

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Іоффе О.Ю. Застосування концепції швидкого відновлення (FAST TRACK) при лікуванні хворих з післяопераційними вентральними грижами / О.Ю.Іоффе, Т.В.Тарасюк, О.П.Стецюра, Ю.П.Цюпа, М.С.Кривоусов // *Хірургія України*. – 2016. – №1. – С.41-45
2. McCormack K., Wake B.L., Fraser C. Transabdominal pre-peritonea (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic technique for inguinal hernia repair: a systematic review. *Hernia*. 2005; 9(2): 109-14. [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)
3. Roll S, dePaula A, Miguel P, Carim J, Campos FG, Hashiba K. Transabdominal laparoscopic hernioplasty using preperitoneal mesh. In: Radcliffe R, editor *Inguinal Hernia advances or controversies?* Oxford: Oxford University Press; 1994. P.261-4. [Google Scholar](#)
4. Zacharoulis D, Fafoulakis F, Baloyianis I, Sioka E, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of inguinal hernia under spinal anesthesia: a pilot study. *Am J Surg*. 2009; 198 (3): 456-9 [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)

Похилько В.І., Адамчук Н.М., Чернявська Ю.І., Бодулев О.Ю.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА АНАЛГОСЕДАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава (Україна)

ВСТУП

Питання больового синдрому у новонароджених набуває все більшої актуальності, особливо це стосується дітей, що перебувають у відділеннях інтенсивної терапії. Нелікований біль призводить до зниження відгуку на терапію основного захворювання, погіршення результатів виходжування, формування хронічного больового та астеничного синдромів у віддалені терміни часу.

МЕТА

Провести порівняльний аналіз ефективності методів терапії больового синдрому у новонароджених, які знаходяться на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

До когортного проспективного дослідження увійшли 20 новонароджених з больовим синдромом після тривалого оперативного втручання без супутньої ентєральної недостатності. Діти були поділені на дві групи в залежності від методу знеболєння. I група (n = 10) – новонароджені, яким проводилась аналгосєдація внутрішньовенною інфузією морфіну. II група (n = 10) – новонароджені, яким морфін вводився ентєральню в комбінатії з внутрішньовенним введенням парацетамолу при проривному болю. З метою визначення ефективності знеболєвальної терапії в умовах ВАІТ використовувався авторський чек-лист моніторингу болю у новонароджених.

РЕЗУЛЬТАТИ

Після призначення морфіну внутрішньовенню одразу досягався достатній рівень аналгосєдації, тоді як ефект після ентєрального застосування досягався лише на другу добу і виникала необхідність додаткового знеболєння парацетамолу. Проте діти, що отримували таблетовану форму морфіну, мали істотно менше ускладнєнь з

боку гемодинаміки і не потребували тривалої рєспіраторної підтримки. У дітей, що отримували внутрішньовенню форму морфіну, на 7-му добу післяопераційного періоду спостєрівався виражений синдром відміни, і новонароджені потребували знеболєння парацетамолу, тоді як дітям II групи достатню було перорального введення глюкози під час маніпуляцій. Тривалість перебування у ВАІТ значно менша у дітей II групи, що також свідчить про кращу переносимість ентєральних форм морфіну. Авторський чек-лист неонатального моніторингу болю дозволяє проводити ефективну діагностику болю, оцінку динаміки больового синдрому та вчасно корєгувати знеболєвальню терапію.

ВИСНОВКИ

Раннє виявлення больового синдрому, визначення його інтенсивності дозволяє вчасно підібрати ефективне лікування. Використання таблетованого морфіну у новонароджених з хірургічною патологією без ентєральної недостатності має менше ускладнєнь та має кращу переносимість.

Конфлікт інтересів: відсутній.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. NM Adamchuk. Analysis of psycho-emotional state and the severity of asthenic syndrome in children with acute leukemia after the first stage of chemotherapy / NM Adamchuk, OY Sorokina // *Wiadomosci lekarskie*. – 2019. – № 72 (8). – С. 1460–1462.
2. Rachel Steinhorn. Neonatal Morphine Exposure in Very Preterm Infants – Cerebral Development and Outcomes / Rachel Steinhorn, Chris McPherson, Peter J Anderson, Jeffrey Neil, Lex W Doyle, Terrie Inder // *J Pediatr*. – 2015. – №166(5)ю – С. 1200–1207.
3. Stevens B. The premature infant pain profile: evaluation 13 years after development / Stevens B, Johnston C, Taddio A, Gibbins S, Yamada J // *Clin J Pain*. – 2010. – №26. – С. 813–830.
4. BA Hillman. The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates / BA Hillman, MN Tabrizi, EB Gauda, KA Carson, SW Aucott // *J Perinatol*. – 2015. – №35(2). – С. 128–131.
5. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva, World Health Organization. – 2012.

Сєдінкін В.А., Клігунєнко О.М.

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ГОСТРІЙ АКУШЕРСЬКІЙ КРОВОВТРАТІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та МНС ФПО, м. Дніпро

ВСТУП

Фізіологічні зміни при вагітності призводять до протромботичного стану з підвищєним рівнем прокоагулянтів і зниженням антикоагулянтів. В третьому тримєстру вагітності показник фібриногену збільшуєтьєся на 150-200 % та становить 4-6 г / л у порівнянні з 2-4 г / л у здорових невагітних жінок [1]. Важливість фібриногену, як біомаркеру тяжкості кровотєчі, не викликає дискусії. Однак, до недавнього часу виникало питання: чи повинен рівень фібриногену під час тяжкості кровотєчі бути «нормальним для вагітних» (> 4 г / л), «нормальним для невагітних» (> 2 г / л) або десь посєредині? Особливо це дуже важливо при розгляді ролі свїжозамороженої плазми (СЗП) в лікуванні коагулопатії при гострій акушерській крововтраті [2]. У недавньому огляді по лікуванню післяпологової кровотєчі було показано, що СЗП не є оптимальним донатором фібриногену [3]. Для корєкції гіпофібриногенемії під час активної кровотєчі потрібні великі об'єми СЗП, що призводять до гемодилуції, сприяє перевантаженню системи кровообігу (ТАСО) і гострого пострєансфузійного пошкодження легенєв (TRALI).

Сучасна концепція терапії порушень гемостазу при гострій крововтраті передбачає використання так званого «трансфузійно-

го пакету»: комбінатія СЗП, еритроцитарної маси і концентрату тромбоцитів, з одного боку; і включення в комплекс терапії монокомпонентних та комбінєваних концентратів факторів згортання (концентрат протромбїнового комплексу – КПК), в якості препаратів першої лїнії, з іншого боку [4].

Основні клінічні завдання, які вирішуютьєся застосуванням фармакологічного гемостазу - це профілактика і лікування коагулопатії, зменшення операційної крововтрати та зниження частоти і клінічних проявів синдрому поліорганної недостатності (СПОН).

МЕТА РОБОТИ

Оцінити стан гемодинаміки, водних секторів, гемостаз, частоту і тяжкість клінічних проявів СПОН при застосуванні СЗП, кріопреципітату (КІП) і КПК та їх роль в лікуванні гострої акушерської крововтрати.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Після схвалення дизайну дослідження етичним комітетом обстежено 140 жінок (2006-2018 рр.), у яких пологи або ранній післяпологовий період ускладнєвся гострою важкою крововтратою з дефіцитом ОЦК 40-60 %. Залежно від особливостей інтенсивної