

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. Лебеденец // *Международный неврологический журнал*. — 2016. — № 1(79). — С. 115–120.
2. Кибитов А.О. Сочетание полиморфизма генотипов 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.

4. Poorvi Shah, Marc McDowell, Reika Ebisu, Tabassum Hanif, and Theodore Toerne. *Adjunctive Use of Ketamine for Benzodiazepine-Resistant Severe Alcohol Withdrawal: a Retrospective Evaluation // Journal of Medical Toxicology*. — 2018 May 14. — 9. DOI: 10.1007/s13181-018-0662-8.

Гарга А.Й., Гріжимальський Є.В., Суліменко Є.М., Ступакова Г.В.
Пологовий будинок «Лелека», м. Київ, Україна

Erector spinae plane block для післяопераційної аналгезії після кесарева розтину: серія клінічних випадків

Вступ. Післяопераційний больовий синдром після кесарева розтину є серйозним викликом як для анестезіолога, так і для пацієнта. Мультимодальна аналгезія із застосуванням таких регіонарних методик, як TAP-блок, QL-блок та RSP-блок, показала хороші результати [1]. Erector spinae plnen block (RSP) є новітнім регіонарним блоком, описаним Forero et al. у 2016 році для торакальних операцій, що забезпечує якісну соматичну і вісцеральну блокаду [2]. Враховуючи ці дані, ми припустили, що ESP-блок може застосовуватися і після операції кесарева розтину. **Клінічні випадки.** Семи пацієнтам був проведений ESP-блок для післяопераційної аналгезії після планового кесарева розтину. Оперативні втручання проводилися в умовах спінальної анестезії. Після операції пацієнтам білатерально проводився ESP-блок на рівні T₈, по 20 мл 0,2% ропівакаїну. Мультимодальна аналгезія включала парацетамол 1000 мг перорально кожні 6 годин та декскетопрофен 50 мг внутрішньовенно кожні 8 годин. Ранній післяопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнтки були мобілізовані через 3 години після операції, не потребували додаткової аналгезії опіоїдами та виписані зі стаціонару через 72 години. **Обговорення.** При проведенні ESP-блока локальний анестетик поширюється між внутрішньою поверхнею *m.erector spinae* та поперечними відростками, а звідти поширюється каудально і краниально в паравертебральні простори на відповідних рівнях. Введення 20 мл локального анестетика на рівні T₈ знеболює дерматоми, необхідні для аналгезії після кесарева розтину. Таким чином, ESP-блок забезпечує тривалу і якісну аналгезію після кесарева розтину.

Список літератури

1. Blanco R., Ansari T., Riad W., Shetty N. *Quadratus Lumborum Block Versus Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Pain After Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial // Reg. Anesth. Pain. Med.* — 2016. — 41. — P. 757-62.
2. Forero M., Adhikary S.D., Lopez H. et al. *The erector spinae plane block: A novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain // Reg. Anesth. Pain. Med.* — 2016. — 41. — P. 621-7.

УДК 616-089.5-06:616.24-002]:615.835.5.281

Георгіянц М.А., Корсунов В.А.,
Скорик В.С.
Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна

Небулайзерна профілактика вентилятор-асоційованих пневмоній

Вступ. Вентилятор-асоційовані інфекції зустрічаються у 28 % пацієнтів, які отримують інвазивну респіраторну підтримку, і збільшують летальність до 76 %. Профілактика цих станів включає: гігієну медичного персоналу, належний догляд і раціональну антибіотикотерапію, але не забезпечує високої ефективності їх попередження. **Мета:** покращити результати інтенсивної терапії у хворих, які потребують проведення інвазивної респіраторної підтримки, шляхом оптимізації використання антибактеріальних та антисептичних засобів. **Матеріали та методи.** Було проведено комплексне клініко-лабораторне дослідження, до якого ввійшло 57 хворих, яких поділили на дві групи. Хворим основної групи (n = 31) проводилася інвазивна респіраторна підтримка та небулайзерна профілактика аміноглікозидами (амікацин 15–30 мг/кг/добу або тобраміцин 300 мг/добу). У другій групі (26 хворих) проводилася інвазивна респіраторна підтримка без небулайзерної профілактики. Респіраторну підтримку проводили за стандартами легенево-протективної вентиляції. Діагностика вентилятор-асоційованих інфекцій респіраторного тракту здійснювалася за результатами комплексного клініко-рентгенологічного обстеження та шкали CPIS. Верифікація збудника проводилася бактеріологічним дослідженням трахеобронхіального аспірату. **Результати.** В основній групі вентилятор-асоційована пневмонія (ВАП) розвинулася у 9,7 % хворих, у контрольній групі — у 46,2 % хворих. Розвиток ВАП в основній групі в середньому спостерігався на 15,0 ± 3,1 доби, у контрольній — на 8,2 ± 10,1 доби. У хворих основної групи протягом перших трьох діб респіраторної підтримки виділено 16 культур мікроорганізмів (*S.epidermidis*, *Candida* spp., *E.coli*), а у хворих контрольної групи — 26 (*S.epidermidis*, *S.aureus*, *K.pneumoniae*, *Candida* spp., *E.aerogenes*, *E.coli*, *C.frendii*, *Str.anchemoliticus*, *Str.pyogenes*, *Acinetobacter baumannii*, *P.aeruginosa*). Тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії в обох групах вірогідно не відрізнялась. В основній групі летальність становила 6,5 %, у контрольній — 23,1 %. **Висновки.** Використання в клінічній практиці небулайзерних інгаляцій антибіотиків та антисептиків дозволило покращити результати інтенсивної терапії критичних хворих і є перспективним і доступним методом профілактики вентилятор-асоційованих інфекцій.