

3–6 секунд, потім — звичайний видих в атмосферу. Заняття СС проводились протягом 10 хвилин кожні 2 години, починаючи з 10:00 до 20:00. Для оцінки легеневої функції та як критерій ефективності методики використовували показник інспіраторної ємності легень (ІЄЛ). Значення ІЄЛ, що фіксувалися наприкінці кожного дня тренувань, порівнювали з ємністю, яка визначалась до початку занять, та належним рівнем ІЄЛ, що встановлювали за номограмою. Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета програм Microsoft Excel 2013 та Statistica for Windows 6.0. **Результати.** Після першого дня занять ІЄЛ збільшилася в середньому на 228 ± 149 мл ($p = 0,000062$). Наприкінці другого дня тренувань спостерігалось вірогідне збільшення ІЄЛ на 419 ± 202 мл ($p = 0,000013$), 43 % (10/23) пацієнтів досягли належного рівня ІЄЛ. Виявлено, що у пацієнтів із початково зниженою ІЄЛ показник у процесі занять СС збільшувався, а з початково належним — залишався сталим. **Висновки.** Використання СС у передопераційному періоді сприяє покращенню зовнішньої функції легень у пацієнтів із початково зниженим її рівнем.

Список літератури

1. Kundra P., Vitheeswaran M., Nagappa M., Sistla S. Effect of Preoperative and Postoperative Incentive Spirometry on Lung Functions after Laparoscopic Cholecystectomy // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2010. — 20(3). — 170-172.
2. Cattano D., Altamirano A., Vannucci A., Melnikov V., Cone C., Hagberg C. Preoperative use of incentive spirometry does not affect postoperative lung function in bariatric surgery // *Transl. Res.* — 2010. — 156(5). — 265-272.

УДК 613.2.032.33:616.34+616.37-089.87

Кузьменко В.О., Гурін П.В., Бабіч М.М.
ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології
ім. О.О. Шалімова» НАМН України, м. Київ, Україна

Клінічне значення інфузійної терапії рестриктивного типу для відновлення моторики шлунково-кишкового тракту після панкреатодуоденальної резекції

Вступ. Сучасні досягнення у хірургічних і анестезіологічних технологіях дозволили знизити рівень летальності після панкреатодуоденальної резекції (ПДР) до 3 %, але післяопераційні ускладнення досягають 29,5–70 % [1, 2]. Програма прискороного відновлення (ППВ), яка була розпочата 1997 року в умовах планової колоректальної хірургії, — це програма комплексного лікування, що включає підготовку на передопераційному етапі, використання мінімально інвазивних технік виконання оперативного втручання та активне ведення післяопераційного періоду для зменшення строків перебування у стаціонарі, зниження частоти післяопераційних ускладнень і часу реабілітації [3]. Одним із компо-

нентів ППВ є рестриктивний тип інфузійної терапії, який може відігравати певну роль у зменшенні набряку анастомозів у післяопераційному періоді [4]. Тому питання пошуку й уникнення факторів, що спричиняють виникнення ускладнень після ПДР, є одним із найважливіших у розвитку сучасної хірургічної панкреатології. **Мета:** дослідити вплив інтраопераційної інфузійної терапії на термін відновлення моторики шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і частоту розвитку гастростазу у пацієнтів після ПДР. **Матеріали та методи.** Для оцінки ефективності схем періопераційного лікування було проведено проспективно-ретроспективне дослідження результатів ПДР 78 хворих із доброякісною та злоякісною патологією біліопанкреатодуоденальної зони за період 2003–2017 рр. Із 2015 року при виконанні операції розпочато застосування ППВ. З метою порівняльного аналізу хворих було розподілено на дві групи: у 1-шу групу (група дослідження) включено 39 пацієнтів за період із січня 2015 по грудень 2017 року, періопераційне ведення яких здійснювалось відповідно до ППВ; у 2-гу групу (група порівняння) ретроспективно відібрано 39 пацієнтів за період із січня 2003 по жовтень 2014 року, періопераційне лікування яких проводилося за традиційним методом. Вивчали об'єм інтраопераційної інфузійної терапії, терміни відновлення моторики ШКТ і частоту розвитку гастростазу. **Результати.** Інтраопераційна інфузійна терапія за об'ємом застосованих розчинів була значно нижчою в 1-й групі (2100 мл 95% СІ: [2196; 2300] проти 3300 мл 95% СІ: [3100; 3500]; $p < 0,001$). Пацієнти 1-ї групи повернулися до звичайної дієти швидше, ніж пацієнти 2-ї групи (1,00 день, 95% СІ: [1,00; 1,00] проти 6,00 днів, 95% СІ: [6,00; 7,00]; $p < 0,001$). При статистичному аналізі за даними ROC-кривої було виявлено взаємозв'язок між об'ємом інтраопераційної інфузійної терапії та терміном видалення назогастрального зонда й відновленням перорального харчування в післяопераційному періоді. У пацієнтів 1-ї групи була відзначена менша частота виникнення гастростазу порівняно з пацієнтами 2-ї групи (15,4 % (6 пацієнтів) проти 35,9 % (14 пацієнтів)). **Висновки.** Застосування рестриктивного типу інфузійної терапії в концепції ППВ вірогідно скорочує термін відновлення моторики ШКТ, зменшуючи частоту гастростазу у пацієнтів після ПДР. Статистично вірогідним фактором впливу на можливість проведення раннього перорального харчування виявили об'єм інтраопераційної інфузії у пацієнтів після ПДР.

Список літератури

1. Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ahmedin Jemal *Cancer Statistics, 2018* // *CA Cancer J. Clin.* — 2018. — 68. — 7-30.
2. Pillai S., Palaniappan R., Pichaimuthu A. Feasibility of implementing fast-track surgery in pancreaticoduodenectomy with pancreaticogastrostomy for reconstruction — a prospective cohort study with historical control // *Int. J. Surg.* — 2014. — 12(9). — 1005-9.

3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // *Br. J. Anaesth.* — 1997. — 78. — 606-617.

4. Miller T., Roche A., Mythen M. Fluid management and goal-directed therapy as an adjunct to Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) // *Can. J. Anaesth.* — 2015 Feb. — 62(2). — 158-68.

УДК 616.34-006.6

Кулик І.В.², Кошель К.В.², Лісецький В.А.¹, Ліпич О.П.¹

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Київський міський клінічний онкоцентр, м. Київ, Україна

Вплив введення лідокаїну в корінь брижі на розвиток болю та відновлення пасажу після операції з приводу раку товстої кишки

Вступ. Рак товстої кишки веде до розвитку кишкової непрохідності, стресу та порушення гомеостазу. Анестезіологічне забезпечення операції спрямоване на зменшення проявів стресу, проведення знеболювання та налагодження роботи кишечника, який зазнає змін внаслідок пухлини та травм під час операції. Травма викликає збільшення продукції факторів запалення в тканинах, очеревині та кишці, що подразнюють нервові рецептори та викликають біль. Застосування для знеболювання п/о морфіну дає добре знеболювання, але його побічні дії (нудота, блювання, пригнічення дихання та перистальтики) змушують утримуватись від призначення опіатів і віддають перевагу епідуральній блокаді. Однак блокаду не завжди можна виконати за станом хворого (артеріальна гіпотонія) чи можливостями анестезіолога. Останнім часом для знеболювання використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), які гальмують вироблення простагландинів і інтерлейкінів, що подразнюють нервові рецептори, і місцеві анестетики (м/а) шляхом зрошення очеревини (рани) та введення в корінь брижі товстої кишки для регіональної блокади. **Мета:** проаналізувати вплив застосування НПЗП і лідокаїну до, під час та після операції з приводу раку товстої кишки на розвиток болю та відновлення пасажу кишечника. **Матеріали та методи.** У 55 хворих на рак товстої кишки, яким планово була виконана лапаротомічна резекція товстої кишки, проаналізовано стан болю та час відновлення перистальтики п/о. Залежно від застосування препаратів для знеболювання хворих розподілили на дві групи. 30 пацієнтів (контрольна група) у премедикацію отримували морфін + атропін + димедрол; під час операції вводили сибазон + тіопентал натрію + фентаніл + кетамін та п/о морфін. 25 хворим (дослідна група) у премедикацію застосовували кейвер + морфін + атропін; під час операції — сибазон + пропофол + тіопентал натрію +

фентаніл + лідокаїн 80 мг у брижу товстої кишки наприкінці операції та п/о кейвер + морфін, в першу добу чергуючи через 6 годин, на 2-гу — 3-тю добу вводили кейвер 3 рази + на ніч морфін. Оцінку болю давав кожний хворий (болю немає — 0 балів, біль при рухах — 1 бал, біль у спокої — 2 бали, біль терпимий — 3 бали, біль нестерпний — 4) і відзначав, коли відходили гази та були випорожнення, а лікар відмічав час відновлення перистальтики (аускультативно). **Висновки.** Аналіз показав, що після операції у хворих, яким вводили морфін, біль був терпимий, але у 12 (40 %) осіб була неприємна нудота і блювання, що викликали дискомфорт і біль. Перистальтика з'являлась на 4–5-ту добу, тобто через добу після відміни морфіну. При введенні НПЗП, пропофолу і лідокаїну в корінь брижі хворі просинались в доброму настрої, не відчували болю і відмічали, що біль у подальшому турбував їх лише при рухах і при нудоті після введення морфіну у 3 (12 %) осіб. Перистальтику прослуховували на 2-гу — 3-тю добу, хворі були активні, пили, ходили та самі себе обслуговували.

УДК 616-099+614.8+340.6:61

Курділь Н.В.¹, Андрющенко В.В.², Богомол А.Г.², Калиш М.М.², Іващенко О.В.³, Падалка В.М.⁴

¹Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, токсикологічний центр, м. Київ, Україна

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

⁴ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Сучасна структура кримінальних отруєнь в місті Києві

Вступ. Кримінальні отруєння постійно знаходяться в зоні підвищеної уваги у зв'язку із регулярною появою в арсеналі злочинців нових отруйних речовин та методів їх застосування. **Мета дослідження:** аналіз структури кримінальних отруєнь та її динаміки в м. Києві. **Матеріали та методи.** Постраждали внаслідок кримінальних отруєнь, які проходили лікування у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги у 2009–2018 рр. **Результати.** За даними госпітального аналізу, проведеного в 1995–2008 рр., гідрохлорид клонідину (клофелін, гемітон, клонідин) займав пріоритетне перше місце в структурі кримінальних отруєнь. Дослідження, проведені у 2009–2018 рр., виявили істотні зміни в структурі кримінальних отруєнь в місті Києві. Так, з 2014 року поступове зниження кількості отруєнь