

УДК 615.015: 615.276+615.213:616-006.6

Косеченко Н.Ю., Гомон М.Л., Нагайчук В.І.
Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Комплексний підхід фармакотерапії больового синдрому у хворих з опіками

Вступ. Знеболююча терапія у пацієнтів з опіковими травмами залишається актуальною проблемою внаслідок багатокомпонентності больового синдрому та недооцінення всіх патогенетичних механізмів його розвитку, а тому й неадекватністю знеболювання як під час надання первинної допомоги, так і в спеціалізованих стаціонарах. Саме тому некоригованість нейропатичного компонента больового синдрому на ранніх етапах знеболювальної терапії призводить до формування в опікових хворих хронічного нейропатичного больового синдрому, що часто проявляється інтенсивним свербіжем у ділянці післяопераційного рубця. Структурований підхід до протибольової терапії опікових хворих повинен базуватися на принципі сходів, запропонованому експертною групою ВООЗ, що включає крім застосування анагетичних засобів використання ад'ювантної терапії. **Мета:** дослідити фармакологічну ефективність ад'юванта прегабалін при застосуванні його на ранньому етапі лікування опікової травми для зменшення проявів нейропатичного болю. **Матеріали та методи.** В дослідження було включено 52 пацієнти віком 18–60 років обох статей з опіковою травмою ІІВ-стадії та площею опіку менше 30 %. Пацієнти були розподілені на дві групи, які отримували ад'ювантну терапію прегабаліном у двох режимах дозування з першого дня після проведення ранньої некректомії протягом трьох тижнів. Пацієнти першої групи отримували прегабалін у добовій дозі 300 мг у два прийоми, пацієнти другої групи — в добовій дозі 600 мг двічі на день, починаючи з другого тижня лікування. Всім хворим проводилось анкетування за стандартними опитувальниками DN4, Pain Detect, ВАШ, моніторинг вітальних функцій (ЧД, ЧСС, АТ, SpO₂, t, діурез), BIS-моніторинг. Статистичну обробку отриманих даних проводили із застосуванням методів варіаційної статистики за допомогою програми Statistica 5.5 (належить ЦНІТ ВМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № АХХR910A374605FA). **Результати.** Дослідження показало, що застосування максимальної добової дози прегабаліну 600 мг призвело до виникнення у 23 % пацієнтів другої групи сплутаності свідомості, драгівливості, дезорієнтації, запаморочення, диспептичних розладів, тахікардії та артеріальної гіпотензії, що в 2,8 раза частіше, ніж у пацієнтів першої групи, які отримували ад'ювантну терапію прегабаліном у добовій дозі 300 мг. Відповідно, у пацієнтів першої групи відзначалось зниження показників рівня болю та відчуття свер-

бежу в 2,5 раза, за результатами опитувальників. **Висновки.** Проведене дослідження дозволило встановити необхідність подальшої розробки режимів дозування ад'ювантних препаратів у комплексному підході фармакотерапії больового синдрому в опікових хворих, з огляду на патогенетичні складові та широкий спектр ад'ювантних лікарських засобів.

Список літератури

1. Burns. — 2010 Sep. — 36(6). — 769-72. doi: 10.1016/j.burns.2009.05.018. Epub 2010 Apr 1.
2. European Burn Association. European practice guidelines for burn care. Minimum level of burn care provision in Europe. — Vienna, Austria: EBA, 2013. (World Health Organization. WHO's pain relief ladder. WHO, 2014).
3. Isha Kaul, Ami Amin, Marta Rosenberg, Laura Rosenberg, Walter J. Meyer. Use of gabapentin and pregabalin for pruritus and neuropathic pain associated with major burn injury: A retrospective chart review // Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries. — Aug 2017. doi: 10.1016/j.burns.2017.07.018.
4. Gray P., Williams B. and Cramond T. Successful use of gabapentin in acute pain management following burn injury: a case series // Pain Medicine. — 2008. — 9(3). — 371-376.

УДК 616-006.04

Котко О.М., Марценюк Г.О.
НВМКЦ «ГВКГ», Українська військово-медична
академія, м. Київ, Україна

Ефективність премедикації НПЗП у лікуванні післяопераційного болю у хворих після мастектомії

Вступ. Незадовільна ефективність знеболювання в післяопераційному (п/о) періоді залишається однією з найбільших проблем сучасної медицини. Існує достатній вибір медикаментозного знеболювання, але 33–75 % пацієнтів скаржаться на середній і сильний біль [2]. Операції на молочній залозі відносяться до хірургічних втручань, при яких інтенсивність п/о болю дуже висока, однак її часто недооцінюють. Особливість операцій на молочній залозі (МЗ) — те, що вона є рефлексогенною зоною і потребує раціональної протибольової терапії в період операції та п/о періоді. Це може бути досягнуто шляхом проведення попереджувальної анальгезії, при якій попереднє до нанесення операційної травми введення анальгетика застерігає від розвитку болю (блокада ЦОГ зменшує кількість медіаторів запалення — простагландинів, лейкотрієнів, кінінів) [1]. **Мета роботи:** проаналізувати ефективність застосування НПЗП із включенням їх у премедикацію для п/о знеболювання у хворих на рак МЗ. **Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 40 історій хвороби пацієнтів, прооперованих із приводу раку МЗ T2-N2-M0. Залежно від методики премедикації хворі були розподілені на 2 групи, кожна по 20 осіб; 1-ша група — хворі, які отримували НПЗП (кеталонг 30 мг) лише у п/о періоді планово

в/м кожні 8 годин у першу добу, з 2-ї доби пацієнти приймали по 1 табл. (10 мг) 3 рази на добу протягом 2–3 п/о днів; 2-га група — 20 осіб, які отримували кеталонг 30 мг за 30 хв до операції (у складі премедикації) і планово в/м кожні 8 годин у першу добу, з 2-ї доби — по 1 табл. (10 мг) 3 рази на добу протягом 2–3 п/о днів. Групи рандомізовані за віком, супутньою патологією, об'ємом оперативного втручання, тривалістю операції. Їм проводився моніторинг показників — середній АТ, пульс, частота дихання, SaO_2 , визначення рівня п/о болю за 4-бальною вербальною шкалою. **Результати.** У хворих 2-ї групи рівень п/о болю безпосередньо після закінчення оперативного втручання (1-ша година після операції) та в ранньому п/о періоді (перші 12 годин після операції) був значно нижчим, ніж у хворих 1-ї групи. Це виражалося за показниками середнього АТ і пульсу, вербальною шкалою. 1-ша група: САТ — $96,00 \pm 2,68$, пульс — $88,4 \pm 5,0$; вербальна шкала: 1 бал — 10 %, 2 бали — 50 %, 3 бали — 40 %; 2-га група: САТ — $90,00 \pm 2,05$, пульс — $78,35 \pm 3,63$, вербальна шкала: 1 бал — 20 %, 2 бали — 50 %, 3 бали — 30 %. Ранній п/о: 1-ша група: САТ — $102,00 \pm 2,64$, пульс — $85,05 \pm 2,58$, вербальна шкала: 1 бал — 20 %, 2 бали — 65 %, 3 бали — 15 %; 2-га група: САТ — $92,00 \pm 2,67$, пульс — $78,4 \pm 2,59$, вербальна шкала: 1 бал — 45 %, 2 бали — 65 %. **Висновки.** Включення в премедикацію кеталонгу сприяє зменшенню рівня п/о болю, гемодинамічні показники стабільніші, ніж у хворих, яким кеталонг застосовувався лише в п/о періоді.

Список літератури

1. Лісецький В.А. Аналгоседація в онкомамології / В.А. Лісецький і співавт. / Матеріали конференції «Сучасні тенденції інтенсивної терапії в онкорадіології» // Український радіологічний журнал. — 2017. — 31–38.

2. Лісний І.І. Роль різних груп аналгетиків в безпеці періопераційного знеболювання онкохірургічних хворих / І.І. Лісний, Р.І. Сидор, Н.Н. Храновська, О.В. Скачкова, М.О. Катриченко // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. — 2016. — 1(74). — 61–70.

УДК 617-089: 616.89-008.45/46: 616-039.71

Котурбаш Р.Ю., Тхоревський О.В.,
Кривопишин В.М.

Українська військово-медична академія, м. Київ,
Україна

Розвиток післяопераційних когнітивних розладів залежно від виду анестезіологічного забезпечення

Вступ. Концепція підвищення рівня безпеки анестезіологічного забезпечення є найбільш пріоритетним завданням у розвитку анестезіології на сучасному етапі. **Мета:** поліпшення результатів анестезіологічного забезпечення у хворих шляхом вивчення когнітивних розладів в умовах різних варіантів ане-

тезіологічного забезпечення. **Мета:** дослідити увагу, оперативну, довгострокову, асоціативну пам'ять і рівень інтелекту в групах хворих, оперованих в умовах різних варіантів анестезіологічного забезпечення; проаналізувати адекватність інтраопераційного захисту за характером інтраопераційних змін основних показників гемодинаміки, соматичної реакції. **Матеріали та методи.** На базі НВМКЦ «ГВКГ» було обстежено 20 хворих, оперованих у клініці проктології. Залежно від анестезіологічного забезпечення хворі були розподілені на групи: у 1-й групі проведено комбіновану інгаляційну анестезію із севофлюраном; у 2-й групі — тотальну внутрішньовенну анестезію на основі пропофолу і фентанілу. Використовувалися клінічні, лабораторні, інструментальні, статистичні методи. Ми застосували наступні шкали: Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій, прогресивні матриці Равена, індекс Кердо і глюкозо-лейкоцитарний індекс, тест Лур'є, тест «виключення зайвого», шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R — IES-R). **Результати.** Як впливає з аналізу отриманих даних, у поранених із бойовою травмою до місяця шкала оцінки впливу травматичної події була вірогідно вище на всіх етапах дослідження, причому якщо під час надходження таке перевищення було пов'язано більшою мірою з показниками субшкали «фізіологічна збудливість», то перед випискою — за рахунок показників субшкали «вторгнення». Результати соматичної реакції на травму і пов'язаний із нею стрес оцінювали в групах за допомогою індексу Кердо і глюкозо-лейкоцитарного індексу. У перші дні після надходження в обох групах відбувається виражена активація симпатичної нервової системи (високі позитивні значення індексу Кердо), зростання факторів, що викликають контрінсулярну дію, й активація антимікробного захисту (підвищення рівня глюкози крові в поєднанні зі зростанням кількості лейкоцитів). Через тиждень після операції активність симпатичної нервової системи нормалізується в обох групах, однак через два тижні після травми у поранених першої групи відзначається статистично невірогідна повторна активація симпатичної нервової системи, що зберігається до виписки. Оцінка стану когнітивних функцій за шкалою МОСА: у хворих усіх обстежених підгруп у ранньому післяопераційному періоді спостерігалось зниження когнітивних функцій, яке було найменш вираженим при інгаляційній анестезії. До кінця першої доби після операції у цих хворих досліджувані показники практично досягали вихідного рівня з повним відновленням їх до 7-ї доби. У віддаленому післяопераційному періоді погіршення досліджуваних показників не спостерігалось. Характер і швидкість відновлення психофізіологічних функцій: при використанні збалансованої анестезії пропофолом до 7-го післяопераційного дня відновлювалися тільки прості когнітивні функції: короткострокова пам'ять (тест Лурія), показники рівня розумової працездатності, обсяг уваги (тест Бурдона). Більш складні