

УДК 616-006.04

Воротняк М.О., Лісецький В.А., Катеринич О.О.

Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна
Київський міський клінічний онкоцентр,
м. Київ, Україна

Чи зменшує біль після операції зрошення рани лідокаїном?

Вступ. Післяопераційний (п/о) біль — це гострий плановий біль у відповідь на оперативну травму. Біль виникає внаслідок розвитку запалення, що призводить до збільшення вироблення простагландинів, інтерлейкінів, які подразнюють нервові закінчення. Під час операції анестезіологи для знеболювання використовують фентаніл, але тривалість його дії — 20–30 хв, тому при виході з наркозу наростає відчуття болю. П/о знеболювання опіатами в половині випадків не знімає біль, але супроводжується нудотою, блюванням, парезом кишечника, порушенням дихання та артеріальною гіпотонією, що змушує відмовитись від їх призначення. Застосовування для знеболювання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) зменшує прояви запалення та біль, але у частини хворих біль залишається. В цих випадках застосування місцевих анестетиків (м/а) доповнює знеболювання шляхом блокування нервових рецепторів у рані. **Мета:** вивчити ефективність сумісного п/о знеболювання, застосовуючи НПЗП та м/а. **Матеріали та методи.** Проведено аналіз розвитку п/о болю у 287 хворих, яким виконали мастектомію з приводу раку молочної залози. Усім проводили в/в анестезію з використанням НПЗП (кеталонг) + сибазон + пропофол + фентаніл, а для п/о знеболювання використовували у 217 — НПЗП, а у 70 — НПЗП і зрошення рани перед зашиванням 20 мл 0,25% лідокаїну. Хворі в групах за віком, крововтратою, тривалістю та методикою операції репрезентативні. Оцінка болю проводилась згідно з відповіддю хворої на запитання: болю немає (0), біль при рухах (1), біль терпимий (2), біль потребує знеболювання (3), нестерпний біль (4). **Результати.** Серед 217 хворих, яким проводили знеболювання лише НПЗП (кеталонг) починали вводити до операції та через 6 годин п/о, і далі о 8:00 та 17:00 три доби, п/о біль не відчували 104 (48 %), 86 (38 %) оцінили біль на 1–2 бали, 27 (14 %) — 3 бали, мало рухались і сон був поверхневий. У 70 хворих, яким знеболювання НПЗП доповнювали зрошенням рани лідокаїном, протягом 3–4 годин п/о болю не було, в подальшому біль з'являвся тільки при рухах, а з 3-ї доби пацієнти відмовлялись від знеболюючих препаратів. **Висновки.** При введенні до і після мастектомії НПЗП відмічалось добре знеболювання (0–2 бали) п/о у

86 % хворих, і тільки у 14 % був сильний біль (3 бали) в перші години та добу, і їм проводили додаткове знеболювання. При застосуванні НПЗП та зрошенні місцевим анестетиком операційної рани всі хворі 3–4 години п/о не відчували болю, а в подальшому було відчуття болю, який не турбував, вони були активні, ходили, мали гарний настрій.

УДК 616.89:159.922

Гаврилов О.О., Мазур Г.М., Гомон Т.М.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Стан проблеми адекватної садації у хворих із психічними й поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин

Проблема садації хворих із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (ППРВВВАР) є нагальною, адже некоригований стан психомоторного збудження є головним фактором летальності цих пацієнтів. Вивчаючи матеріали українських та російських фахових видань, ми зробили висновок, що більшість досліджень стосуються впливу окремих препаратів на перебіг ППРВВВАР [1]. Окремі статті присвячені взаємозв'язку між поліморфізмом генів і розвитком алкогольних психозів [2]. Що стосується західних джерел літератури, то звертають на себе увагу статті, де є дані щодо електролітних зрушень при ППРВВВАР [3], а також дослідження науковців із США, які випробовували експериментальну схему садації, що полягає в комбінації бензодіазепінів і кетаміну [4]. Отже, можна зробити висновок, що на сьогодні немає глобальних досліджень, які пропонували б нові обґрунтовані схеми садації, а ця проблема потребує подальшого вивчення.

Список літератури

1. Пономарев В.И. Клиническая эффективность препарата армадин у пациентов с состоянием отмены алкоголя / В.И. Пономарев, В.В. Слюсарь, Д.Н. Волошина, Д.В. Лебеденко // *Международный неврологический журнал*. — 2016. — № 1(79). — С. 115–120.
2. Кибитов А.О. Сочетание полиморфизма генов DAT и DBH с семейной отягощенностью по алкогольной зависимости увеличивает риск развития судорожных приступов и алкогольных психозов у мужчин / А.О. Кибитов, Д.В. Иващенко, В.М. Бродянский, В.М. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2016. — Т. 116(12). — С. 68–80.
3. Sarai M., Tejani A.M., Chan A.H., Kuo I.F., Li J. Magnesium for alcohol withdrawal // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013 Jun 5. — 6. — CD008358. doi: 10.1002/14651858.CD008358.pub2.