

Результати: встановлено, що у пацієнтів II групи статистично значимо знижена частка LF у структурі спектру порівняно з I групою. Відповідно до цього виявлено статистично значимі відмінності за параметрами LF/HF в групі I та II в активній фазі. У пацієнтів II групи виявлено нижчий рівень циркадного індексу та TS відносно контрольної групи. У порівнянні TP в денний та нічний періоди встановлено, що в контрольній групі потужність спектру найбільша, у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу показники різко знижені, що достовірно призводить до зниження енергетичної потужності та адаптаційних ресурсів серця, що збільшує ризик РСС. У порівнянні між групами співвідношення LF/HF більше в контрольній групі, у I, II групах індекс нижчий від норми, у групі із ГІМ із ЦД 2 індекс найнижчий (3,46; $p < 0,009$), що свідчить про глибокі структурні зміни в міокарді та може бути причиною фатальних порушень ритму.

При порівнянні показників VCP контрольної групи з I та II групою, більш виражений достовірний симпатичний вплив К (день) – $1123,17 \pm 137,08$; I група – $-530,50 \pm 72,70$; II група – $342,00 \pm 146,79$; $p < 0,023$. К (ніч) – $1131,17 \pm 200,93$; I група – $737,25 \pm 98,51$; II група – $325,91 \pm 138,32$; $p < 0,005$

Висновки: практично обґрунтовано дослідження варіабельності серцевого ритму з оцінкою турбулентності метою прогнозування та попередження фатальних аритмій та раптової серцевої смерті у хворих з ГІМ, що ускладнений СН та супутнім ЦД II типу.

РОЛЬ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ В ПЕРИОПЕРАЦІЙНОМУ ЗНЕБОЛЕННІ У ХВОРИХ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ *Гриценко Є.*

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: право на адекватне усунення болю є базовим правом людини, що закріплене в Монреальській декларації. Неадекватне періопераційне знеболення може спричинити велику кількість післяопераційних ускладнень і в разі знижує комфорт пацієнта. Але, на жаль, в сучасних реаліях ця проблема не є до кінця вирішеною. Ефективне періопераційне знеболення має на меті не тільки гуманістичні цілі, але й доведені медичні та економічні переваги, що пов'язані

в першу чергу зі швидшим відновленням пацієнта і скороченням тривалості госпіталізації.

Мета: порівняти ефективність загальної анестезії (ЗА), ЗА комбінованої з паравертебральною блокадою (ЗА+ПВБ) та ЗА комбінованої з епідуральним блоком (ЗА+ЕБ) в умовах урологічного стаціонару.

Матеріали і методи дослідження: пацієнтів урологічного профілю, яким виконували планові оперативні втручання на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфасовського ПУР» розділено за способами анестезіологічного забезпечення на три групи. Пацієнтам першої групи проводилася інгаляційна анестезія севофлораном у комбінації з ПВБ (ЗА+ПВБ); пацієнтам другої групи проводилася мононаркоз севофлораном (ЗА); пацієнтам третьої групи проводилася інгаляційна анестезія севофлораном у комбінації з епідуральним блоком (ЗА+ЕБ). Інтраопераційно оцінювали потребу у використанні наркотичного анальгетика. У післяопераційному періоді ефективність анальгезії оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), а також враховували можливість ранньої активізації, ймовірність розвитку гемодинамічної нестабільності та моторного блоку.

Результати: показники ВАШ через 1 год: в I групі становили $1,9 \pm 1,5$; у II групі $3,9 \pm 2,0$ бали; III групі $2,9 \pm 2,0$. Показники ВАШ через 6 годин: в I групі становили $3,0 \pm 2,1$; у II групі $3,9 \pm 2,1$; III групі $3,0 \pm 2,1$ бали. Через 12 годин після операції показники ВАШ у I групі становили $3,3 \pm 1,7$; у II групі $3,8 \pm 2,5$; III групі $3,7 \pm 2,5$ бали. Через добу показники ВАШ у I групі становили $2,4 \pm 1,4$; у II групі $3,1 \pm 1,6$; III групі $3,3 \pm 1,5$ бали. Потреба в інтраопераційному використанні наркотичного анальгетика (фентаніл) у групі ЗА+ПВБ була нижче, ніж в інших групах. Розвиток моторного блоку у післяопераційному періоді у пацієнтів групи ЗА+ПВБ не спостерігалось, але відзначено у 30% пацієнтів групи ЗА+ЕБ. Пацієнти після ЗА потребували додаткової анальгезії, внаслідок цього рання активізація пацієнтів групи ЗА виявилася неможливою. Щодо ранньої активізації пацієнтів групи ЗА+ЕБ, часто відмічався (41,2% пацієнтів) розвиток гемодинамічної нестабільності і моторного блоку (32,4% пацієнтів), тому пацієнти частіше активізувалися на 3 добу.

Ми не виявили значущої різниці між групами ЗА та ЗА+ЕБ у післяопераційній оцінці болу за ВАШ. Спільне використання ПВБ та ЗА показало значуще зниження кількості використаних наркотичних анальгетиків. У групі ЗА+ПВБ відзначено адекватну анальгезію в ранньому післяопераційному періоді, відсутність гемодинамічної нестабі-

льності на фоні аналгезії, що дозволило активізувати всіх пацієнтів вже в 1-у добу післяопераційного періоду.

Висновки: наше дослідження показало, що ЗА+ПВБ дозволяє досягти більш ефективної аналгезії протягом 24 годин після урологічних операцій порівняно з ЗА+ЕБ. Паравертебральна блокада є простою, ефективною та безпечною методикою періопераційної аналгезії у пацієнтів урологічного профілю, у тому числі в рамках реалізації програми fast track. Відсутність моторного блоку та гемодинамічної нестабільності свідчить про безперечну перевагу паравертебральної блокади перед епідуральною анестезією.

ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Даниленко В., Корж О.

Науковий керівник: доц. Мозильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: коронавірусна інфекція 2019 року (COVID-19) – це гостре інфекційне захворювання дихальних шляхів, збудником якого є коронавірус SARS-CoV-2. Клінічна картина зазвичай відповідає респіраторній інфекції з варіацією тяжкості симптомів від легкого захворювання, подібного на застуду, до тяжкої вірусної пневмонії, що призводить до потенційно смертельного гострого респіраторного дистрес-синдрому.

Мета дослідження: виявити предиктори тяжкого перебігу пневмонії при COVID-19.

Матеріали та методи дослідження: для визначення предикторів проведено аналіз клінічних даних, результатів лабораторного, інструментального обстеження (індекс маси тіла, рівень С-реактивного білка, лейкоцитів, лактатдегідрогенази та D-димеру) у померлих (I-а група, n = 36) та пацієнтів, що одужали (II-а група, n = 187) на кожному етапі лікування в КП «3-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради».

Результати. У пацієнтів I-ї групи обсяг та ступінь ураження легеневої тканини при госпіталізації були більшими, ніж в II-ої групи. Серед пацієнтів I-ої групи кількість пацієнтів з індексом маси тіла понад 40 кг/м² була більшою на 21,6% (p<0,05). Рівень С-реактивного