

стаціонарі 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 низькопоточної анестезії на базі севофлурану разом із періопераційною мультимодальною аналгезією 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, аналгезії, 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 раннє 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

та 10-ту добу. Летальних випадків серед досліджуваних груп хворих не було. **Результати.** Хворі з ГП, які отримували відтерміноване ентеральне харчування, були у тяжчому стані, мали вищу кількість балів згідно зі шкалами APACHE II та BISAP порівняно з хворими, які отримували раннє ентеральне харчування: APACHE II = 8,5–9, 7–8, 5–6,5; BISAP = 3–4, 3, 1–2 та APACHE II = 8–9, 6–7,5, 3,5–5,5, BISAP = 3–4, 2–3, 0–2 на 1, 5, 10-й день відповідно. Загальна частота інфекційних ускладнень була вищою у другій групі хворих — 27 % (1 випадок пневмонії, 2 випадки інфікованого некрозу підшлункової залози) проти 7 % (1 випадок інфікованого некрозу підшлункової залози). **Висновки.** Згідно з отриманими даними, раннє ентеральне харчування є виправданим у комплексі лікування хворих із гострим панкреатитом. Воно дає позитивні результати шляхом зниження тяжкості стану згідно із загальноприйнятими шкалами оцінювання (APACHE II та BISAP). При застосуванні методу раннього ентерального харчування спостерігалась тенденція до зниження частоти інфекційних ускладнень.

Список літератури

1. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту (методичні рекомендації) / За ред. П.Д. Фоміна. — К., 2012. — 80 с.
2. Nutritional Aspects of Acute Pancreatitis [Електронний ресурс] // Gastroenterology Clinics of North America. — 2018. — Режим доступу до ресурсу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088985531730136X?via%3Dihub>.
3. Kuo D.C. et al. Acute Pancreatitis: What's The Score? [Електронний ресурс] / D.C. Kuo et al. // The Journal of Emergency Medicine. — 2015. — Режим доступу до ресурсу: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.02.018>.

УДК 617.55-022.912-089.12

Іваськевич О.В.¹, Банар Ю.В.¹,
Скуратівський Ю.Є.²

¹66-й Військовий мобільний госпіталь,
м. Покровськ, Україна

²Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

Комплекс протишокових заходів, ресусцитація у хворого з вогнепальним кульовим пораненням органів черевної порожнини

Пацієнт, 25 років, стать — чоловіча, діагноз: вогнепальне кульове наскрізне проникаюче поранення черевної порожнини справа з масивним ушкодженням V, VI, VII сегментів печінки III–IV ст. і повним розтрощенням правої нирки. Позаочеревинна гематома. Гемоперитонеум. Вогнепальні переломи IX–X ребер справа. Геморагічний шок III–IV ступеня. Загальний стан при надходженні вкрай тяжкий. Свідомість затьмарена. Температура тіла 36,0 °С. Шкірні покриви та видимі сли-

зові бліді. Дихання неефективне, ослаблене, жорстке на всьому протязі з обох боків. ЧД — 22–24, SpO₂ — 82–84 %. Тони серця глухі, різко ослаблені. ЧСС — 102, АТ — 40/0 Торг. Живіт болючий у ділянці поранення. Фізіологічні відправлення відсутні. По задній поверхні тулуба справа на рівні IX–X ребер по паравертебральній лінії — рана 12 × 8 мм, на бічній поверхні живота — рана діаметром 40 мм, з якої триває кровотеча. Аналіз крові: Нб — 35 г/л, Нт — 0,1, Le — 13,8 Г/л. Внутрішньовенний наркоз з інтубацією трахеї та ШВЛ, катетеризація правої підключичної вени, інфузія 5200 мл (колоїди/кристалоїди: 2/3), трансфузія (плазма 1220 мл, еритроцитарна маса 1510 мл, цільна кров 2950 мл), транекс 1 г, антибіотики. Цільна кров — від ходячих донорів, які планово пройшли діагностику на гепатит А, В, С та ВІЛ. Тривалість наркозу — 7 годин 20 хв. АТ упродовж 1-ї години анестезії — 70–60/40–30 Торг з інфузією норадреналіну 10–25 мкг/кг/год, на 2–7-й годинах анестезії — 90–110/60–70 Торг без інфузії симпатоміметиків, SpO₂ — 96–99 %. Діурез — 3700 мл, ЦВТ — 3–6 см H₂O. На 3-й годині анестезії: Нб — 100 г/л, Нт — 0,3, Le — 14,4 Г/л. Оперативне втручання: лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, тампонування печінки, правобічна нефр-ектомія, санація та дренування черевної порожнини, ПХО вогнепальних ран. Через 8 годин 20 хв пацієнт евакуйований із стабілізаційного пункту до військово-медичного госпіталю, через 3 доби — евакуація на IV рівень військово-медичної допомоги. Затримка евакуації — внаслідок несприятливих погодних умов. На даний час загальний стан близький до задовільного, триває лікування у загальнохірургічному відділенні. Сприятливий результат отриманий завдяки застосуванню протоколу FAST, принципів Damage Control та банку ходячих донорів.

УДК 616-001-02

Йовенко І.А., Балака І.В.

Медицинский дом Odex, г. Одесса, Украина

Показания к жидкостной реанимации: мнение специалистов (Европа, США, Украина)

В Международном исследовании клинической практики жидкостной реанимации (2010), проведенном в 391 ОИТ, главными причинами для начала жидкостной реанимации были названы нарушение тканевой перфузии или низкий сердечный выброс (СВ) — 44 %. Следующим показанием (35 %) были существенные нарушения витальных функций — артериального давления (АД), сердечного ритма (ЧСС), темпа диуреза или центрального венозного давления (ЦВД), даже при отсутствии признаков нарушений тканевой перфузии [1]. Аналогичный опрос в 2014 году показал, что нарушение перфузии тканей или низкий СВ были показанием в 61 % случаев, тогда как нарушения витальных функций при отсутствии