

в 1 мл об'єму містять 1,5 ккал, з початковою швидкістю подачі суміші від 60 до 80 мл/год. Максимальний залишковий об'єм шлунка при цьому становив 250 мл із систематичним призначенням прокінетиків. На 5-ту — 7-му добу переходили на стандартні збалансовані суміші для ентерального харчування. Білково-енергетичний дефіцит у пацієнтів групи порівняння поєднувався з поганими клінічними результатами лікування. Спостерігалась статистично значуще вища частота розвитку інфекцій, синдром м'язової слабкості в палаті ІТ і вища летальність порівняно з пацієнтами основної групи, що, в свою чергу, призводило до збільшення днів перебування на вентиляції, тривалості лікування, повторних госпіталізацій. **Висновки.** Застосований нами спосіб передбачає не лише встановлення цілей погодинної доставки харчової суміші, а й цільового щоденного об'єму ентерального харчування. Нутритивна терапія методом раннього ентерального харчування з розширеним білково-калорійним забезпеченням дозволяє покращити адекватність покриття білково-енергетичних потреб у пацієнтів в гострому періоді політрауми. Харчування ентеральним шляхом є превентивною терапевтичною стратегією, здатною зменшити тяжкість захворювання, частоту розвитку ускладнень, тривалість перебування у ВАІТ і дозволяє отримати сприятливий клінічний результат.

Список літератури

1. Hiesmayr M. Nutrition risk assessment in the ICU // *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* — 2015. — 15(2). — P. 174-180.
2. Матолінець Н.В. Нутритивна підтримка в комплексі інтенсивної терапії травматичної хвороби // *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія.* — 2016. — № 4(77). — С. 16-23.
3. Європейські рекомендації з клінічного харчування — *ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition (2006).* <http://www.espen.org/education/espen-guidelines>.
4. Enhanced Protein-Energy Provision via the Enteral Route in Critically Ill Patients (PEPUP Protocol): A Review of Evidence / Z.Y. Lee, M.Y. Barakatun-Nisak, I. Noor Airini, D.K. Heyland // *Nutr. Clin. Pract.* — 2016 Feb. — 31(1). — P. 68-79. doi: 10.1177/0884533615601638. Epub 2015 Sep 18.

УДК 616-089.5-032:611.835.8:[616.718.8.-002.3/4.-02:616.379-008.64]-089.873

Машин О.М., Голубничий В.О.,
Мальцева Л.О., Рзаєв Т.І.

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Низькопоточна інгаляційна анестезія севораном в умовах ургентної лапароскопічної холецистектомії

Мета роботи: вивчити вплив, підвищення ефективності та безпеки низькопоточної інгаляційної анестезії севораном при ургентній лапароскопічній холецистектомії. **Матеріали та методи.** Проведено

ретроспективний аналіз 90 історій хвороби хворих з діагнозом «жовчнокам'яна хвороба. Гострий холецистит» та оперативним втручанням — ургентна лапароскопічна холецистектомія (УЛХЕ). Демографічні показники пацієнтів: середній вік — 32 ± 12 років, індекс маси тіла — $26,5 \pm 4,4$ кг/м². Передопераційний індекс кардіального ризику за Revised Cardiac Risk Index < 1 %. Критерії синдрому системної запальної відповіді і Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) виключають ймовірності наявності ускладнень септичного генезу. Ступінь анестезіологічного ризику за ASA: 60 пацієнтів — I ступінь, 25 — II ступінь. Анестезіологічне забезпечення проводилось за наступним алгоритмом: цільову концентрацію севорану вибирали відповідно до показників системи «Мультигаз» з оцінкою МАК 0,7–1,0 і концентрації інгаляційного агента в кінці видиху. Оцінку ефективності анестезіологічного захисту проводили на основі динамічного аналізу FiO₂, ЕКГ, неінвазивному вимірюванні артеріального тиску, пульсоксиметрії, капнографії, біспектрального індексу (Bispectral index — BIS), індексу ноницепції і знеболювання (Analgesia Nociception Index — ANI). **Результати.** При аналізі інтраопераційних показників рівень BIS знаходився в межах 48 (45–50 %), що відповідає помірній гіпнотичній стадії. У післяопераційному періоді відкривання очей у пацієнтів відбувалося через $1,6 \pm 0,4$ хв; здатність виконання простих команд — $2,6 \pm 0,3$ хв; час досягнення 12–14 балів за шкалою Cook & Palma, що відповідає помірному седативному ефекту і рівню BIS 90 (88–91,5 %), становив $9,5 \pm 1,1$ хв; час екстубації — $10,8 \pm 1,2$ хв. При аналізі інтраопераційних показників ANI-моніторингу, які становлять під час індукції 65,5 (63,5–70 %) та протягом усього оперативного втручання 68 (63,5–75 %), було оцінено нами як адекватна зона аналгезії при загальному знеболюванні. **Висновки.** Низькопоточна інгаляційна анестезія севораном в умовах ургентної лапароскопічної холецистектомії забезпечує надійний захист організму від операційної агресії.

УДК 617-089.5-031.83-06:615.211:615.06

Мельник О.Ф.², Соклакова Ю.О.¹,
Мельник О.В.², Дивак В.В.², Дзюба Д.О.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²КЗ КОР «КОКЛ», м. Київ, Україна

ESP-блок як ключовий метод малоопіодної мультимодальної анестезії при операціях транспедикулярної стабілізації хребта

Вступ. Транспедикулярна стабілізація хребта є операцією вибору для пацієнтів з дегенеративним спондилолітезом та переломами хребта і характеризується своєю довготривалістю та великою бо-