

рольна група) виконували трансфузію ер/м при зниженні гемоглобіну менше 80–85 г/л та гемокриту менше 25 %; 78 пацієнтам (основна група) проводили РІ дренажної автокрові з використанням фільтра Liri 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

можливість використання технології респіраторної підтримки у режимі AdVent у дорослих і дітей різних вікових груп із різними типами дихальної недостатності. **Матеріали та методи.** Під час дослідження у хворих, які надходили до відділень інтенсивної терапії КНП ХОР ОІКЛ та ОДІКЛ, за наявності показань проводилася респіраторна підтримка вентиляторами Uvent T та Uvent A у режимі AdVent. Вік хворих становив від 3 місяців до 36 років. Показаннями до респіраторної підтримки були: синдром Гіена — Барре, гнійний менінгіт, септичний шок із гострим респіраторним синдромом дорослих. **Результати.** У більшості хворих використання режиму AdVent дозволило забезпечити ефективну підтримку газообміну як за гіперметаболических, так і за гіпометаболических умов, зберігаючи легенево-протективні параметри вентиляції. Використання цього режиму сприяє значній економії часу лікаря-анестезіолога, що дає можливість спрямувати вивільнений час на більш детальну та індивідуалізовану інтенсивну терапію інших компонентів критичних станів. Важлива перевага в тому, що цей режим є фактично єдиною платформою респіраторної підтримки — від примусової вентиляції, коли хворий не дихає, до часткової підтримки та відлучення хворого від респіратору за алгоритмом підтримки тиском. **Висновки.** Інтелектуальні режими респіраторної підтримки, а саме AdVent, є перспективним напрямком удосконалення інтенсивної терапії, що здатен збільшити якість вентиляції у хворих, у тому числі дитячого віку, в умовах інтенсивної терапії широкого кола критичних станів, зменшити навантаження на медичний персонал відділень інтенсивної терапії.

УДК 617.58-089.5-031.3.168

Коробко Е.Ю., Георгіянц М.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Ефективність методів субарахноїдальної анестезії при травмах нижніх кінцівок

Вступ. Субарахноїдальна анестезія (СА) поряд із провідниковою є найпоширенішим методом знеболювання, що використовують при травмах нижніх кінцівок [1, 2]. Її висока ефективність та надійність давно доведені клінічним досвідом, однак у доступній літературі мало даних щодо особливостей перебігу СА у пацієнтів із різним рівнем передопераційного психоемоційного напруження. **Мета:** дослідити ефективність методик СА та поєднаної СА із седатцією при травмах нижніх кінцівок під час оперативного втручання за даними клінічних показників і вивчення тривожності пацієнтів. **Матеріали та методи.** В дослідження увійшли 22 пацієнти, які були про-

оперовані з приводу травм нижніх кінцівок у КНП ХОР «Обласна клінічна травматологічна лікарня». За методом знеболювання хворих було розподілено на 2 групи: 1-ша (n = 11; 56,2 ± 6,9 року) — прооперовані в умовах СА; 2-га (n = 11; 53,9 ± 5,1 року) — в умовах СА з подальшою седатцією пропофолом 2 мг/кг/год. Оцінювали показники гемодинаміки (ГД), інтенсивність болю (ІБ) за ВАШ, рівень ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) за Спілбергером — Ханінім до операції та на першу добу після операції (п/о). Статистична обробка отриманих даних здійснена параметричними та непараметричними методами залежно від нормальності розподілу. Для встановлення взаємозв'язків між показниками застосований коефіцієнт кореляції Спірмена. **Результати.** За показниками ГД, об'ємом інфузійної терапії та застосуванням вазопресорів хворі між групами не відрізнялись. Закономірне зниження середнього АТ у межах 74,8 ± 1,6 мм рт.ст. і 71,3 ± 3,1 мм рт.ст. в 1-й та 2-й групах відповідно в умовах субарахноїдального блока не вимагало додаткової корекції у більшості хворих. ІБ за ВАШ до операції становив 6,6 ± 0,4 vs 6,7 ± 0,2 бала, також визначені вагомими рівні СТ (Me = 43 [40; 46] vs Me = 43 [41; 44] бали) і ОТ (Me = 43,5 [42; 48] vs Me = 44 [42; 48] бали), що обумовлено травматичним ушкодженням та очікуванням оперативного втручання. Через добу п/о показники ВАШ знижувались, але були в межах середньої — 5,5 ± 0,5 vs 4,3 ± 0,2 (p < 0,05). На першу добу п/о рівень тривожності в обох групах знижувався, що обумовлено зменшенням болю при анестезії і заспокоєнням хворих СТ (Me = 37 [36; 38] vs Me = 34 [34; 36] бали) і ОТ (Me = 40 [38; 42] vs Me = 38 [36; 38] бали). У хворих обох груп, яким було проведено СА та поєднану із седатцією СА, не виявлено суттєвої кореляції між показниками ВАШ і тривожності. Одним із пояснень цього факту може бути те, що процедура СА загальновідома й зрозуміла для пацієнтів, що знижує психоемоційальне напруження. Крім того, важливим фактором є те, що СА зазвичай займає менше часу та викликає менше дискомфорту під час виконання. **Висновки.** Субарахноїдальна анестезія є ефективним методом знеболювання при операціях на нижніх кінцівках. Поєднання її з інтраопераційною седатцією сприяє зниженню показників інтенсивності болю у післяопераційному періоді.

Список літератури

1. Кохан З.В. Сравнительная оценка состояния гемодинамики у пациентов при блокадах периферических нервов и спинномозговой анестезии во время операций на нижних конечностях / З.В. Кохан, А.В. Брухнов, В.Г. Печерский, А.В. Марочков // Регионарная анестезия и лечение боли. — 2014. — VIII, 3. — 21-25.
2. Сулов В.В., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Спинальная анестезия и анальгезия. — Харьков: «Сим», 2013. — 28.