

УДК 616.8-089(035.3)

Георгіянц М.А.¹, Корсунов В.А.¹, Кухар Д.І.², Пороша Н.С.², Столяров К.Є.², Зубко В.О.²¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна²Харківська обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня, м. Харків, Україна

Інтенсивна терапія критичної внутрішньочерепної гіпертензії при інфекціях центральної нервової системи у дітей. Фокус на перфузії та оксигенації

Вступ. Підвищення внутрішньочерепного тиску, або внутрішньочерепна гіпертензія (ВЧГ), — поширене неврологічне ускладнення у дітей з нейроінфекціями. Універсальними наслідками ВЧГ є зниження церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), церебральна ішемія, синдроми уклінення, які є визначними факторами формування несприятливих неврологічних виходів (інвалідизація, хронічний вегетативний статус, смерть мозку тощо). Зростання ВЧГ понад 20–25 мм рт.ст. потребує проведення інтенсивної терапії (ІТ), а до 40 мм рт.ст. — вважається вкрай загрозливим станом, що потребує невідкладного втручання. **Мета:** покращити результати ІТ дітей з нейроінфекціями та критичною ВЧГ шляхом оптимізації нейромоніторингу та використання доктрини контролю ЦПТ. **Матеріали та методи.** Було проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження, до якого ввійшло 54 хворих віком від 1,5 міс. до 17 років (медіана — 40 міс.), які потребували ІТ в умовах відділення інтенсивної терапії Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня» у зв'язку з тяжким перебігом інфекцій ЦНС та розвитком ВЧГ, судом, розладів свідомості. ІТ була спрямована на підтримку цільового ЦПТ (60–70 мм рт.ст.) шляхом використання інфузії симпатоміметиків (допамін, норадреналін) та гіпертонічних (5–10%) розчинів хлориду натрію, гіпертонічного ГЕК 130/0,4 та проводилася під контролем ультразвукового доплерівського моніторингу кровотоку у середньомозкових артеріях із розрахунком неінвазивних показників внутрішньочерепного та церебрального перфузійного тисків та визначення регіональної оксигенації методом близькоінфрачервоної оксиметрії (монітор Massimo Root + O₂). **Результати.** Запропонований комплекс інтенсивної терапії дозволив забезпечити одужання у 91 % хворих, з яких лише у 3 (5,5 %) спостерігався значний неврологічний дефіцит. **Висновки.** Інтенсивна терапія критичної інтракраніальної гіпертензії побудована за доктриною Рознера в умовах мультимодального моніторингу, сфокусованого на забезпеченні адекватної церебральної перфузії/оксигенації, здатна суттєво покращити результати лікування у дітей з нейроінфекціями.

УДК 618.14.-089.819.8-089.5:616.8-009.83-044.77

Георгіянц М.А.¹, Юрченко О.М.²¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна²ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМНУ», м. Харків, Україна

Вибір методу анестезії при вишкрібанні порожнини матки на основі часових характеристик післяопераційного відновлення свідомості

Вступ. Невелика травматичність вишкрібання порожнини матки (ВПМ) дозволяє жінкам залишатися у колі поточних справ навіть у день операції. Проте при проведенні ВПМ виникає сильний біль. Існує безліч варіантів знеболювання, кожен елемент яких відпрацьовувався відповідно до виникаючих хірургічних потреб, проте відомості про час післяопераційного відновлення пацієнтів після їх застосування відсутні. **Мета** нашого дослідження — обґрунтування вибору методу анестезії при ВПМ на основі часових характеристик післяопераційного відновлення свідомості. **Матеріали та методи.** У 2017 році на базі ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМНУ» 128 жінкам було проведено ВПМ в умовах в/в анестезії після премедикації. Пацієнтки розділені по 32 жінки на 4 групи, що відрізнялись за комбінацією анестезіологічних препаратів: I група — пропофол — 2 мг/кг, фентаніл — 2 мкг/кг та кетамін — 2 мг/кг; II група аналогічна I з додатковим включенням до премедикації «на столі» декскетопрофену — 50 мг; III — аналогічна II, а дози кетаміну та фентанілу зменшені вдвічі; IV — аналогічна I групі з аплікаційною обробкою ранової поверхні 0,25% розчином бупівакаїну. Відлік часу на пробудження та повне відновлення свідомості розпочинався з моменту закінчення оперативного втручання. Час пробудження реєструвався при появі довільних рухів, мімічних емоцій та відкриванні очей. Повне відновлення свідомості реєструвалося за шкалою Aldrete при отриманні пацієнткою 10 балів. **Результати.** Середній час пробудження виявився найменшим у групі III і становив $2,1 \pm 0,3$ хв. Такий час в інших групах був більшим у середньому на 88 % (I та IV — більш ніж на 60 %, II — 116 %). Часовий ефект від зменшення дозування гіпнотичної складової медикаментозної комбінації очікуваний, адже її ефект є дозозалежним. Відсутність вірогідної відмінності ($p > 0,05$) показників часу повного відновлення свідомості у групах I, II та IV та її наявність ($p < 0,05$) при порівнянні всіх груп із групою III також пояснюється дозозалежним часовим ефектом кетаміну та фентанілу. Час повного відновлення свідомості так само, як і час пробудження, був найменшим у III групі та становив $6,8 \pm 0,3$ хв проти $11,4 \pm 0,7$ хв у I групі, $11,2 \pm 0,5$ хв — у II та $12,1 \pm 0,7$ хв — у IV групі. **Висновки.** Таким чином,