

ліорганної недостатності. На практиці потрібно намагатись досягнути зниження ІАР до рівня < 10 мм рт.ст. і підтримувати APP  $\geq$  35 мм рт.ст. у немовлят і  $\geq$  50 мм рт.ст. у старших дітей. Заходами, що додатково покращують спланхнічну перфузію і сприяють розрешенню парезу кишечника, є пролонгована нижньогрудна епідуральна блокада. Одна з головних проблем ПХ — розвиток інфекцій кровообігу (ІК). Середня частота інфекцій кровообігу у пацієнтів з СКК є вищою від 10 на 1000 катетер-днів, що є більше, ніж у онкохворих та пацієнтів з імуносупресією [3]. Фактор, що збільшує летальність пацієнтів з СКК від сепсису, — прогресивний ріст флуконазолрезистентних грибкових ІК. На сьогодні найбільш дієвими препаратами для лікування інвазивного кандидозу залишаються ехінокандини (каспофунгін, мікафунгін). Одним з дієвих методів профілактики катетер-асоційованих ІК є використання етанолового замка (ethanol lock). Застосування жирових емульсій, збагачених  $\omega$ -3 жирними кислотами, супроводжується зменшенням холестерину і покращенням показників виживання дітей із СКК [4]. Перспективним вважається використання 4-компонентних ліпідних емульсій (Smoflipid). Обнадійливими є результати застосування глюкагоноподібного пептиду-2 (GLP-2), який сприяє проліферації кишкового епітелію і збільшує більш ніж на 20 % досягнення ентєральної автономії у хворих із СКК.

## Список літератури

1. Горбатюк О.М. Синдром короткої кишки у немовлят: сучасні погляди на проблему за даними літературного огляду і власного досвіду / О.М. Горбатюк // *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. — 2016. — Т. 6, № 3. — С. 48-55.
2. Spencer A.U., Neaga A., West B., Safran J., Brown P., Btaiche I., Kuzma-O'Reilly B., Teitelbaum D.H. *Pediatric short-bowel syndrome: redefining predictors of success* // *Ann. Surg.* — 2005. — 242. — P. 403-409.
3. Pittiruti M et al. *ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications)* // *Clin. Nutr.* — 2009. — 28. — 365.
4. Diamond I.R., Grant R.C., Pencharz P.B. et al. *Preventing the progression of intestinal failure-associated liver disease in infants using a composite lipid emulsion: a pilot randomized controlled trial of SMOFlipid* // *J. Parenter. Enteral Nutr.* — 2016 February 2 (Epub ahead of print).

УДК 616.089.168-089.5-053.9

Момот Н.В., Воротинцев С.І., Демитер І.М., Гриценко К.В.

Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя, Україна

### ТАР-блок для післяопераційного знеболювання в ургентній абдомінальній хірургії

**Вступ.** Традиційно для післяопераційного знеболювання у відкритій абдомінальній хірургії використовують наркотичні анальгетики, але це може призвести до

депресії дихання, свербіжу шкіри, нудоти та блювання, пізньої мобілізації пацієнтів. Негативні реакції наркотиків можна попередити, застосовуючи регіонарні техніки знеболювання передньої черевної стінки. **Мета:** визначити ефективність блокади площини поперечного м'яза живота (ТАР-блока) як компонента знеболювання після серединної лапаротомії. **Матеріали та методи.** У дослідження ввійшло 40 пацієнтів віком від 35 до 68 років, I–III класу за ASA, яким виконувалась ургентна серединна лапаротомія. Критеріями виключення були: наявність перитоніту або сепсису, шоківий стан пацієнтів, виведення колостоми на передню поверхню живота. У всіх випадках пацієнтам була проведена тотальна внутрішньовенна анестезія (пропофол, фентаніл, атракуріум), для знеболювання в післяопераційному періоді стандартно призначали декскетопрофен (50 мг в/в кожні 8 годин). У групі ТАР (n = 20) після завершення операції під контролем ультразвуку в поперечний простір живота з обох сторін вводили по 20 мл розчину 0,25% бупівакаїну з 4 мг дексаметазону, через 12–16 годин ТАР-блок повторювали. У групі контролю (n = 20) для додаткового «рятувального» знеболювання використовували налбуфін 20 мг внутрішньовенно. Рівень болю оцінювали за допомогою цифрової рейтингової шкали (NRS) від 0 до 10 балів (0 балів — болю немає, 10 балів — нестерпний біль) через 6, 12 та 24 години після операції. Додатково визначали час активізації хворих (можливість стати на ноги та самостійно зробити декілька кроків). Статистичний аналіз проведено за допомогою програми Statistica for Windows 6.0. **Результати.** У групі ТАР на всіх етапах дослідження рівень болю за NRS був значно меншим, ніж в групі контролю: через 6 годин —  $1,95 \pm 0,76$  проти  $6,85 \pm 0,75$  бала відповідно ( $p < 0,001$ ); через 12 годин —  $2,80 \pm 0,89$  проти  $4,75 \pm 0,85$  бала відповідно ( $p < 0,001$ ); через 24 години —  $2,35 \pm 0,76$  проти  $5,00 \pm 0,91$  бала відповідно ( $p < 0,001$ ). Активізація 70 % хворих у групі ТАР відбувалась вже з кінця першої доби після операції ( $\chi^2 = 21,0$ ;  $p < 0,001$ ), у групі контролю більшість хворих (75 %) стали мобільними тільки на 3-тю добу ( $\chi^2 = 23,4$ ;  $p < 0,001$ ). **Висновки.** ТАР-блок в ургентній лапаротомній хірургії є ефективною альтернативою знеболюванню наркотиками, що дозволяє пацієнтам раніше активізуватись після операції.

УДК 616-089-163/.168-06:616.12-005.4]:615.384

Морозова Я.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

### Режим інфузійної терапії і перебіг періопераційного періоду після розширених оперативних втручань у хворих із супутньою ІХС

**Вступ.** Питання визначення об'єму періопераційної інфузійної терапії залишається остаточно невирішеним та дискусійним, особливо це стосується хворих із супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС), яким виконуються розширені операційні втручання. Труднощі