

рольна група) виконували трансфузію ер/м при зниженні гемоглобіну менше 80–85 г/л та гемокриту менше 25 %; 78 пацієнтам (основна група) проводили ПІ дренажної автокрові з використанням фільтра Lipi Guard SB фірми PALL. Клінічні групи хворих були схожі за віком, статтю, етіопатогенезом, видом і тривалістю операції. **Результати.** Встановлено, що в основній групі загальна КВ становила 670,9 мл, із них протягом операції — 229,7 мл (34 %), упродовж першої п/о доби — 441,2 мл (66 %). У контрольній групі загальна КВ — 667 мл, із них операційна — 225,8 мл (37 %) та п/о — 441,2 мл (63 %). Середні показники крові у хворих (чисельник) та дренажної крові (знаменник) малорізнялися: RBC —  $3,77 \times 10^{12}/л/3,34 \times 10^{12}/л$ ; Hb — 115,5 г/л/105 г/л; Ht — 35 %/32,5 %; WBC  $4,5 \times 10^9/л/4,0 \times 10^9/л$ ; PLT —  $10,3 \times 10^9/л/3,7 \times 10^9/л$ . Динаміка показників згортання крові під час операції та п/о в обох групах не відрізнялася і не виходила за межі норми. Варто відзначити, що у контрольній групі потребували трансфузію ер/м 46 хворих у середніх дозах 250 мл. В основній групі реінфузовано 229,5 мл дренажної автокрові. На 2-гу — 3-тю п/о доби клінічний аналіз крові у групах мало відрізнявся, анемії не було. Хворі були активні, не виявилось порушень гемодинаміки та діурезу. **Висновки.** Дренажна кров, що в стерильних умовах зібрана в перші 6 годин, за своїм клітинним складом не відрізнялася від крові пацієнтів і була придатною для реінфузії. Реінфузія зібраної п/о дренажної автокрові дозволяє забезпечити стабільні показники крові хворого без переливання донорської крові.

УДК 616-006.04-089.5

Корецький О.Є., Хитрий Г.П.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

### Мультимодальна анестезія при втручаннях у панкреатодуоденальній зоні

**Вступ.** Рак підшлункової залози є провідною причиною смертності від ракових захворювань у розвинених країнах і вважається одним із найбільш злоякісних новоутворень у всьому світі [1]. На даний час єдиним ефективним лікуванням раку підшлункової залози є хірургічна резекція, після виконання якої п'ятирічне виживання становить приблизно 15–20 % [2]. **Мета:** вивчення ефективності мультимодальної анестезії, що являє собою поєднання епідуральної анальгезії та загальної (внутрішньовенної або інгаляційної) анестезії під час операцій з приводу патології панкреатодуоденальної зони. **Матеріали та методи.** На базі Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» були вивчені та включені в ретроспективне дослідження 29 історій хвороби пацієнтів, яким була виконана панкреатодуоденальна резекція підшлункової залози з приводу

патології панкреатодуоденальної зони. Для визначення впливу епідурального введення морфіну як компонента мультимодальної анестезії пацієнтів було розподілено на дві групи. Група А — 16 пацієнтів, яким одноразово вводився епідурально розчин морфіну 4–5 мг на початку оперативного втручання. Група В — 13 пацієнтів, у яких епідурально морфін не використовувався. **Результати.** У групі А потреба у додатковому введенні фентанілу під час операції була меншою, ніж у групі В (група А —  $0,75 \pm 0,68$  мкг/кг/год; група В —  $1,46 \pm 0,95$  мкг/кг/год),  $p = 0,025$ . Середні дози лідокаїну для епідуральної анальгезії в першу добу після операції були нижчими у групі А ( $0,71 \pm 0,15$  мг/кг/год), ніж у групі В ( $0,88 \pm 0,14$  мг/кг/год),  $p = 0,0094$ . На другу добу після операції не виявлено різниці між середніми дозами лідокаїну для епідуральної анальгезії між групами А та В,  $p > 0,05$ . **Висновки.** Застосування морфіну епідурально інтраопераційно дозволяє зменшити кількість наркотичних анальгетиків упродовж операції. Анальгетичний ефект зберігається протягом першої доби після операції, що проявляється у необхідності менших доз лідокаїну для епідурального знеболювання. Анальгетичний ефект епідурально введеного морфіну не поширюється на другу добу післяопераційного періоду.

### Список літератури

1. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 // *Int. J. Cancer.* — 2015. — 136. — E359-E386. doi: 10.1002/ijc.29210.
2. Kedra B., Popiela T., Sierzega M., Precht A. Prognostic factors of long-term survival after resective procedures for pancreatic cancer // *Hepatogastroenterology.* — 2001. — 48. — 1762-1766 [PMID: 11813619].

УДК 616.831.9-002-053.2/6

Корсунов В.А., Георгіянц М.А., Скорик В.С., Пороша Н.С., Павлов В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

### Можливості використання інтелектуальних режимів респіраторної підтримки під час інтенсивної терапії у дітей

**Вступ.** Розвиток технологій сучасної респіраторної підтримки сприяв створенню інтелектуальних режимів вентиляції, під час здійснення яких частина параметрів дихального циклу обирається за певними алгоритмами. Одним із найбільш просунутих режимів є ASV — адаптивна підтримуюча вентиляція, яка у вітчизняному респіраторі отримала назву AdVent. Попри значний і позитивний досвід використання цього режиму в дорослих пацієнтів, інформація щодо його застосування у педіатрії є доволі обмеженою. **Мета:** визначити