

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