

ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ  
ІМЕНІ ПРОФЕСОРА М.І. СИТЕНКА  
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»



Слобожанська конференція

**З АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА  
ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ:**  
професійний розвиток попри війну

**МАТЕРІАЛИ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**28 червня 2024 року  
ХАРКІВ**

Матеріали науково-практичної конференції «Слобожанська конференція з анестезіології та інтенсивної терапії: професійний розвиток попри війну»

**Організатори конференції:** Державна установа «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка Національної академії медичних наук України»

Конференцію включено до «Реєстру заходів БПР МОЗ України, які проводитимуться у 2024 р.»

## **ЗМІСТ**

Інформативність модальностей інтраопераційного моніторингу у хворих з різною патологією хребта <i>Барков О.О., Дуплій Д.Р.</i> .....	2
Вплив положення тіла під загальною анестезією в періопераційному періоді на дозування пропофолу <i>Лизогуб К.І., Лизогуб М.В., Яковенко С.М., Паздніков Р.В., Дуплій Д.Р., Москаленко Н.О., Піщик В.М., Петрова І.М., Векліч І.А.</i> ...	3
Вплив анестетиків на показники гемодинаміки <i>Лизогуб К.І., Пересипкіна Т.В.</i> .....	5
Швидка ультразвукова діагностика роботи серця для анестезіолога <i>Лизогуб К.І., Лизогуб М.В., Пересипкіна Т.В.</i> .....	7
Клініка уражень нервової системи при гострих отруєннях синтетичними канабіноїдами у дітей <i>Одинець І.Ю., Міщенко В.А., Пороша Н.С., Лисенко Л.С., Пушкар М.Б.</i> .....	9
Передопераційна корекція психо-емоційних розладів у дітей з лійкоподібною деформацією грудної клітки <i>Пилипко В.М., Карпінська О.Д.</i> .....	11
Особливості змін в неврологічному та соматичному статусі у пацієнтів з ревматоїдним артритом в передопераційному періоді <i>Юрик О.Є., Юрик Н.Є., Франчук О.С.</i> .....	13
Особливості неврологічного стану у пацієнтів із спадковими полінейропатіями на етапі передопераційної підготовки <i>Юрик О.Є., Секер Т.М., Юрик Н.Є., Дуда М.С., Кудієнко Є.М.</i> .....	15

УДК 617.547-089.8:616.8-003-06] (045)

## **ІНФОРМАТИВНІСТЬ МОДАЛЬНОСТЕЙ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МОНІТОРІНГУ У ХВОРИХ З РІЗНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ХРЕБТА**

*Барков О.О., Дуплій Д.Р.*

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України», Харків

**Мета.** Дослідити робочі параметри та явища інтраопераційного моніторингу та виявити специфічність і чутливість різних його модальностей у зв'язку з післяопераційними неврологічними ускладненнями в пацієнтів із різною патологією хребта.

**Методи.** Проаналізовано протоколи інтраопераційних нейрофізіологічних моніторингів (ІОМ) 88 хворих, яким проведено хірургічні втручання на хребті: кіфосколіотичні деформації хребта – 58 (68 %), травматичні – 12 (13,3 %), дегенеративні захворювання – 10 (11,7 %), новоутворення – 6 (6,7 %).

**Результати.** У 33 (38,4 %) випадках використано поєднання модальностей моторних викликаних потенціалів (МВП) і стимуляцію транспедиккулярних гвинтів (СТГ), у 36 (41,9 %) – лише МВП, 17 (19,8 %) – СТГ. У всіх випадках застосовано самопоточну і тригерну електроміографію. Результати. Найстабільніші МВП виявлено на *mm. tibialis anterior*, *mm. abductor hallucis longus*. Підтверджено, що несприятливим і достовірним чинником ознаки тривоги є одностороннє стійке зниження амплітуди МВП більш ніж на 80 %. За результатами СТГ 424 (97,5 %) гвинти встановлено коректно, 1 (0,2 %) – хибно негативний випадок некоректного проведення. Хибно позитивні результати за тестом СТГ склали від 34,7 до 15,4 % залежно від обраного критичного порога сили струму, який надходив на транспедиккулярний гвинт. Уважаємо поріг тесту СТГ у 13 мА задовільним, а нижчий – незадовільним. Визначено групу пацієнтів, у яких встановлено 72 гвинти (16,6 % від усіх аналізованих), котрі за результатами тесту СТГ отримали незадовільну оцінку, а рентгенологічно не виявлено похибок у положенні гвинтів.

**Висновки.** Модальності ІОМ високочутливі та специфічні до ушкоджень структур спинного мозку та спинномозкових нервів, але залежність від низки зовнішніх чинників знижує їхню інформативність, що призводить до отримання хибно позитивних і хибно негативних результатів. Визначено, що динаміка амплітуд МВП м'язів мішеней відрізняється за інформативністю й ефективністю під час хірургічного втручання через індивідуальні морфологічні та моторні характеристики.

## **ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ТІЛА ПІД ЗАГАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ В ПЕРІОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ НА ДОЗУВАННЯ ПРОПОФОЛУ**

*Лизогуб К.І., Лизогуб М.В., Яковенко С.М., Паздніков Р.В.,  
Дуплій Д.Р., Москаленко Н.О., Піщик В.М., Петрова І.М, Векліч І.А.*

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім.проф.М.І.Ситенка  
НАМН України», м. Харків, Україна

Положення пляжного крісла (ППК) широко використовується як рутинний підхід при артроскопіях плечового суглобу в усьому світі, основним недоліком такого положення є розвиток тяжких неврологічних ускладнень [1], більш того загальна анестезія при ППК призводить до церебральної десатурації у 25% випадків у пацієнтів з ASA I-II [2], тому ППК вимагає відповідного позиціонування та анестезіологічного менеджменту для забезпечення безпеки пацієнта. Контроль глибини анестезії є критично важливим аспектом забезпечення безпеки пацієнта під час хірургічного втручання. Застосування Bispectral Index (BIS) є ключовим у цьому процесі.

**Метою** нашого дослідження було: порівняння змін показників BIS у ППК та в положенні на животі у періопераційному періоді та відповідно виявити різницю в дозуванні розчину пропофолу.

**Матеріали і методи:** обсерваційне дослідження 70 пацієнтів було проведено в ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім.проф. М.І.Ситенка НАМН України». Вік обстежуваних коливався від 18 до 68 років. Пацієнти були розподілені на дві рівні групи: I - пацієнти, яким оперативне втручання проведено в ППК, II - хворі, яким оперативне втручання проведено в prone position. Рівень крововтрати був однаковий у двох групах. Усі пацієнти відповідали фізичному статусу за ASA II, оперативні втручання проведено під загальною анестезією, індукцію проведено з використанням пропофолу, фентанілу та атракуріуму у стандартних розрахунках, підтримання анестезії проводилось з застосуванням пропофолу та фентанілу. У кожного пацієнта отримана персональна інформована згода. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програмного статистичного пакета Statistica 12 і Microsoft Excel 2016.

**Результати:** у групі ППК на початку операції показники BIS  $98 \pm 1,03$ , після індукції показники зменшились до  $48,56 \pm 3,89$ , та після

позиціонування збільшилися до  $53,62 \pm 5,35$ . Доза пропофолу 1% становила  $5,59 \pm 0,66$  мг/кг/год. У групі prone position спостерігається різниця у показниках, порівняно з групою ППК. Так, початкові дані показника BIS моніторингу були  $98,62 \pm 0,6$ , після індукції -  $55,62 \pm 2,15$ , та після укладання на живіт показники дорівнювали  $57,0 \pm 2,28$ . Доза пропофолу дорівнювала  $8,06 \pm 0,34$  мг/кг/год.

**Висновки:** в результаті дослідження було виявлено, що дозування пропофолу у групі ППК значно нижче порівняно з дозуванням пропофолу у групі prone position. Ймовірно, це обумовлено механізмами ауторегуляції мозкового кровотоку.

#### Література

1. Murphy GS, Greenberg SB, Szokol JW. Safety of Beach Chair Position Shoulder Surgery: A Review of the Current Literature. *Anesth Analg.* 2019 Jul;129(1):101-118. doi: 10.1213/ANE.0000000000004133.
2. Aguirre JA, Etzensperger F, Brada M, Guzzella S, Saporito A, Blumenthal S, Bühler P, Borgeat A. The beach chair position for shoulder surgery in intravenous general anesthesia and controlled hypotension: Impact on cerebral oxygenation, cerebral blood flow and neurobehavioral outcome. *J Clin Anesth.* 2019 Mar; 53: 40-48.

# ВПЛИВ АНЕСТЕТИКІВ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОДИНАМІКИ

*Лизогуб К.І.,<sup>1</sup> Пересипкіна Т.В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України, м. Харків

<sup>2</sup> Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

Анестезія відіграє ключову роль у сучасній хірургії, забезпечуючи комфорт та безпеку пацієнта під час оперативного втручання. Однак важливо пам'ятати, що анестетики можуть значно впливати на показники кровотоку, що має важливі клінічні наслідки.

**Вплив на серцевий викид.** Багато анестетиків, такі як інгаляційні агенти (ізофлуран, севофлуран) та пропофол, відомі своєю властивістю знижувати серцевий викид. Це відбувається за рахунок зменшення контрактильності міокарда та зміни венозного повернення. Дослідження показують, що пропофол викликає значне зниження серцевого викиду, зменшуючи переднавантаження та негативну іотропну дію. Ці ефекти потребують ретельного моніторингу та управління для підтримки гемодинамічної стабільності пацієнта.

**Вазодилатація та зниження судинного тону.** Інгаляційні анестетики та пропофол викликають вазодилатацію, що знижує системний судинний опір та артеріальний тиск. Вазодилатація також знижує венозне повернення, що в свою чергу впливає на переднавантаження та серцевий викид. Ці зміни можуть призвести до гіпотензії, що особливо небезпечно у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. У таких випадках можуть бути потрібні вазопресори та інші медикаменти для підтримання нормального артеріального тиску.

**Зміна мікроциркуляції.** Анестетики можуть змінювати кровотік у мікроциркуляторному руслі, що впливає на тканинну перфузію та киснепостачання. Наприклад, інгаляційні анестетики можуть викликати шунтування крові та порушення мікроциркуляції, що призводить до погіршення доставки кисню до тканин. Це особливо важливо враховувати при веденні пацієнтів із критичними станами, де адекватна перфузія тканин має вирішальне значення.

**Регіонарні зміни кровотоку.** Деякі анестетики можуть змінювати кровотік у певних органах. Пропофол та інгаляційні анестетики можуть знижувати кровотік у печінці та нирках, що може негативно позначитись на функції цих органів. Це особливо важливо при проведенні операцій

на цих органах або у пацієнтів з захворюваннями печінки і нирок, що вже існують. Адекватне управління анестезією в таких випадках потребує ретельного моніторингу та корекції змін кровотоку.

**Гіпотензія та її управління.** Гіпотензія, спричинена зниженням системного судинного опору та серцевого викиду, є частим побічним ефектом анестезії. Цей стан вимагає своєчасної корекції для запобігання ускладненням. У клінічній практиці часто використовуються вазопресори та інотропи для підтримки нормального артеріального тиску та забезпечення адекватної перфузії органів.

**Компенсаторні механізми.** Організм має низку компенсаторних механізмів, спрямованих на підтримку гемодинамічної стабільності при змінах, спричинених анестезією. Барорефлекси та гормональні механізми можуть тимчасово компенсувати зниження серцевого викиду та артеріального тиску, однак у деяких випадках цих механізмів може бути недостатньо. Тому важливо мати план з управління можливими ускладненнями та забезпечення безпеки пацієнта.

**Висновок.** Розуміння впливу різних анестетиків на кровотік та гемодинамічні параметри має критичне значення для анестезіологів. Це знання дозволяє оптимізувати анестезіологічне ведення пацієнтів, мінімізувати ризики та забезпечити стабільний стан пацієнта під час та після операції. Постійний моніторинг гемодинамічних параметрів та своєчасна корекція змін є ключовими для успішного анестезіологічного управління. Володіння знаннями про вплив анестезії на кровотік та застосування цих знань на практиці дозволяє анестезіологам забезпечувати високий рівень безпеки та ефективності хірургічних втручань, що зрештою сприяє покращенню клінічних результатів та якості життя пацієнтів.

#### Література

1. Hempel G, Maier A-M, Piegeler T, Stehr SN, Kratzsch J, Höhne C. Hormonal Blood Pressure Regulation during General Anesthesia Using a Standardized Propofol Dosage in Children and Adolescents Seems Not to Be Affected by Body Weight. *J Clin Med.* 2020;9(7): 2129. Doi: 10.3390/jcm9072129
2. Saugel B, Sessler DI. Perioperative Blood Pressure Management. *Anesthesiology.* 2021;134:250-261. doi: 10.1097/ALN.0000000000003610
3. D'Amico F, Fominskiy EV, Turi S, Triulzi M, Zangrillo A, Landoni G, et al. Intraoperative hypotension and postoperative outcomes: a meta-analysis of randomised trials. *Br J Anaesth.* 2023;131(5):823-831. Published: September 20, 2023. DOI: 10.1016/j.bja.2023.08.026
4. Sessler DI. Perioperative thermoregulation and heat balance. *Lancet.* 2016 Jun 25;387(10038):2655-2664. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00981-2.



## **Швидка ультразвукова діагностика роботи серця для анестезіолога**

*Лизогуб К.І.<sup>1</sup>, Лизогуб М.В.<sup>1</sup>, Пересипкіна Т.В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України, м. Харків

<sup>2</sup> Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

Знання стану серця дозволяє анестезіологу оцінити ризики, пов'язані з проведенням анестезії, особливо у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, допомагає вибрати оптимальний анестезіологічний підхід та запобігти потенційним ускладненням, спланувати та моніторувати післяопераційний період.

Метою роботи стало акцентуація уваги на оцінці систолічної та діастолічної функцій серця, визначенні легеневої гіпертензії та стенозу аорти з метою кращого керування інтраопераційним та післяопераційним станом пацієнтів.

При ультразвуковій оцінці серця немає однієї достовірної позиції або показника, який одночасно надає повну характеристику структури та функцій серця. Тому, дослідження серця перед будь-яким операційним втручанням необхідно проводити поліпозиційно – використовуючи різні ультразвукові доступи. Основними позиціями є парастернальний доступ по довгій та короткій вісі, апікальний чотири та п'ятикамерний та субкостальний доступ.

Саме оцінка структури та функцій серця у цих позиціях надає якомога більшої інформації і складає стандартний алгоритм, який дозволяє всебічно оцінити цей важливий орган.

Для анестезіологів важливим є визначення чи оцінка проявів таких станів як легенева гіпертензія (ЛГ), оцінка наявності або вираженості стенозу клапанів аорти (Ао) і, звісно, оцінка систолічної та діастолічної функцій серця.

У кожному доступі важливо визначити певні зміни, які будуть притаманні вищезначеним станам. У парастернальному доступі по довгій вісі можливим є оцінка співвідношень лівих та правих відділів серця (за відсутності змін правий шлуночок у 1,5 разів менше за лівий шлуночок), можливо оцінити структуру, щільність, рух та відкриття стулок мітрального та аортального клапанів (ущільнення стулок, обмеження руху при стенотичних змінах). Дана позиція дозволяє оцінити розміри лівого передсердя (ЛП), яке за розмірами співставне із

розміром аорти. За наявності ознак патологічних змін, у т.ч., легеневої гіпертензії, ЛП приймає округлу форму і збільшені розміри. Застосування М-режиму дозволяє у даній позиції також визначити систолічну функцію серця за показником мітрально-септальної сепарації (відстань між передньою стулкою мітрального клапану та міжшлуночковою перетинкою. При відстані до 7,0 мм фракція викиду (ФВ) становить більше 50%). Також можливо оцінити у даному М-режимі ФВ за рухом кореня аорти (ФВ більше 50% при амплітуді більше за 7,0 мм).

Потовщення задньої стінки лівого шлуночка більше за 1,1 см підтверджує наявність гіпертрофічних змін міокарда. Наявність вільної рідини у перикарді добре візуалізується у даній позиції. Позиція парастернально по довгій вісі дозволяє провести вимір вихідного тракту лівого шлуночка при підозрі на стенотичні зміни клапанів Ао.

Наступна позиція парастернально по короткій вісі на рівні стулок Ао підтверджує дані щодо анатомічної структури клапанів Ао, співвідношення розмірів камер серця, оцінити діаметр стовбура легеневої артерії для визначення ЛГ. Сегментарна скоротливість також оцінюється у позиції парастернально по короткій вісі на рівні стулок МК, папілярних м'язів та верхівки серця. Застосування М-режиму у даному доступі надасть можливість розрахунку ФВ за формулою Тейхольця.

Апікальний чотири та п'ятикамерний доступ дає можливість не лише підтвердити всю отриману раніше інформацію щодо структури, розмірів, сегментарної скоротливості серця, а й підтвердити цю інформацію розрахунковими показниками – розрахувати ФВ за формулою Симпсона, оцінити транс клапані потоки мітрального, трикуспідального та аортального клапанів. Оцінка швидкісних показників на клапані Ао постійно хвильовим доплером допоможе визначитися із наявністю чи проявами стенотичних змін (не має перевищувати 3,0 м/с), а оцінка показників трикуспідальної регургітації підтвердить чи спростує наявність ЛГ (швидкість у нормі до 2,8 м/с). Вимір діаметру нижньої порожнистої вени надасть інформацію про центральний венозний тиск, спростує/підтвердить зміни тиску у правому передсерді.

Таким чином, розуміння та використання ехокардіографії є невід'ємною частиною практики анестезіології, забезпечуючи індивідуальний підхід до кожного пацієнта, мінімізацію ризиків та забезпечення якісної медичної допомоги у всіх стадіях оперативного процесу.

# КЛІНІКА УРАЖЕНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ СИНТЕТИЧНИМИ КАНАБІНОЇДАМИ У ДІТЕЙ

*Одинець І.Ю.<sup>1</sup>, Міщенко В.А.<sup>1</sup>, Пороша Н.С.<sup>2</sup>,  
Лисенко Л.С.<sup>1</sup>, Пушкар М.Б.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство Харківської Обласної Ради «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

**Ключові слова:** діти, інфекційна патологія, синтетична марихуана, отруєння

Високий рівень споживання та отруєння синтетичними канабіноїдами (СК) привертає до себе увагу як лікарів наркологів, так і лікарів інших спеціальностей. Швидке розповсюдження цих наркотичних речовин (НР) спостерігається не тільки серед дорослого населення, але і серед дітей та підлітків. Незважаючи на спроби посилити обмеження, популярність СК зросла з моменту їх появи. Ймовірно, у зв'язку з тим, що вони не виявлялися на звичайних тестах на НР в сечі, відносно низькій їх вартості, легкодоступності, «легальності» та інших факторів, які ще належить визначити. Але, занепокоєння громадськості збільшилося, посилюючи ризик контакту маленьких дітей з НР. Певні труднощі пов'язані з диференційною діагностикою між наркотичним отруєнням СК та схожими клінічними ознаками, що реєструються при деяких соматичних та інфекційних захворюваннях.

До КНП ХОР «Обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня» у відділення інтенсивної терапії за період з 2017 по 2024 рр. було госпіталізовано 17 дітей віком від 7 до 17 років у критичному стані.

Ознаки хвороби виникали раптово. Діти були блідими, погано доступні контакту, збуджені, у них спостерігалися жакливі галюцинації, вони кричали, збудження чергувалося з пригніченням або втратою свідомості, у більшості дітей реєструвався судомний синдром. Мала місце блювота та гіпертермія 37,5-39°C. Лихоманка, ознаки пошкодження нервової системи (НС) (збудження, панічні атаки, агресивність, запаморочення свідомості, дезорієнтація, гіпертонус м'язів, судомний синдром, слухові та зорові галюцинації), позитивні менінгеальні знаки дозволили діагностувати гострий менінгоенцефаліт. Вірусних або бактеріальних чинників, що викликають

пошкодження НС, не було виявлено. При МРТ головного мозку ознак вогнищевої патології та осередків запального процесу не знайдено. Вищезазначене дозволило припустити отруєння невідомою сполукою, можливо НР. Було прийняте рішення після отримання згоди батьків провести діагностику сечі на наявність НР. Тест був проведений 12 дітям, та у всіх був отриманий позитивний результат на СК. Батьки 5 пацієнтів відмовилися від проведення цього тесту. При спілкуванні з цими дітьми був встановлений факт прийому ними НР.

Таким чином, дебют отруєння СК дуже схожий на початок гострого інфекційного захворювання, що перебігає з пошкодженням переважно НС з наступним розвитком коми, серцевої та дихальної недостатності. Виключення інфекційної патології у таких хворих потребує призначення дороговартісних вірусологічних, бактеріологічних, інструментальних методів дослідження (УЗД, МРТ та ін.).

Слід рекомендувати перед вищезазначеними дослідженнями проводити тест на наявність НР дітям з клінічними ознаками, схожими з інфекційним ураженням НС (гострі менінгоенцефаліти, енцефаліти), тяжким судомним синдромом, який виник вперше, або діагностично складним пацієнтам.

# ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА КОРЕКЦІЯ ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Пилипко В.М., Карпінська О.Д.*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України,  
м. Київ, Україна

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН  
України», м. Харків, Україна

Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК) – одне з найбільш поширених вроджених деформацій передньої грудної стінки, характеризується западанням грудини. Для багатьох пацієнтів дефект грудини добре переноситься, але іноді стає джерелом значного психологічного стресу. Цей дистрес найчастіше виникає в підлітковому віці, в період вирішального фізичного та соціального розвитку, і може призвести до тривоги, зниження самооцінки та відсторонення від соціальної діяльності, що значно впливає на якість життя пацієнтів. Необхідність оперативного втручання часто супроводжується психологічною неготовністю пацієнта. Операція по корекції ЛДГК не є виключенням. Психологічній підготовці пацієнтів перед операцією приділяється все більше уваги.

**Мета.** Оцінити ефективність корекції психо-емоційних розладів у дітей з ЛДГК перед хірургічним лікуванням.

**Матеріали і методи.** Проведено оцінка впливу психологічної підготовки до операції у дітей з ЛДГК (n=28) віком від 10 до 17 років. Пацієнти проходили лікування в стаціонарі Охматдит (м. Київ) в у 2022-2023 роках. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група (n=11), які одразу згодні на операцію корекції деформації грудної клітини; II група (n=17), які не були психологічно готові до хірургії і потребували психологічної підготовки. Для оцінки готовності пацієнта до операції використовували Шкалу тривоги перед операцією (SAS) та Опитувальник тривожності для дітей (STAIC).

**Результати.** Після попереднього опитування у більшості дітей I групи рівень тривожності оцінювали як низький чи помірний, у II групі рівень тривоги класифікували як високий.

Перед психологічною корекцією за даними анкетуванням по STAIC у 64,3 % пацієнтів відмічали високий рівень ситуативної тривожності, і високий бал особистої тривожності, особливо у дітей

молодшого віку. Після проходження курсу психологічної корекції, особиста тривожність у 57,1 % дітей знизилась до низького рівня, але ситуативна у більшості оцінювалась як помірна. Оцінку готовності дітей до операції повторно провели за опитувальником SAS. З 16 дітей II групи 10 (62,5 %) показали низьку тривожність, 6 (37,5 %) – помірну. Дітей хвилювало, в основному, побоювання болю після операції. Одна дитина за оцінками психолога не була готова до операції, тому запропоновано консервативне лікування, а через деякий час провести повторну психологічну корекцію за індивідуальною програмою.

Спостерігаючи за поведінкою дітей ми помітили, що незалежно від вираженості деформації, відношення до захворювання проявляється різними психоемоційними реакціями. Перебування у лікувальному закладі, відрив від звичного способу життя, проведення діагностичних та лікувальних заходів стає додатковим негативним фактором, який впливає на психіку дитини. Однак реакції дітей, які проходили лікування дещо відрізнялись. Так діти, які госпіталізовані для проведення хірургічного лікування та діти, які проходили консервативне лікування після попередньої психоемоційної корекції проявляли більшу врівноваженість, емоційне прийняття та прагнення одужати якомога швидше. Переважним побоюванням дітей перед операцією було страх щодо болю, навіть деякі, переважно діти 10 – 11 років, відмічали, що бояться померти, але після заспокоєння та пояснення ходу операції, ці страхи зникали. Діти більш старшого віку частіше побоювалися, ускладнень операції, що вона не дасть очікуваного результату. Після психологічної корекції, побоювання невдачі, якщо не зникали повністю, то помітно зменшувалися.

**Висновок.** Зазвичай діти і особливо підлітки мають високі естетичні критерії по відношенню щодо зовнішнього вигляду, і особливо щодо будови тіла. Не дивлячись на бажання покращити вигляд свого тіла, деякі пацієнти відчувають психоемоційне хвилювання на початку лікування. Результати комплексного підходу для пацієнтів психологічно не готових до операції, дозволило підвищити самооцінку, самореалізацію та знизити рівень хвилювання щодо лікування. Психологічна терапія знижує психологічні, психосоматичні та психофізіологічні симптоми у пацієнтів, хоча залишковий рівень тривоги у пацієнтів зберігається, але він значно менший, ніж до початку психологічної корекції.

Віра у ефективність лікування та оптимізм допомагали пацієнтам нормалізувати психосоматичний стан.

# ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН В НЕВРОЛОГІЧНОМУ ТА СОМАТИЧНОМУ СТАТУСІ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Юрик О.Є., Юрик Н.Є., Франчук О.С.*

ДУ „Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

**Ключові слова:** ревматоїдний артрит, передопераційне обстеження.

**Вступ:** Ревматоїдний артрит відноситься до складних аутоімунних захворювань, котрий досить часто потребує ортопедичної корекції.

**Метою** наших досліджень було поглиблене клінічне обстеження таких пацієнтів на етапі їхньої передопераційної підготовки.

**Матеріал та методи:** Ревматоїдний артрит діагностовано у 61 особи. Осіб чоловічої статі було 14, жіночої – 47. Розподіл хворих за віком в підгрупах був таким: у 13 % випадків захворювання спостерігалось у дітей, у 59 % – в молодому віці, у 18 % – в середньому та 10 % – в похилому віці.

**Результати:** При детальному клінічному обстеженні нами були виявлені такі зміни в діяльності нервової системи. У 7 дітей з ревматоїдним артритом спостерігались ознаки нейро-ендокринно-обмінної форми гіпоталамічного синдрому. У 3 хворих в юнацькому віці були виявлені ознаки ревмоваскуліту з ураженням структур нервової системи. Причому ці прояви супроводжувались не лише вираженими інтенсивним головним болем, головокружінням, запамороченням, але і зниженням пам'яті та розумової працездатності, а у 1 дівчини – епілептиформним синдромом. У 17 осіб молодого віку явища ревмоваскуліту супроводжувались м'яко вираженими ознаками дистальної сенсорної полінейропатії та явищами остеопорозу кісток кистей або ступнів. Явища монокорінцевої симптоматики діагностовані у 23 осіб: у 7 – в шийному, у 4 – в грудному і у 12 – в попереково-крижовому відділах хребта, а у 11 – спостерігався полірадікулярний синдром.

Як показали проведені дослідження, у 12 пацієнтів з ревматоїдним артритом діагностувалась хронічна інтерстеціальна пневмонія з частими рецидивами в період загострення артриту. Особливістю протікання пневмонії у цієї групи хворих був швидкий регрес клінічної симптоматики під впливом кортикостероїдної терапії та мала ефективність від застосування антибіотикотерапії. У 17 хворих

діагностований плеврит. Він протікав у вигляді сухого (11 хворих) або ексудативного (у 6 хворих) плевриту. У 1 пацієнта поєднувався з перикардитом. У 12 пацієнтів діагностувалась міокардіодистрофія. Ураження печінки спостерігались у 9 хворих з неспецифічними запальними захворюваннями суглобів. Зміни із боку нирок спостерігались у 14 хворих. Вони проявлялись незначною, але стійкою протеїнурією та мікрогематурією. Сечовий залишок був в нормі або незначно зміненим. У 3 хворих з цією патологією спостерігались незначні периферичні набряки.

**Висновки:** Таким чином, передопераційна підготовка пацієнтів з ортопедичними ускладненнями ревматоїдного артриту потребує зваженої корекції у них неврологічного та соматичного статусу.



# ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СПАДКОВИМИ ПОЛІНЕЙРОПАТІЯМИ НА ЕТАПІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ

*Юрик О.Є., Секер Т.М., Юрик Н.Є., Дуда М.С., Кудієнко Є.М.*

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

**Ключові слова:** спадкова полінейропатія, передопераційна підготовка.

**Вступ:** Спадкові полінейропатії належать до системних дегенеративних захворювань нервової і м'язової систем генної природи, котрі досить часто призводять до порушення опорно-рухового апарату.

**Метою** наших досліджень було оцінити неврологічний стан осіб із спадковими полінейропатіями, обґрунтувати показання до операцій на скелеті стопи.

**Матеріал та методи:** Обстежено 87 пацієнтів декретованої групи у віці від 12 до 57 років. Контрольну групу склали 10 пацієнтів з травматичним ушкодженням м'яких тканин та периферичних нервів на нижній кінцівці і 10 пацієнтів з поздовжньою плоскостопістю ступнів молодого, середнього та похилого віку. Всі пацієнти підлягали детальному ортопедичному та неврологічному обстеженню.

**Результати:** В неврологічному статусі у всіх пацієнтів із спадковими полінейропатіями виявлено рівномірне, з обох сторін зниження сухожилкових і периостальних рефлексів на нижніх кінцівках, яке корелювало із тривалістю протікання захворювання та характером генетичних мальформацій. Реєструвалося зниження больового відчуття по дистальному типу: при легкій формі ураження — на рівні пальців ступнів, при середній — такі порушення розповсюджувались до рівня гомілкових суглобів, а при важких формах — сягали середньої третини гомілки або рівня колінних суглобів. При легкій формі спадкових полінейропатії знижувалась вібраційна чутливість в ступнях до 12-14 сек (у пацієнтів контрольної групи вона була в межах 15-16 сек і більше), при середньому ступені процесу — до 7-11 сек., при важких формах — до 0-4 сек. Рухливі порушення при полінейропатичній ступні зводились до симетричного зниження сили м'язів в дистальних відділах кінцівок, а у 12 пацієнтів з важкою формою Шарко-Марі спостерігався парез ступнів, у 2 хворих були явища проксимальної аміотрофії м'язів ніг, що було пов'язано з

пошкодженням передніх рогів спинного мозку в грудному та поперековому його відділах.

При обстеженні пацієнтів хворих із спадковими полінейропатіями відмічались значні вегетативно-трофічні порушення сегментарного рівня, переважно в дистальних відділах ніг. Зокрема, зміни стосувались самої шкіри. В дистальних відділах ніг у 48 пацієнтів вона була сухою, злущеною, з багаточисельними тріщинами, гіперкератозом, потертостями, мозолями (особливо в області підощв). Діагностувалися набряки по тильній поверхні ступнів та в нижній третині гомілок. Судинний малюнок був змінений у 36 пацієнтів по парасимпатикотонічному типу і у 19 пацієнтів – по симпатикотонічному. Нігті були атрофічними, із зміною їхнього зафарбування. Трофічні зміни спостерігались також і в глибше розташованих м'яких тканинах.

**Висновки:** Таким чином, детальне вивчення стану нервової системи допомагає зробити правильний вибір оперативного втручання у пацієнтів із спадковими полінейропатіями та уникнути нейротрофічних ускладнень у післяопераційному періоді. Патогномонічними ознаками для вибору виду операції є характер вегетативно-трофічних порушень та зміни вібраційної чутливості ніг.