

сплетення. Її маніфестація відбувалася тільки при інтервенції лапароскопічного порта до черевної порожнини. Це пояснюється значним і різким підвищенням інтраабдомінального тиску й реципрокно відповідної іризації діафрагми. Переведення пацієнтів основної групи перед створенням ПП в позицію Тренделенбурга при аналогічному анестезіологічному супроводі суттєво попереджувало виникнення ПБ. Про біль в плечі, що було оцінено в 2 бали, повідомив 1 (2 %) хворий. При порівнянні отриманих результатів виходить, що переведення пацієнта перед створенням ПП в позицію Тренделенбурга зменшувало у 8 разів виникнення ПБ, а також в 2,3 раза — її інтенсивність. **Висновки.** Переведення пацієнта в позицію Тренделенбурга при створенні ПП значимо зменшувало частоту виникнення та інтенсивність ПБ при лапароскопії під спінальною анестезією.

Список літератури

1. Kumar A. *Laparoscopic cholecystectomy under spinal anaesthesia: a prospective study // Nepal. Med. Coll. J. — 2014. — Vol. 16(2–4). — P. 139-143.*
2. Kaloo P., Armstrong S., Kaloo C., Jordan V. *Interventions to reduce shoulder pain following gynaecological laparoscopic procedures // Cochrane Database Syst. Rev. — 2019 Jan.*
3. Kim J.E., Kim J.Y., Lee H.S., Seok S., Kil H.K. *Analgesic effect of trigger point injection and EMLA for shoulder pain in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled study // Medicine (Baltimore). — 2019. — Vol. 98(2). — P. e14087.*
4. Kainzwaldner V. *Quality of postoperative pain therapy: evaluation of an established anesthesiology acute pain service // V. Kainzwaldner, B. Rachinger-Adam, T. Mioc-Curic, T. Wöhrie, L.C. Hinske, B. Luchting, T. Ewert, S.C. Azad // Anaesthesist. — 2013. — Vol. 62(6). — P. 453-459.*

УДК 615:616-082

Богомол А.Г.¹, Курділь Н.В.², Маркова С.О.³

¹Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, токсикологічний центр, м. Київ, Україна

²ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Міська лікарня швидкої медичної допомоги, м. Миколаїв, Україна

Окремі показники роботи спеціалізованих токсикологічних відділень у 2018 році

Вступ. Значне підвищення рівня хімічної небезпеки в Україні за останні 5 років обумовлює необхідність покращення матеріального і кадрового забезпечення підрозділів спеціалізованої медичної допомоги — токсикологічних відділень. **Матеріали та методи.** Провести порівняльний аналіз показників діяльності спеціалізованих токсикологічних

відділень міст Києва та Миколаєва за 2018 рік. **Результати.** Незважаючи на соціально-економічні відмінності міст Києва і Миколаєва, існує багато спільних питань у роботі спеціалізованих токсикологічних відділень. У 2018 році основною причиною госпіталізації (60 %) була токсична дія речовин переважно немедичного призначення (Т51–Т65), зокрема токсична дія алкоголю (Т51); на другій позиції (25 %) — отруєння лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами (Т36–Т50), на третій — отруєння наркотичними речовинами і психодислептиками (галюциногенами) (Т40). Серед наркотичної групи отруйних речовин слід окремо зазначити отруєння метадону гідрохлоридом, що переважно застосовується внутрішньовенно в поєднанні з іншими наркотичними речовинами (амфетамін, метамфетамін тощо) або лікарськими засобами (димедрол, сульфокамфокаїн тощо), також характерною рисою сучасних наркотичних отруєнь є поєднання наркотичної речовини з алкоголем. Летальні випадки найчастіше спостерігалися серед отруєнь алкоголем, метанолом (та іншими високотоксичними отрутами), чадним газом та неідентифікованими речовинами. У 2018 році відділення працювали з перевантаженням: середнє перебування на ліжку — 1,4 л/день, робота ліжка — більше 450 л/днів, виконання плану — більше 2500 л/днів (план — 1800); у відділеннях відсутня більшість антидотів, рекомендованих МОЗ України. **Висновки.** На сьогодні спеціалізовані токсикологічні відділення міст Києва і Миколаєва потребують покращення кадрового та матеріально-технічного стану, додаткового фінансування та організаційної підтримки з боку департаментів охорони здоров'я місцевих органів самоврядування.

УДК 616.8-009.836+617.089

Бодулев О.Ю., Шкурूपій Д.А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Постопераційна інсомнія: погляд анестезіолога і пацієнта

Серед пацієнтів, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, значна частина відчуває порушення сну. За даними Американської асоціації сну, про короткотривалі порушення сну повідомляють приблизно 30 % дорослих; хронічне безсоння зустрічається у 10 % пацієнтів. Частота інсомнії у післяопераційних хворих може сягати 50 % і створює найбільший дискомфорт для пацієнта протягом перших діб після оперативного втручання [1]. З боку анестезіолога слід враховувати, що порушення сну провокують розвиток післяопераційного делірію, гіпертензії, гіперглікемії, порушення загоєння операційної рани [2]. Недостатність сну має причинно-наслідковий зв'язок із кардіоваскулярними, церебральними і метаболічними причинами смерті

[3]. Традиційна для анестезіолога корекція інсомнії бензодіазепінами викликає гемодинамічні, дихальні, психоемоційні порушення, збільшує тривалість перебування пацієнта у стаціонарі. Альтернативою може стати використання мелатоніну та агоністів його рецепторів, седативних антидепресантів, антипсихотичних, антигістамінних препаратів, антагоністів рецепторів орексину [4]. **Висновки.** Значна частота постопераційної інсомнії вимагає уваги лікаря-анестезіолога і потребує розробки напрямків верифікації і корекції цього порушення.

Список літератури

1. Ho A., Raja B., Waldhorn R., Baez V., Mohammed I. *New onset of insomnia in hospitalized patients in general medical wards: incidence, causes, and resolution rate // J. Community Hosp. Intern. Med. Perspect.* — 2017. — 7(5). — P. 309-313.
2. Matteson-Rusby S.E., Pigeon W.R., Gehrman P., Perlis M.L. *Why Treat Insomnia? Prim Care Companion // J. Clin. Psychiatry.* — 2010. — 12(1). — PCC.08r00743.
3. Chattu V.K., Sakhamuri S.M., Kumar R., Spence D.W., BaHammam A.S., Pandi-Perumal S.R. *Insufficient Sleep Syndrome: Is it time to classify it as a major noncommunicable disease? // Sleep Sci.* — 2018. — 11(2). — P. 56-64.
4. Dumur J., Csajka C., Pavec O., Messaoudi S., Cretignier T., Gaspar F. et al. *Quelle alternative aux benzodiazépines, Z-pills et autres hypnotiques pour les personnes âgées? Mélatonine, valériane ou clométhiazole // Rev. Med. Suisse.* — 2018. — 14(626). — P. 2018-2023.

УДК 616.37-002:616-089.5-031.83

Бойко А.Д., Хитрий Г.П.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Продовжена епідуральна блокада в комплексному лікуванні панкреатиту

Вступ. Гострий панкреатит є одним із найбільш тяжких, прогностично несприятливих та часто життєво небезпечних гострих захворювань органів черевної порожнини [1]. **Мета:** дослідити значення продовженої епідуральної блокади в комплексі інтенсивної терапії (ІТ) хворих з тяжкими формами гострого панкреатиту за допомогою порівняння клінічних, інструментальних і біохімічних показників. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз лікування 30 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні невідкладної хірургії НВМКЦ «ГВКГ» МОУ з приводу різних форм гострого панкреатиту з 2016 по 2017 рік. Хворі були розподілені на дві рівні групи: 1-ша група (основна) — у знеболюванні під час традиційної схеми лікування застосовувалась продовжена епідуральна блокада на рівні Th₈–Th₉; 2-га група (контрольна) — у знеболюванні продовжена епідуральна блокада не застосовувалась у зв'язку з наявністю протипоказань до катетеризації епідурального простору або відмови хворого від її виконання. **Результати.**

В результаті проведеного дослідження виявлено, що застосування епідуральної блокади потребує обов'язкового динамічного контролю гемодинамічних показників через прояви розгорнутої картини системної запальної відповіді та підвищений ризик розвитку гіпотензії у відповідь на введення розчинів місцевих анестетиків в епідуральний простір у 1-шу добу інтенсивної терапії. Епідуральне знеболювання сприяло більш швидкій нормалізації показників альфа-амілази крові, амілази сечі та загального білка у хворих основної групи. Моторно-евакуаторна функція кишечника була вірогідно швидше відновлена у хворих з використанням епідуральної блокади. Терміни перебування на стаціонарному лікуванні відрізнялись у двох групах і становили 31,66 ± 2,91 ліжко-дня та 36,73 ± 3,26 ліжко-дня відповідно. **Висновки.** Таким чином, застосування продовженої епідуральної блокади на ранніх термінах комплексної ІТ гострого панкреатиту позитивно впливає на усунення симпатичних впливів і больових відчуттів, нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника та м'язового спазму, суттєво скорочує перебування хворих на лікуванні.

Список літератури

1. Дронов О.І. *Гострий панкреатит: визначення, принципи діагностики та лікування / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Здоров'я України.* — 2010. — С. 28-29.

УДК 616.61-007-053.1-091/-092-07-08

Бондар М.В., Маліновський В.В., Овсієнко Т.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
Клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна

Етіологія і патогенез порушень водно-електролітного обміну: в центрі уваги — тубулопатії (демонстрація рідкісного клінічного спостереження набутого синдрому Барттера)

На сьогодні відомо більше 30 різновидів первинних (вроджених/спадкових) і вторинних (набутих) тубулопатій, кількість яких невпинно збільшується в міру подальшого вивчення патофізіології нирок. До тубулопатій, в основі яких лежить порушення реабсорбційної здатності електролітів на рівні проксимальних і дистальних канальців нирок, відносяться: нирковий ацидоз I–III типу, синдром Барттера, синдром Гітельмана і синдром Ліддла. Ці синдроми можуть бути спадковими і набутими [1, 2]. В основі ниркового канальцевого ацидозу (НКА) лежить спадковий або набутий дефект реабсорбції із первинної сечі іонів кальцію, бікарбонату і калію, що клінічно проявляється метаболічним ацидозом, гіпокальціємією і гіпокаліємією. Якщо вищевказані реабсорбційні порушення електролітів відбуваються