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]

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

[2]Київський 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]

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

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

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

[4]ДП «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.** Постраждалі 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