

та лікування гіпотонії у матері, викликані нейроаксіальною анестезією, починаючи зі швидкості 50 мкг/хв. 4. Активне зігрівання пацієнок 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 ентральне 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 Lofgren) 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-