

порожнини. Знеболювання — парацетамол з кеторолаком. У 12 пацієнтів було встановлено епідуральний катетер та проводилося підтримання подовженої анальгезії введенням розчину бупівакаїну — перша група. Восьми хворим із різних причин катетер не був встановлений, знеболювання досягалося інфузією лідокаїну 0,5–0,9 мг/кг/год, кетаміну 0,5 мг/кг/год — вони становили другу групу.

Результати. Інтенсивність больового синдрому, оцінена за 10-бальною лінійною візуальною аналоговою шкалою болю [2], через 3 години після операції становила $1,75 \pm 0,75$ у першій групі та $2,25 \pm 0,71$ бала у другій групі ($p = 0,17$). Через 6 годин мали місце такі показники: $1,92 \pm 0,67$ у першій групі, $2,13 \pm 0,83$ у другій групі ($p = 0,58$). Через добу (24 години) — $1,83 \pm 0,83$ та $2,38 \pm 0,92$ бала в першій та другій групах відповідно ($p = 0,21$). На жодному з етапів ми не отримали статистично значущої відмінності інтенсивності больового синдрому в групах.

Висновки. Схема анальгезії з включенням подовженої інфузії лідокаїну та кетаміну в комплексі знеболювання хворим, принаймні за рівнем знеболювання, не поступається епідуральній анальгезії. Може бути використана для знеболювання у випадках, коли епідуральна анестезія не може бути застосована, за відсутності протипоказань.

Список літератури

1. Mulier J. Opioid free general anesthesia: A paradigm shift? *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2017. № 64 (8). P. 427-430.
2. Brevik H., Borchgrevink P.C., Alen S.M. et al. Assessment of pain. *Br. J. Anaesth.* 2008. 101 (1). P. 17-24.

УДК 616-089.5+615.21

Гаргат Є.О.¹, Третяк А.М.¹, Бережний Є.П.²

¹ Комунальне некомерційне підприємство «Марківська багатопрофільна лікарня Марківської районної ради», Луганська область, Україна

² ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Луганська область, Україна

До питання підвищення ефективності знеболювання в хірургії

Вступ. Незадовільний рівень знеболювання в післяопераційному періоді є доведеним чинником великої кількості ускладнень як системного характеру, так і місцевого. Біль призводить до більш повільної активізації пацієнта, є одним із чинників післяопераційного парезу кишечника. Використання для знеболювання високих доз опіоїдів, відповідно, призводить до росту їх побічних реакцій, що обумовлює певні межі їх застосування.

Мета: оцінка впливу мультимодальної анальгезії на інтенсивність больового синдрому після абдомінальних операцій.

Матеріали та методи. 46 хворих, яким проведена лапароскопічна холецистектомія. Першу групу становили 26 пацієнтів, другу — 20. Стандартна схема зне-

болювання: трамадол 5–6 мг/кг/добу, парацетамол 2–3 г/добу, кеторолак 60 мг/добу в обох групах. У першій групі додатково проведено подовжену інфузію лідокаїну 0,5 мг/кг/год, клонідину 0,05 мкг/кг/год, кетаміну 0,1 мг/кг/год. Оцінка інтенсивності болю за 10-бальною лінійною візуальною аналоговою шкалою болю через одну, три та вісімнадцять годин після операції [1].

Результати. Інтенсивність больового синдрому через одну годину після операції становила $2,60 \pm 0,11$ бала в першій групі та $5,40 \pm 0,06$ бала в другій групі ($p < 0,05$). Через три години — $3,60 \pm 0,07$ та $4,90 \pm 0,02$ бала в першій та другій групах відповідно ($p < 0,05$). Через 18 годин — $3,51 \pm 0,06$ та $4,72 \pm 0,10$ бала в першій та другій групах відповідно ($p < 0,05$). Дані відмінності інтенсивності болю обумовлені мультимодальним впливом на систему ноцицепції, протизапальними та симпатолітичними ефектами додаткових компонентів знеболювання.

Висновки. Проведення подовженої інфузії лідокаїну, кетаміну та клонідину підвищує ефективність знеболювання після абдомінальних операцій.

Список літератури

1. Brevik H., Borchgrevink P.C., Alen S.M. et al. Assessment of pain. *Br. J. Anaesth.* 2008. 101 (1). 17-24.

УДК 616.8-009.831-022-085.21-053.2

Георгіянц М.А.¹, Корсунов В.А.¹,
Одинець І.Ю.¹, Пушкар М.Б.¹,
Лисенко Л.С.¹, Пороша Н.С.²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

² Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Амантадин у дітей з комою нетравматичного походження: ретроспективне одноцентрове дослідження

Вступ. Кома нетравматичного генезу є важливою причиною захворюваності та смертності у педіатричних пацієнтів. Одним із напрямків інтенсивної терапії, спрямованих на стимуляцію відновлення притомності при тривалих коматозних станах, є використання засобів, здатних впливати на дофамінергічні системи. Амантадин — неконкуруючий антагоніст дофамінових і NMDA-рецепторів, який збільшує кількість дофаміну в стріатумі, стимулює продукцію дофаміну та блокує його повторне захоплення. Попри окремі публікації щодо його успішного використання у дорослих із комою травматичного генезу, досвід лікування ним коматозних станів нетравматичного походження в дітей є дуже обмеженим.

Мета. Вивчити ефективність застосування амантадину в дітей з комою нетравматичного походження на підставі ретроспективного аналізу серії клінічних випадків.

Матеріали та методи. Ретроспективне одноцентрове дослідження було проведене на кафедрі анестезіології, дитячої анестезіології та інтенсивної терапії ХМАПО. Проаналізовано 6 історій хвороби пацієнтів ВІТ КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», які були госпіталізовані з квітня 2017 року по серпень 2019 року з інфекціями ЦНС та обмінними розладами, що спричинили кому.

Результати. До дослідження увійшли 5 хлопчиків та 1 дівчинка середнім віком 8,7 року [min. 5; max. 17]. Оцінка ШКГ становила 6,5 бала [min. 4; max. 8]. Середня тривалість коми становила 13 днів [min. 5; max. 41]. Усім пацієнтам проводили інвазивну вентиляцію, тривалість якої становила 21,5 доби [min. 11; max. 51]. Амантадину сульфат вводили через назогастральну трубку дозою від 25 до 100 мг/добу. Середня тривалість цього лікування становила 16 днів після початку коми [min. 6; max. 33]. Сторонніх реакцій зареєстровано не було. Усі пацієнти продемонстрували покращання неврологічного статусу та відновлення притомності в середньому на 7-й день після початку лікування амантадином. Оцінка стану дітей за шкалою Disability Rating Scale через 3 місяці після початку лікування амантадином становила 1–2 бали, що відповідає легкому або частковому рівню втрати працездатності.

Висновки. Застосування амантадину сульфату в дітей з нетравматичною комою покращило неврологічні результати, незважаючи на тривалість коми.

УДК 616.831-002-085-053.5

Георгіянц М.А.¹, Корсунов В.А.¹,
Одинець І.Ю.¹, Пушкар М.Б.¹,
Пороша Н.С.², Пушкар О.М.³

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

² Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

³ Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Клінічний випадок із практики: дитина з анти-NMDA- рецепторним енцефалітом

Вступ. Анти-N-метил-D-аспартат-рецепторний (анти-NMDA-рецепторний) енцефаліт, спричинений імунореактивністю проти субодиниці рецептора NMDA-1 (NR1), є одним із поширених аутоімунних енцефалітів. Проте його діагностика, а отже і інтенсивна терапія, є складною проблемою через неспецифічність клінічної симптоматики.

Опис клінічного випадку. Дитина П., 9 років, надійшла до відділення інтенсивної терапії Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні зі скаргами на млявість, слабкість, сонливість, нудоту, періодичний головний біль, відчуття оніміння в правій нозі, лівій руці з попереднім діагнозом «енцефаліт». На підставі клініко-анам-

нестичних даних, отриманих результатів лабораторних та інструментальних досліджень, динамічного спостереження за дитиною встановлено **основний діагноз:** аутоімунний енцефаліт (дослідження антитіл до NMDA-NR1-рецепторів, результат — 1 : 2560 (норма < 1 : 10)), вірусасоційований (ПЛР крові та спинномозкової рідини — ДНК HHV-7), тяжка форма, затяжний перебіг. Синдром церебральної недостатності. Ригідно-гіперкінетичний та судомний синдром. Аномалія розвитку ЦНС: кісти епіфіза, формує «порожнє» турецьке сідло, ретроцеребелярна арахноїдальна кіста. Вторинне порушення обміну речовин: порушення обміну жирних кислот, недостатність біотину та карнітину. Окрім противірусної та патогенетичної терапії, з урахуванням існуючих рекомендацій лікування анти-NMDA рецепторного енцефаліту була проведена пульс-терапія метилпреднізолоном в/в 30 мг/кг/добу — 5 сеансів; терапія в/в 5% імуноглобуліном дозою 550 мг/кг/добу (курсова доза — 2 г/кг); проведені чотири сеанси мембранного плазмаферезу з заміною 70 % належного об'єму циркулюючої плазми (НОЦП) за одну процедуру та три НОЦП за курс. У динаміці титр антитіл до NMDA-NR1-рецепторів нейронів у крові знизився до 1 : 600. На тлі проведеного лікування стан дитини значно покращився, вона почала самостійно ходити, відновилися мовлення, навик письма, малювання. Епізодів психомоторного збудження не відмічається протягом одного місяця.

Висновки. Додання еферентних методів імунореакції до імунотерапії першої лінії (високі дози стероїдних гормонів + імуноглобулін в/в) може бути напрямком підвищення ефективності інтенсивної терапії анти-NMDA-рецепторних енцефалітів.

УДК 616.98:578.828-085.281.8-036.82

Георгіянц М.А., Корсунов В.А., Нартов П.В.,
Павлов В.В., Скорик В.С.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Клінічний випадок успішного лікування хворого на ВІЛ-інфекцію у ВІТ

Вступ. Госпіталізація ВІЛ-інфікованих хворих до відділення інтенсивної терапії (ВІТ) почалась у 1980-х роках. Рівень смертності серед цих пацієнтів становив від 86 до 100 %. Після запровадження тактики раннього призначення антиретровірусної терапії (АРТ) показники госпіталізації та смертності внаслідок ВІЛ-інфекції значно зменшилися.

Опис клінічного випадку. Хворий, 32 роки, був переведений у ВІТ комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна інфекційна лікарня» із багатопрофільного стаціонару з діагнозом: гострий серозний менінгоенцефаліт неуточнений, з вираженою лікворно-венозною гіпертензією, помірним лівобічним геміпарезом з акцентом у верхній лівій кінцівці, стійким цефалгічним синдромом. В-20, IV кл. гр., госпітальна пневмонія зліва. Орофаринге-