I.J. Enhanced recovery from obstetric surgery: a U.K. survey of practice // *Int. J. Obstet. Anesth.* — 2014. — 23(2). — P. 157-60.

УДК 618.13-072.1-089

Гриценко С.Н.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Два метода ведения периоперационного периода при лапароскопических операциях на придатках матки

Введение. Ускоренное восстановление после операций (fast-track surgery) — это концепция, предусматривающая комплекс мер в периоперационном периоде, направленных на уменьшение сроков госпитализации и реабилитации после плановых гинекологических операций [1, 2]. **Цель работы:** оценить влияние методики ранней мультиmodalной реабилитации на течение послеоперационного периода при лапароскопических операциях на маточных придатках. **Материалы и методы.** В основной группе (26 больных) применяли протокол (FTS). В контрольной группе (53 больных) использовали традиционное ведение. В обеих группах лапароскопические операции проводили под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Послеоперационное обезболивание включало декскетопрофен, кеторолак, парацетамол. Оценивали уровень боли в покое и при кашле (100-мм визуальная аналоговая шкала). Измеряли концентрацию в крови корти-

зола, про- и противовоспалительных цитокинов. **Результаты.** При кашле показатели оценки боли были лучше в группе с FTS. В течение первых суток наблюдали снижение уровня боли при кашле через 6 и 24 часа в 30,5 и 38,7 % соответственно, что является значимым для состояния пациенток. После операций с FTS наблюдали достоверное снижение концентрации провоспалительного интерлейкина на 49,2 %, что свидетельствует о меньшей вероятности развития воспалительных осложнений. Срок извлечения мочевого катетера и дренажей сократился в 3,2 раза (то есть более чем на 17 часов), что дало возможность ранней активизации пациенток. Восстановление перистальтики и возможность вертикализации пациенток основной группы наступали раньше, чем у пациенток контрольной группы. Послеоперационный койко-день у пациенток основной группы (FTS) был на 46,4 % короче, чем у пациенток с традиционным ведением. **Выводы.** Внедрение концепции Fast track surgery дало возможность добиться значительного сокращения послеоперационных койко-дней, что, несомненно, имеет экономический эффект и повышает престиж работы врачей.

Список литературы

1. Wodlin N.B. The development of fast-track principles in gynecological surgery / N.B. Wodlin, I. Nilsson // *Acta Obstetr. Gynecol. Scand.* — 2013. — Vol. 92, № 1. — P. 17-27.
2. Bedaiwy M.A. Laparoscopic single-site for benign ovarian cystectomies / Bedaiwy M.A., Sheyn D., Eghadami L., Abdelhafez F.F., Volsky I.G., Nickles-Fader A., Escobar P.E. // *Gynecologic and Obstetric Investigation.* — 2015. — Vol. 79. — P. 179-183.

УДК 617-089.5-031.81-

032:[611.14:611.2]:615.211/212.7:615.015.6:613.83

Данчина Т.А.^{1,3}, Колесников В.Г.^{1,2}, Дружина О.М.^{1,2}, Лоскутов О.А.^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ, Україна

³Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

Використання мультиmodalної малоопіодної анестезії при оперативних втручаннях у кардіохірургії

Вступ. Лідоканін, 2-дітиламіноацето-2',6'-ксилідид (C₁₄H₂₂N₂O), є місцевим анестетиком амідної групи, був задекларований винахідниками — Нільсом Лофгреном (Nils Löfgren) та його студентом Бенгтом Люндквистом (Bengt Lundqvist) 15 липня 1943 року. Тривалий час його використовували у клінічній стоматології, але саме всесвітньо відомим анестетиком і препаратом вибору для лікування шлуночкових екстрасистолій лідоканін стає лише у 1960-ті роки, коли американські кардіологи вияви-