

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 + пропופол + 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, пропופолу 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

гідрохлоридом клонідину змінилося поступовим збільшенням числа випадків кримінальних отруєнь азалептином (клозапін, лепонекс). Разом із тим особливістю перебігу цих отруєнь є обов'язкова наявність другого токсиканта — етанолу. На сьогодні кримінальні отруєння азалептином становлять більше 98 % усіх кримінальних отруєнь. Число постраждалих зростає щороку. Так, за період 2014–2018 рр. кількість кримінальних отруєнь азалептином зросла у 17 разів, що становило у 2018 році 187 випадків, або 21,7 % від загальної кількості хворих з гострими отруєннями, що класифікувалися як отруєння психотропними препаратами, неуточненими (Т43.9) і отруєння наркотичними речовинами і психодислептиками (галюциногенами) (Т40).

Висновки. Незважаючи на заходи, що вживаються правоохоронними органами, і спроби контролювати обіг азалептину, кількість кримінальних отруєнь, що здійснюються за його участю, збільшується. Враховуючи, що медична допомога постраждалим надається не лише в спеціалізованих токсикологічних відділеннях, існує необхідність додаткового інформування практичних лікарів щодо особливостей перебігу і наслідків таких отруєнь.

УДК 614.8+613.6

Курділь Н.В.¹, Богомол А.Г.², Падалка В.М.³

¹ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, токсикологічний центр, м. Київ, Україна

³ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Причини та структура гострих виробничих отруєнь хімічної етіології у місті Києві за даними госпітального аналізу

Вступ. Різноманітність токсичних агентів і шляхів їх потрапляння в організм людини формує актуальність проведення поглибленого аналізу виробничих отруєнь. **Мета дослідження:** вивчення особливостей структури гострих виробничих отруєнь в місті Києві та її динаміки. **Матеріали та методи.** Досліджено 214 пацієнтів із виробничими отруєннями віком від 18 до 72 років, які отримали лікування у токсикологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у період 2003–2018 рр. **Результати.** Щороку до лікарні з виробничими травмами госпіталізується близько 250–300 осіб, із них 2–3,5 % — виробничі отруєння. Серед 214 пролікованих із виробничими отруєннями жінок було 88 (41,1 %), чоловіків — 126 (58,9 %). Переважали інгаляційні отруєння — 125 випадків (58,4 %). По-

трапляння отрути через слизові та шкіру — 57 випадків (26,6 %) та 42 випадки (19,6 %). Встановлено, що тільки в 4 випадках (1,9 %) постраждали працювали в умовах небезпечних підприємств (пожежні бригади, лабораторії, дезінфекційні), у більшості випадків отруєння відбулися в громадських установах (оздоровчі і спортивні клуби, лікарні, школи, ветеринарні заклади, продовольчі склади, магазини, державні установи тощо). Найчастіше отруєння були пов'язані із дією чадного газу та продуктів горіння — 56 випадків (26,9 %), кислот і луг — 39 (18,2 %), нітрофарб — 24 (11,2 %) та органічних розчинників — 16 (7,5 %), токсичних газів (хлор, аміак, сірководень, сірковуглець) — 38 (17,75 %), металів (цинк, свинець) — 18 (8,4 %), інших речовин — 23 (10,7 %). Летальних випадків не було. **Висновки.** Частка виробничих отруєнь стабільно становить до 3,5 % від усіх виробничих травм за період 2003–2018 рр. Більшість випадків отруєння відбуваються на місцях, що безпосередньо не пов'язані із використанням хімічно небезпечних речовин, що свідчить про недостатній рівень контролю за безпекою праці.

УДК 615.099.084

Курділь Н.В.¹, Падалка В.М.², Іващенко О.В.³

¹ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 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

Особливості гострих отруєнь хімічної етіології у підлітків

Вступ. Гострі отруєння хімічної етіології у підлітків становлять значний інтерес у фахівців, що, безумовно, пов'язано як із фізіологічними особливостями молодого організму, так і з особливим характером поведінки особистості, що обумовлює високий ризик виникнення травм та отруєнь. **Матеріали та методи.** Випадки отруєнь хімічної етіології серед молоді віком від 16 до 20 років, які проходили лікування у спеціалізованих токсикологічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2014–2018 рр. **Результати.** За період дослідження проліковано 98 осіб віком 16–20 років, хлопців — 56 (57,1 %), дівчат — 42 (42,9 %). Серед усіх пролікованих пацієнтів відсоток даної вікової групи знаходився в межах 3,5–4,7 % та не мав тенденції до зростання. Основною причиною госпіталізації (70 %) були отруєння лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовина-