

за следующие 24 часа), уровень гемоглобина (Hb) через 24 ч после операции. **Результаты.** Получены следующие средние значения для каждой из групп: 1-я группа — КВП — 300 (\pm 50) мл + 250 (\pm 30) мл, уровень Hb — 117 (\pm 6) г/л; 2-я группа — КВП — 550 (\pm 40) мл + 400 (\pm 25), уровень Hb — 105 (\pm 5) г/л; 3-ья группа — КВП — 800 (\pm 60) + 550 (\pm 45), уровень Hb — 90 (\pm 15) г/л. **Выводы.** Использование ТК для профилактики кровопотери при ТЭТС приводит к снижению объема как интра-, так и послеоперационной кровопотери.

Список литературы

1. CRASH-2 trial collaborators. *Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant hemorrhage (CRASH-2): a randomized, placebo-controlled trial* // *Lancet*. — 2010. — 376. — 23-32.

УДК 616.859.1+616.33-008.3]-089.5-084

Дундаров Э.З., Сумарук И.Ю.,
Алейников Н.А.

Гомельский государственный медицинский
университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Способы профилактики опиоид-индуцированной тошноты и рвоты

Введение. Опиоиды являются неотъемлемой частью для борьбы с болью. Однако среди побочных эффектов можно отметить тошноту и рвоту. Данная проблема является одной из самых актуальных в послеоперационном периоде. В профилактике на сегодняшний день авторами признается мультимодальная концепция, согласно которой с целью предотвращения тошноты и рвоты используют сразу несколько препаратов [1]. Распространение получили 3 группы препаратов, купирующих это состояние: ингибиторы 5HT₃-рецепторов (ондансетрон), блокаторы дофаминовых D₂-рецепторов (метоклопрамид), бутирофеноны (дроперидол). **Цель.** Изучить влияние противорвотных препаратов на пациентов, страдающих опиоид-индуцированной тошнотой и рвотой. **Материалы и методы.** 75 пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, которым в качестве адьюванта интратекально вводился морфина гидрохлорид в дозе 150–200 мкг. Пациенты были распределены на 3 группы (n = 25) в зависимости от вводимого препарата. Пациентам 1-й группы в/в вводили метоклопрамид 10 мг, пациентам 2-й группы — в/в ондансетрон 4 мг, пациентам 3-й группы — в/в дроперидол 1,25 мг. Оценивалась частота развития тошноты и рвоты в раннем послеоперационном периоде. **Результаты.** 1-я группа — тошнота/рвота — 10/8 случаев (40/32 %); 2-я группа — тошнота/рвота — 7/4 случаев (28/16 %); 3-я группа — тошнота/рвота — 8/5 случаев (32/20 %). **Выводы.** Использование данных групп противорвотных препаратов спо-

собно предотвращать развитие тошноты и рвоты, вызванных интратекальным введением опиоидов. Некоторые из них могут быть более эффективны, чем другие, однако доза препаратов и кратность их введения требуют дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Klyukin M.I., Kulikov A.S., Lubnin A.Yu. *The problem of post-operative nausea and vomiting in the patients undergoing neurosurgery* // *Messenger of Anesthesiology and Resuscitation*. — 2017. — 14(4). — 43-51.

УДК617-089.5+614.2:34+613.25

Євсєєва В.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний
центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Успішна імплементація протоколу ERABS у пацієнтів із морбідним ожирінням під час лапароскопічних баріатричних втручань

Вступ. Протокол прискореного ведення (ERAS) був імплементований у багатьох західноєвропейських баріатричних центрах [1–3] і включає кращу практику передопераційної підготовки та стандартизації періопераційної та післяопераційної допомоги, що забезпечить швидке одужання і поліпшить результат лікування. Але залишається неясним, чи всі компоненти класичного протоколу необхідні та пристосовані для успішної реалізації в баріатричній хірургії. **Мета дослідження:** оцінити доцільність впровадження адаптованого для баріатричної хірургії протоколу прискореної реабілітації (ERABS) при лапароскопічних баріатричних втручаннях (ЛБВ), який використовує базові та суттєві зміни ERAS. **Матеріали та методи.** В дослідження було включено 68 пацієнтів із морбідним ожирінням (МО) віком від 18 років та індексом маси тіла ≥ 40 кг/м² або ≥ 35 кг/м² за коморбідної патології, яким у 2011–2018 рр. в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС виконано ЛБВ. Пацієнти були рандомізовані на 2 групи. До першої групи (n = 44) увійшли пацієнти, в яких був реалізований протокол ERABS, до другої групи (n = 24) — пацієнти, до яких не застосовувався жодний протокол прискореної реабілітації. Всім пацієнтам під час операції була проведена комбінована інгаляційна низькопоточна анестезія севофлураном, у першій групі — разом із періопераційною мультимодальною анальгезією та мультимодальною профілактикою післяопераційної нудоти та блювання (ПОНБ). **Результати.** Застосування адаптованого для баріатричної хірургії протоколу прискореного ведення ERABS у пацієнтів з МО дозволило значно скоротити післяопераційну потребу в наркотичних анальгетиках та частоту ПОНБ, у перші 24 післяопераційні години активізувати всіх пацієнтів, розпочати ентеральне харчування. Середній термін перебування у

стаціонари у першій групі становив $4,40 \pm 0,15$ доби, в другій — $5,30 \pm 0,26$ доби ($p = < 0,01$). **Висновки.** Використання протоколу ERABS є ефективним і безпечним при ЛБВ. Проведення комбінованої інгаляційної низькопотокової анестезії на базі севофлурану разом із періопераційною мультимодальною анальгезією та профілактикою ПОНБ дозволяє швидше активізувати пацієнта та скоротити терміни госпіталізації.

Список літератури

1. Vreeswijk S.J. The safety and efficiency of a fast-track protocol for sleeve gastrectomy: a team approach / Vreeswijk S.J., van Rutte P.W., Nienhuijs S.W. et al. // *Minerva Anesthesiol.* — 2018. — 84(8). — 898-906.
2. Mannaerts G.H. Results of implementing an enhanced recovery after bariatric surgery (ERABS) protocol / Mannaerts G.H., van Mil S.R., Stepaniak P.S. et al. // *Obes. Surg.* — 2016. — 26(2). — 303-12.
3. Malczak P. Enhanced recovery after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis / Malczak P., Pisarska M., Piotr M. et al. // *Obes. Surg.* — 2017. — 27(1). — 226-35.

УДК 617-089.5-031.83

Залецький Б.В., Дмитрієв Д.В., Глазов Є.О.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Оцінка анальгетичної ефективності блокади квадратного м'яза попереку (Quadratus Lumborum Block), виконаної під контролем ультразвуку в дітей після оперативних втручань на органах черевної порожнини

Вступ. За даними літератури, для знеболювання в періопераційному періоді використовують регіональні методи знеболювання [1]. Анальгетичну ефективність блокад передньої черевної стінки в педіатричній практиці вивчено недостатньо. **Метою дослідження** було оцінити анальгетичну дію блокади квадратного м'яза попереку (Quadratus Lumborum Block — QLB) у педіатричних пацієнтів, яким проводились абдомінальні оперативні втручання. **Матеріали та методи.** Дане дослідження було виконане на базі Вінницького національного медичного університету, м. Вінниця, Україна, з грудня 2018 по лютий 2019 року. Рандомізовані до групи Q (група з виконанням блокади QLB) та групи С (контрольна). Після отримання загальної анестезії групі Q виконано блокаду квадратного м'яза попереку (QL) з використанням $0,3$ мл/кг $0,25\%$ бупівакаїну з обох боків, та група С отримала контрольний блок з використанням $0,3$ мл/кг $0,9\%$ хлориду натрію. Протягом перших 24 годин після операції біль у пацієнтів оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (Visual Analog Scale — VAS) у спокої і при кашлі. Післяопераційний пацієнт контролював споживання морфіну, анальгезії, показники VAS та

побічні ефекти. **Результати.** Із 18 пацієнтів група Q ($n = 9$) мала значно більш низькі показники за VAS, ніж група С ($n = 9$), як у спокої, так і під час кашлю. Загальний рівень споживання морфіну був нижчим ($6,3 \pm 4,0$ мг проти $19,1 \pm 6,4$ мг; $p < 0,001$) протягом 24 годин після операції. **Висновки.** Як частина мультимодального знеболювання після оперативних втручань на органах черевної порожнини, показники споживання морфіну та VAS-балів були значно нижчими серед тих, хто отримував $0,3$ мл/кг $0,25\%$ розчину бупівакаїну, який вводили для блокади квадратного м'яза попереку, порівняно з групою контролю.

Список літератури

1. Kadam V.R. Ultrasound-guided quadratus lumborum block as a postoperative analgesic technique for laparotomy / V.R. Kadam // *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology.* — 2013. — 29(4). — 550-552.

УДК 616.37-002:615.874

Зварічук О.А., Говенко А.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ,
Україна

Сучасна тактика нутритивної підтримки при гострому панкреатиті

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) займає третє місце у структурі хірургічної патології. В Україні захворюваність на гострий панкреатит становить близько 100 випадків на 100 тисяч населення. Смертність від гострого панкреатиту коливається від 4 до 15 %, а при некротизуючому панкреатиті може досягати 60 %. Згідно з даними ASPEN, важливу роль серед заходів інтенсивної терапії відіграють різні методи нутритивної підтримки. Є дані, що ентеральне харчування зменшує катаболізм завдяки підтримці цілісності бар'єрної функції кишечника та запобіганню проникненню бактерій і їх ендотоксинів у системний кровотік. Підхід із застосуванням ентерального харчування з включенням у дієту харчових добавок, таких як глутамін, омега-3 жирні кислоти, вітаміни та пробіотики, є перспективним і становить значний науковий інтерес. **Мета роботи:** дослідити вплив раннього ентерального харчування на перебіг тяжкості гострого панкреатиту та ризик розвитку інфекційних ускладнень порівняно з відтермінованим ентеральним харчуванням. **Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 25 хворих, які лікувалися в НВМКЦ «ГВКГ» у 2014–2018 рр. У першій групі ($n = 14$) хворих ранне ентеральне харчування здійснювалося через назогастральний зонд і було розпочато в перші 24–48 годин після надходження, в другій групі ($n = 11$) ентеральне харчування хворих розпочинали з 6–7-ї доби, а в перші кілька діб вони отримували парентеральне харчування. Тяжкість гострого панкреатиту оцінювали за шкалами APACHE II та BISAP на 1-шу, 5-ту