

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-тя 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