

ГО "УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ"
"PO "UKRAINIAN SOCIETY of ANESTHESIOLOGY and INTENSIVE CARE"
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
BOGOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Українська Асоціація
Анестезіології та
Інтенсивної Терапії

p-ISSN 2519-2078
e-ISSN 2520-226X
<http://doi.org/10.25284/2519-2078>

Pain, Anaesthesia & Intensive Care

Біль, знеболення та інтенсивна терапія

№2 (111) 2025

Рецензований науковий медичний журнал
The peer-reviewed scientific medical journal

заснований у листопаді 1997
року виходить 4 рази на рік
established in November 1997
quarterly

Індексується в наукометричних базах і каталогах / Journal Indexing, в тому числі

CrossRef, Vernadsky National Library of Ukraine, WorldCat®, Google
Scholar, Наукова періодика України, Open AIRE, BASE, ICMJE,
ResearchBib - Academic Resource Index, Index Copernicus

Засновники

Громадська організація «Українська асоціація Анестезіології та інтенсивної терапії»,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Свідectво про державну реєстрацію

KB 22531-12431 ПР від 01.02.2017

Журнал внесено до **Переліку наукових фахових видань України**, в яких можуть публікуватися
результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора наук, кандидата наук та
ступеня доктора філософії (**Категорія "Б"**)

Накази МОН України №1413 від 24.10.2017; № 409 від 17.03.2020

Адреса редакції:

Україна, Київ, 01133, Лабораторний пров., 14-20,
тел./факс: (044) 529-24-72 e-mail: aaukr@aaukr.org
<http://www.aaukr.org/>

Editorial address:

Ukraine, Kyiv, 01133, Laboratornyi prov., 14-20,
phone/fax: (044) 529-24-72 e-mail: aaukr@aaukr.org
<http://www.aaukr.org/>



Надруковано на безкислотному папері.
The journal is printed on acid-free paper.

© Українська асоціація анестезіології та інтенсивної терапії, 2025
© Ukrainian Society of Anesthesiology and Intensive Care, 2025

Київ, 2025

Підписний індекс / 21922
Subscription index

Українська Асоціація
Анестезіології та
Інтенсивної Терапії

online version
<http://jpaic.aaukr.org>

Таран Р. М.², Воротинцев С. І.^{1,2}**ДВОБІЧНИЙ ПОДОВЖЕНИЙ ESP-BLOCK У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**¹ Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна² КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Опіоїдні анальгетики завжди використовуються для забезпечення адекватного знеболення при операціях на відкритому серці, але можуть нести ризики ускладнень та формування синдрому хронічного болю.

Мета дослідження – оцінити клінічну ефективність двосторонньої подовженої блокади площини м'язів випрямляча спини (ESPB), як компоненту мультимодальної анальгезії при кардіохірургічних операціях із серединною стернотомією в умовах штучного кровообігу.

Матеріали та методи. В одноцентрове ретроспективно-проспективне обсерваційне дослідження включені 123 пацієнта, які перенесли кардіохірургічне втручання на серці з серединною стернотомією зі штучним кровообігом. Середній вік пацієнтів склав – 60 ± 1.5 років, чоловіків було – 80 (65 %), жінок – 43 (35 %). Пацієнти розподілені на дві групи: група 1 ($n=57$, (46%)) – контрольна, де для періопераційної анальгезії використовували наркотичні анальгетики; група 2 – дослідницька ($n=66$, (54%)), використовували ESP-block та фентаніл (за необхідністю).

Кінцеві крапки дослідження: первинна – загальна доза наркотичних анальгетиків в перші 48 годин після екстубації; вторинні – інтраопераційне споживання фентанілу, стабільність гемодинамічних показників під час операції, динамічність показників кислотно-лужного стану, глікемії та рівня лактату крові, час до екстубації трахеї, інтенсивність післяопераційного болю за візуально-числовою шкалою оцінки (ЧШО), потреба в призначенні наркотичних анальгетиків, активізація та мобільність пацієнтів, тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії.

Для статистичної обробки даних використовували пакет Statistica (Stat Soft Statistica v.13.0) та Microsoft EXCEL 2013 (ліцензія 00331-10000-00001-AA4040).

Результати та обговорення. Інтраопераційна потреба у фентанілі була нижчою в групі 2, ніж у групі 1 (3 ± 0.05 мкг/кг проти 15 ± 0.05 мкг/кг, відповідно, $p<0.01$). Гемодинамічні показники в обох групах на етапах оперативного втручання були в межах референтних значень. Але в групі 2, АТ та ЧСС протягом операції залишалися більш контрольованими та стабільними ($p<0.01$). Рівень лактату підвищувався в обох групах на кінець операції, але в групі 2 він був в 1,6 рази нижчим, ніж в групі 1 і знаходився в межах референтних значень ($2,3 \pm 1,3$ ммоль/л проти $3,63 \pm 1,83$ ммоль/л, відповідно, $p<0.01$). Інтенсивність болю за візуально-числовою шкалою оцінки в групі 2 була в середньому у 3 рази меншою, ніж у групі 1 впродовж 48 годин після операції ($p<0.01$). Наркотичні анальгетики призначали тільки 4 (6,06 %) пацієнтам у групі 2, в той час як у групі 1, потреба у призначенні наркотиків була у 49 (80,6 %) пацієнтів ($p<0.01$).

Висновки. Застосування двостороннього подовженого ESP – блоку у пацієнтів кардіохірургічного профілю із серединною стернотомією в умовах штучного кровообігу призводить до зменшення періопераційного споживання фентанілу та інтенсивності післяопераційного болю, що сприяє ранній екстубації трахеї та скорочує час перебування хворих у ВІТ.

УДК 617.58-089.168.1-089.5:615.211

Шостак М. А.^{1,2,3}; Доморацький О. Е.^{1,3}; Знаєвський М. І.²; Строкоус В. В.²; Якубець О. А.^{2,3}; Штупун Ю. В.^{1,2}**РОЗРОБКА ІДЕАЛЬНОГО ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ БОЛЮ ПОЧИНАЄТЬСЯ З МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ**¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шуплика, кафедра анестезіології та інтенсивної терапії.² КНП «Київська міська клінічна лікарня №6»³ ПП «Клініка Медіком»

Актуальність: За останні роки в Україні погляд на періопераційний менеджмент знеболення змінюється кардинально, насамперед, цього вимагає великий потік пацієнтів з фронту, масивні дефекти на верхніх та нижніх кінцівках, тулубі, спині, які потребують довготривалого стаціонарного лікування і ефективного знеболення. Періопераційний біль залишається однією з найпоширеніших проблем сьогодення. Не дивлячись на сучасні досягнення в альгології, питання ефективного контролю болю після хірургічних та ортопедичних втручань досі лишається актуальним, не дивлячись на те, що за останні роки досягнуто надзвичайного прогресу. У цій статті розглянемо перспективні підходи до лікування періопераційного болю.

Мета: Концепція ефективного періопераційного знеболення пацієнтів після хірургічних та ортопедо – травматологічних оперативних втручань, з мінімізацією використання наркотичних анальгетиків, шляхом доповнення традиційних схеми мультимодального знеболення.

Матеріали та методи: Проаналізовані літературні джерела у базах даних PubMed, Scopus, Cochrane, в яких висвітлюється ефективне періопераційне знеболення, а також результати власного досвіду.

Результати: Генерація болю після хірургічних втручань є складною. Вивчення фізіології болю та її передача є важливою

для розуміння його своєчасного та ефективного лікування. Залежно від того, як передається біль, його можна класифікувати як ноцицептивний та невропатичний. За останнє десятиліття протоколи прискореного відновлення після операції (ERAS) стають загальновизнаними стандартами для покращення періопераційного відновлення. Опіоїди традиційно були основним препаратом для націлювання на механізми передачі болю. Мультимодальна анальгезія стала кращим методом лікування болю в хірургічній та ортопедичній практиці. Використання більше ніж одного режиму для вирішення періопераційного болю шляхом впливу на декілька рецепторів за допомогою різних груп лікарських препаратів прискорює процес відновлення, що в свою чергу зменшує потребу в опіоїдах. Мультимодальна анальгезія є важливим компонентом такої допомоги. Окрім того, після тривожної опіоїдної епідемії в США, активно спостерігається зростання інтересу до неопіоїдних альтернатив або ад'ювантів для контролю періопераційного болю, часто в контексті мультимодальної анальгезії. Внутрішньовенний ацетамінофен, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), не-наркотичний анальгетик центрального механізму дії (нефопам гідрохлорид), кетамін, дексметомедін, внутрішньовенний лідокаїн та нові сучасні нейроаксіальні та регіональні методики, а також контрольовані пацієнтом підходи набувають все більшого значення. Габапентини набули популярності після того як показали гарний анальгетичний ефект в комбінаціях з вище перерахованими

ЗМІСТ

ТАРАН Р. М., ВОРОТИНЦЕВ С. І. ДВОБІЧНИЙ ПОДОВЖЕНИЙ ESP-BLOCK У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	64
ШОСТАК М. А.; ДОМОРАЦЬКИЙ О. Е.; ЗНАЄВСЬКИЙ М. І.; СТРОКОУС В. В.; ЯКУБЕЦЬ О. А.; ШТУПІН Ю. В.. РОЗРОБКА ІДЕАЛЬНОГО ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ БОЛЮ ПОЧИНАЄТЬСЯ З МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ	64
ЄХАЛОВ В. В., КРИСТАФОР Д. А., ХАРИПОНЧУК К. В. ВИПАДКИ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО АНТИХОЛІНЕРГІЧНОГО СИНДРОМУ В ЛІТНІХ ОСІБ	65
РОМАНЕНКО С. О., СУДАКЕВИЧ С. М., КУЗЬМИЧ І. М. ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СЕРЦЯ	66
ДОБРОВОЛЬСЬКА Г. Ю., ЛОСКУТОВ О. А. ВПЛИВ МЕТОДІВ ОПТИМІЗАЦІЇ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ НА АКТИВАЦІЮ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ	66
БАРАБАНОВА А. А. СТРЕСОВІ МАРКЕРИ ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	67
САВЧУК Т. В., ДЗІЮБА Д. О. ДЕКСМЕДЕТОМИДИН ЯК АД'ЮВАНТ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ АРТРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА КОЛІННОМУ СУГЛОБІ	67
АЙВАРДЖІ О. О., ДЗІЮБА Д. О. МЕТОДИ ОЦІНКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ БОЙОВИХ ТРАВМАХ НА РАННЬОМУ ШПИТАЛЬНОМУ ЕТАПІ	68
УСЕНКО О. Ю., СИДІЮК А. В., СИДІЮК О. Є., ДИКАНЬ А. А. ТИМЕКТОМІЯ ПРИ МІАСТЕНІЇ ГРАВІС: ВИКЛИКИ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК І СУЧАСНІ ПІДХОДИ	69
БОБРОВНИК О. В. ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ НАВІГАЦІЇ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦІЇ ЦЕНТАЛЬНИХ ВЕН: ДОСВІД КМКЛШМД М. КИЄВА	70