



ЗБІРКА ТЕЗ

Британо-Українського симпозіуму (БУС–17)

Seventeen British-Ukrainian Symposium (BUS 17)

www.anaesthesiaconference.kyiv.ua

Київ, 15-17 травня 2025 року

Пилипенко О.В., Кравець О.В.

УДОСКОНАЛЕННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ ЗАСТОСУВАННЯМ QL-БЛОКУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Резюме. Гострий післяопераційний біль, що виникає після лапароскопічної холецистектомії, продовжує бути важливою та актуальною проблемою в сучасній медицині, оскільки його неадекватне лікування може значно погіршити процес відновлення пацієнта та збільшити ризик розвитку хронічного болювого синдрому. Тому для лікування гострого післяопераційного болю доцільно поєднувати медикаментозну терапію з регіонарними методами знеболення. Однією з таких методик є блокада квадратного м'язу попереку II типу (Quadratus Lumborum block, QL-блок).

Метою цього дослідження було порівняти ефективність післяопераційного знеболення при застосуванні мультимодальної аналгезії та її поєднанні з правостороннім QL-блоком у пацієнтів з гострим холециститом, які перенесли лапароскопічну холецистектомію.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 62 пацієнта з діагнозом гострий холецистит, прооперовані лапароскопічно. Оцінка болю здійснювалася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), також оцінювалися показники гемодинаміки, рівень глікемії, частота виникнення нудоти і блювання, час відновлення перистальтики кишечника, час першого підйому з ліжка, потреба у додатковому знеболенні, суб'єктивна оцінка якості сну, рівень денної сонливості (за шкалою Епворта), рівень тривоги (за шкалою Бека), рівень тривоги та депресії (за шкалою HADS).

Результати. Пацієнти з гострим холециститом при надходженні скаргилися на біль, який носив середньо-інтенсивний характер (5,47±0,39 – 5,69±4,3 балів за ВАШ), що спостерігалось як у спокої, так і під час руху, а також супроводжувалося нудотою і/або блюванням у 36,7 % – 37,5 % випадків. У ранньому післяопераційному періоді при застосуванні QL-блоку рівень болю був суттєво нижчим, порівняно з контрольною групою, а саме на 37,7 % ($p < 0,001$) через 4 години після операції, на 38,3 % ($p < 0,001$) – через 6 годин, та досяг найбільшої різниці через 12 годин після

операції – на 41,9 % ($p < 0,001$). Це супроводжувалося зниженням вираженості тахікардії на 13,8 % – 16,1 % ($p < 0,001$), а також зменшенням частоти післяопераційної нудоти та/або блювання на 18,6 % – 20,4 % ($p < 0,001$). Відновлення перистальтики кишечника у групі QL-блоку спостерігалось на 6 годин раніше ($p < 0,001$), а активізація пацієнтів – на 2,5 години раніше ($p = 0,021$). Також було зафіксовано значне покращення якості сну у групі QL-блоку протягом перших трьох діб після операції, що сприяло зниженню показників денної сонливості та зменшенню рівня тривожності та депресії. Так, у першу добу після операції у групі QL-блоку були відсутні пацієнти із «поганою» оцінкою якості сну (проти 12,5 % у контрольній групі, $p = 0,045$), «задовільно» сон оцінили 26,7 % (проти 65,6 % у контрольній групі, $p = 0,002$), «добре» сон оцінили 56,7 % (проти 21,9 % у контрольній групі, $p = 0,005$), «відмінно» – 16,7 % (проти 0,0 % у контрольній групі, $p = 0,016$). Рівень тривожності за шкалою Бека у пацієнтів контрольної групи у 1-шу добу після операції відповідав «помірному» (9,3±0,5 балів). На відміну від цього, рівень тривожності у пацієнтів групи QL-блоку був «низьким» (3,8±0,5 балів, $p < 0,05$) у цей же період. З 3-ї доби після операції рівень тривожності достовірно не відрізнявся в обох групах ($p > 0,05$) та відповідав «низькому».

Висновки. У пацієнтів з гострим холециститом, які перенесли лапароскопічну холецистектомію, застосування мультимодальної аналгезії в поєднанні з правостороннім QL-блоком дозволило значно знизити рівень болю, як у спокої, так і під час руху, уникнути використання наркотичних анагетиків, зменшити частоту виникнення нудоти та/або блювання, а також прискорити відновлення моторної функції кишечника і активізацію пацієнта. Зниження рівня післяопераційного болю також сприяло покращенню психо-емоційного стану пацієнтів завдяки поліпшенню якості нічного сну і відсутності денної сонливості.

УДК 616-001.45. 616.71-001.515

Тимчишин Д.О.^{1,2}, Буднюк О.О.², Кальчев М.М.^{1,2}

РЕГІОНАРНІ АНАЛГЕТИЧНІ БЛОКАДИ ПОРАНЕНИМ З БОЙОВОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ТРАВМОЮ КІНЦІВОК ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ НА РІВНІ ROLE 2

¹Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса, Україна²Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Лікування болю та контроль ефективності знеболення під час війни є невід'ємною частиною лікування та надання допомоги пораненим з бойовою хірургічною травмою (БХТ). Особливо складним завданням є організація якісного знеболення поранених в умовах прифронтових шпиталів (Role 2), а також під час послідувочної медичної евакуації. Однак, за результатами досліджень, спостерігались відсутність контролю над болем та низька ефективність тактики лікування болю під час медичної евакуації, що призводить до формування хронічного болю та підвищення рівня посттравматичного стресового розладу у поранених.

Регіонарні аналгетичні блокади на сьогодні вважаються корисним компонентом мультимодального знеболювання в боротьбі з болем. Проте, даних щодо особливостей регіонарного знеболення поранених з БХТ в умовах саме шпиталів Role 2 та під час послідувочного транспортування, в наукових роботах висвітлено мало. Серед головних проблемних питань існуючих в умовах Role 2, можна зазначити обмеженість часу та ресурсів, а особливо під час масових надходжень поранених, адже виконання інфільтрації нервових

структур та терміни настання анестезії інколи потребують більше часу, ніж інші методи знеболення.

З появою ультразвукового контролю в регіонарній анестезії, можна спостерігати скорочення часу, необхідного для проведення блокади та початку анестезії, з можливістю значного зменшення доз місцевого анестетика. Проте все одно, регіонарні аналгетичні блокади є технічно більш складними маніпуляціями, та для їх проведення необхідно наявність спеціальних знань та досвіду у лікаря-анестезіолога. Не існує на сьогодні чіткого визначення, щодо мінімально ефективних доз анестетиків, необхідних для проведення якісної регіонарної блокади. Особливо гострим питанням залишаються визначення показів до регіонарного знеболення поранених з БХТ декількох анатомічних ділянок, адже сумарна доза анестетиків може перевищувати токсичну.

Вважаємо обґрунтованим уточнення показань застосування регіонарних аналгетичних блокувань у поранених з БХТ в умовах Role 2, удосконалення методик, розробки чек-листів, а також методів оцінки ефективності та безпеки, що може сприяти попередженню формування хронічного болю і поліпшенню якості життя пацієнтів.