

## **ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ КРИТИЧНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ НЕ-СПЕЦИФІЧНОЇ М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У РЕАНІМАЦІЙНИХ ХВОРИХ**

*Дунай М., Піддубна Є.*

*Науковий керівник: доц. Могильник А.*

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Полінейропатія критичних станів це – гостра аксональна сенсорно-моторна полінейропатія з м'язовою слабкістю в кінцівках, що виникає у пацієнтів внаслідок довгого перебування у відділенні інтенсивної терапії в критичному стані (більше 7 днів) з штучною вентиляцією легень, при розвитку поліорганної недостатності, сепсисі та внутрішньочерепній патології в післяопераційному періоді. Розповсюдженість неспецифічного ураження нервів і м'язів пацієнтів у відділенні реанімації коливається від 50-100% відповідно даним різних авторів. Діагностичні критерії різних станів залишаються не повністю систематизованими.

Мета дослідження: порівняти розвиток та динаміку полінейропатій при нейрохірургічних втручаннях із ускладненим інтраопераційним періодом та довготривалому порушенні свідомості.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування 55 хворих, які перебували на лікуванні і відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ). Критерії встановлення діагнозу набуті м'язової слабкості у ВАІТ: генералізована м'язова слабкість, що розвинулась після початку критичного стану, дифузна м'язова слабкість, симетричні в'ялі парези, зазвичай без участі черепних нервів; сума балів по шкалі Medical Research Council (MRC)  $\leq 48$  або середня сума балів по MRC  $\leq 4$ , виявлена двічі з інтервалом більше 24 години; складність відлучення від апарату штучної вентиляції легень (неможливе самостійне дихання протягом 24-48 годин). Група I (n=30) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання (пухлини, аневризми) із ускладненим інтраопераційним періодом, знаходження у ВАІТ більше трьох днів, нестабільність гемодинаміки більше 20% від початкового рівня. Група II (n=25) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання (пухлини, аневризми), гострий період гострого порушення мозкового кровообігу, ускладнений післяопераційний період, перебування в ВАІТ більше 6 днів. З методів дослідження використовувались електронейроміографія (ЕНМГ), визначення креатинфосфокінази (КФК), лактатдегідрогене-

нази (ЛДГ), міоглобіну, клінічний аналіз крові, моніторинг гемодинаміки (наркозна карта, післяопераційний моніторинг).

Результати дослідження. Група I: відновлення свідомості через 17,28±0,46 год., відновлення спонтанного дихання через 20,87±0,44 год.; відновлення м'язової сили через 40,86±0,51 год., ЛДГ – 980±170,01 Од/л; міоглобін – 278,53±32,86 нг/мл; КФК – 530,13±125 Од/л. Група II: відновлення свідомості через 58,23±9,46 год., відновлення спонтанного дихання через 120.12±8,44 год.; відновлення м'язової сили через 144,86±9,51 год., ЛДГ – 61,30±18,58 Од/л; міоглобін – 236,28±63,62 нг/мл; КФК – 358,37±22,50 Од/л.

Висновки. Парези, які розвиваються у перші дні після закінчення хірургічної операції або початку проведення інтенсивної терапії, не пов'язані із вогнищевим ураженням головного мозку та, як правило, є функціональними, тобто обумовлені гальмівними процесами в ЦНС, залишковою дією міорелаксантів, загальних анестетиків. У пацієнтів із нестабільною гемодинамікою, які потребують ізотропної підтримки, дифузна м'язова слабкість обумовлена синдромом «ішемія-реперфузія» із підвищенням рівнів КФК, ЛДГ і міоглобіну в крові. У пацієнтів з довготривалим порушенням свідомості, які перенесли сепсис, у 53% випадків розвивається полінейропатія критичних станів із ураженням довгих нервів кінцівок. Структурні зміни скелетних м'язів зустрічаються в 100% досліджених спостережень із переважанням дистрофії, атрофії, міофіброзу і відсутністю гістологічних ознак запалення.

## **ESP-БЛОК (ERECTOR SPINE PLANE) ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ АНАЛГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ ХОЛЕЦИСТОЕКТОМІЮ**

*Дячук О.*

*Науковий керівник: доц. Мозильник А.*

*Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії*

*Полтавський державний медичний університет*

Актуальність. Золотим стандартом хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби є лапароскопічна холецистектомія, яка є найпоширенішою операцією на органах черевної порожнини. Тривалий післяопераційний біль є найбільш поширеною скаргою пацієнтів, що збільшує тривалість та вартість лікування. ESP-блок під ультразвуковим контролем вперше описаний Мауріціо Фореро у 2016 році є техні-