

відмічається позитивний ефект від застосування НІВ, про що свідчили клінічний стан хворих і нормалізація показника SpO_2 . **Висновки.** Як свідчать наш клінічний досвід і результати клінічних та інструментальних досліджень, у військових із різноманітними ступенями поранення, у яких виникла дихальна недостатність, застосування неінвазивної вентиляції легень на ранніх стадіях виникнення дихальної недостатності дає можливість уникнути ускладнень, пов'язаних з інтубацією трахеї, і сприяє покращенню результатів лікування.

УДК 616-009.7:053.9

Телегань В.О., Шкурупій Д.А.

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава, Україна

Постопераційний біль у геріатричній практиці

Незважаючи на широкий вибір медикаментозних і немедикаментозних методів знеболювання в післяопераційному періоді, його адекватність і досі повністю не задовольняє ні анестезіолога, ні пацієнтів. Серед останніх 33–75 % у післяопераційному періоді скаржаться на біль середньої й сильної інтенсивності [1]. Наявні свідчення того, що близько 13 % населення похилого й старечого віку відчувають біль не лише як реакцію на подразнюючий агент, а і як психосоматичний біль [2]. Цьому можуть сприяти зміни продукції мелатоніну: відомо про зниження концентрації цього гормону в осіб похилого й старечого віку в нічний час [3]. Діагностика й лікування післяопераційного болю в осіб похилого й старечого віку можуть ускладнюватись наявністю хронічного, наприклад остеоартрозного, болю, іншими хронічними соматичними захворюваннями. Також слід враховувати більшу чутливість до токсичності знеболюючих засобів. Це вимагає пошуків персоналізованих методів знеболювання в таких пацієнтів. Вважається, що пошук оптимальних стратегій постопераційного знеболювання в геріатричній практиці лежить у площині мультимодального підходу, під яким, окрім традиційних засобів, мають на увазі поєднання ад'ювантного фармакологічного й нефармакологічного лікування, у тому числі корекцію нейромедіаторних регуляторів і гормонів, фізичну реабілітацію, когнітивно-поведінкову корекцію, кінезіотерапію тощо [4]. **Висновки.** Отже, питання управління післяопераційним знеболюванням в осіб похилого й старечого віку залишається актуальним і потребує персоналізації з урахуванням вікових фізіологічних і патофізіологічних особливостей.

Список літератури

1. Зозуля А.І., Зозуля І.С. Післяопераційний біль: шляхи подолання // *Острые и неотложные состояния в практике врача.* — 2013. — № 6. — С. 10-11.
2. Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., Sykioti P., Varrassi G.,

Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges // *Clin. Interv. Aging.* — 2017. — № 12. — P. 709-720.

3. Scholtens R.M., van Munster B.C., van Faassen M., van Kempen M.F., Kema I.P., de Rooij S.E. Plasma melatonin levels in hip fracture patients with and without delirium: A confirmation study // *Mech Ageing Dev.* — 2017. — № 167. — P. 1-4.

4. Makris U.E., Abrams R.C., Gurland B., Reid M.C. Management of Persistent Pain in the Older Patient A Clinical Review // *JAMA.* — 2014. — № 312(8). — P. 825-836.

УДК 616.3-008.1+616.8-009.83

Терів П.С., Шкурупій Д.А.

Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава, Україна

Кишково-мозкова вісь при гострій церебральній недостатності: акцент на метаболізмі цинку

Вступ. Кишково-мозкова вісь — термін, що описує сигнально-регуляторні відносини між мозком і кишечником. Наразі відомо про існування таких мікробіомних, імунних, вегетативних механізмів. Можна припустити існування й метаболічних паралелей. **Мета:** довести значення змін обміну цинку в розвитку цереброгастроінтестинальних порушень у пацієнтів у критичних станах. **Матеріали та методи.** Шляхом атомно-абсорбційної спектрофотометрії проведено визначення вмісту цинку в трупному матеріалі інтактного гіпокампу, зони церебрального ураження, тонкої кишки 21 померлого пацієнта з гострою церебральною недостатністю. **Результати.** Встановлено, що у хворих із гострою церебральною недостатністю зниження емпіричних показників щодо контрольних значень у матеріалі інтактного гіпокампу відбулося в 95 % випадків (20/21), у матеріалі зони церебрального ураження — у 86 % випадків (18/21), у матеріалі тонкої кишки — у 100 % випадків (21/21). Зміни вмісту досліджуваного мікроелементу не мали вірогідної різниці залежно від характеру основного захворювання. Вміст цинку в одних досліджених тканинах мав статистично значущий прямий кореляційний зв'язок із вмістом цього ж мікроелемента в інших досліджених тканинах. Встановлені значущі кореляційні зв'язки вмісту цинку у тонкій кишці й зоні церебрального ураження ($R = 0,57$; $p = 0,007$); у тонкій кишці й інтактному гіпокампі ($R = 0,43$; $p = 0,045$), у інтактному гіпокампі й зоні церебрального ураження ($R = 0,59$; $p = 0,026$). Рівень виживаності пацієнтів на 1-шу і 3-тю добу хвороби мав прямий кореляційний зв'язок із вмістом цинку в тканинах кишечника ($R = 0,609$; $p = 0,003$ та $R = 0,618$; $p = 0,028$ відповідно). **Висновки.** У хворих із гострою церебральною недостатністю в зоні церебрального ураження, інтактному гіпокампі й стінці тонкої кишки наявна гіпоцинкгістія, при цьому рівні вмісту цинку в цих тканинах є взаємопов'язаними, що доводить наяв-