

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.