

ASA, яким виконувалась мастектомія або лампектомія з аксілярною лімфодисекцією. Пацієнтки були розподілені на дві групи. У першій групі перед операцією виконувалась пекторальна блокада розчином ропівакаїну 0,375% 20 і 10 мл за методикою Бланко, у другій — паравертебральна блокада на рівні 3–4-го грудного хребця розчином ропівакаїну 0,5% 20 мл. Після чого в обох групах проводилась тотальна внутрішньовенна анестезія. В післяопераційному періоді оцінювали інтенсивність болю за цифровою рейтинговою шкалою болю (ЦРШ) від 0 до 10 відразу після операції та через 2, 6, 12, 24 години, а також час і дозу введених наркотичних (промедол 20 мг) та ненаркотичних (кетопрофен 100 мг) анальгетиків. **Результати.** Тридцять пацієнтів було розподілено на дві рівні за кількістю групи, які статистично не відрізнялись за віком та масою. Співвідношення лампектомій до мастектомій в групі пекторальної блокади — 10/5, паравертебральної — 11/4. Результати наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Показник	Пекторальна блокада		Паравертебральна блокада		p
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Промедол, мг	8,7	10,13	5,5	9,34	0,462
Кетонал, мг	47,6	74,96	72,7	78,62	0,383
ЦРШ 0	0,8	1,08	0,5	0,52	0,663
ЦРШ 2	1,8	1,64	1,4	0,97	0,731
ЦРШ 6	1,8	1,52	2,2	2,25	0,829
ЦРШ 12	2,2	1,89	2,0	1,67	0,902
ЦРШ 24	1,8	1,29	1,6	1,20	0,726
Час до першого знеболювання, хв	529,0	164,80	410,0	205,26	0,074

Висновки. Після операцій з приводу новоутворень молочної залози статистично значимої різниці в інтенсивності болю, потребі в наркотичних й ненаркотичних анальгетиках і в часі до їх першого введення в групі паравертебральної та пекторальної блокад не було.

УДК 615.211:616-089.168.1

Маслій В.А., Гомон М.Л., Вигонюк А.В., Гончарук О.С., Перова В.П., Пахно І.П.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Ефективність післяопераційного знеболювання при лапароскопічних холецистектоміях

Вступ. Незважаючи на розвиток сучасних методик знеболювання, більше ніж у половини пацієнтів зберігається виражений больовий синдром у післяопераційному періоді. Скорочення тривалості та зменшення травматичності оперативних втручань

посилює коливання інтенсивності больового синдрому, оскільки достатня післяопераційна анальгезія при таких умовах не досягається [1, 2]. **Мета роботи:** дослідити вираженість післяопераційного больового синдрому при лапароскопічних холецистектоміях, що виконуються під інгаляційною анестезією, з метою оцінки доцільності його корекції. **Матеріали та методи.** Проведено моніторинг 147 хворих, яким виконано лапароскопічну холецистектомію під інгаляційною анестезією севофлураном у Вінницькій ОКЛ ім. М.І. Пирогова та Вінницькій МКЛ № 1. Післяопераційне знеболювання включало використання НПЗП (декскетопрофен) за 10 хв до закінчення операції та подальше введення кожні 8 годин. Оцінка больового синдрому проводилась за візуальною аналоговою шкалою болю через 2, 6, 12, 24, 48, 72 години після операції. **Результати.** Отримані результати показали, що в першу добу коливання больового синдрому вище 6 балів відмічалось у 38 пацієнтів (25,8%), вище 3 балів — у 126 пацієнтів (85,7%), що говорить про надлишкову вираженість больового синдрому у більшості хворих. На 2-гу добу виражений больовий синдромом більше 3 балів спостерігався у 32 пацієнтів (21,7%). На 3-тю добу — лише у 2 пацієнтів. Разом із тим коливання больового синдрому в першу добу на 2, 6, 12, 24-ту години в діапазоні від 0 до максимальних величин спостерігалось у всіх пацієнтів, що свідчить про відсутність рівномірного післяопераційного знеболювання. При додатковому аналізі 21 хворих, в яких больовий синдром не перевищував 3 балів, виявлено, що вони отримували системно два знеболюючі засоби одночасно: НПЗП та наркотичний анальгетик через 2 години після операції. **Висновки.** Існує проблема адекватного післяопераційного знеболювання після лапароскопічної холецистектомії, яка вимагає більш глибокого дослідження. Ефективність післяопераційного знеболювання певною мірою залежить від рівності знеболюючої дії анальгетиків.

Список літератури

1. Бишовець С.М. Трикомпонентна місцева анестезія для знеболювання лапароскопічних втручань // Український медичний часопис. — 2013. — № 4(96). — С. 147-150.
2. Baratta J., Schwenk E.S., Viscusi E.R. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management / Baratta J., Schwenk E., Viscusi E. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2014. — № 134(4). — P. 15-21.

Масуді А.В., Донець В.В., Мельник О.Ф., Злочевський О.М., Дивак В.В.
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна

Анестезіологічне забезпечення пацієнта з міастенією без використання міорелаксантів під час тимектомії (клінічний випадок)

Вступ. Міастенія гравіс — це аутоімунне захворювання, при якому відбувається ураження нервово-м'язових синапсів. Щорічна захворю-