

**Тези одинадцятого
Британсько-українського симпозиуму (БУС 11)
«Інноваційні технології та методики
в анестезіології та ІТ,
17–20 квітня 2019 року, м. Київ
(Продовження. Початок у журналі
«Медицина невідкладних станів» № 2(97), 2019)**

УДК 616-001-02

Недашківський С.М.¹, Бабак С.І.²,
Кедро Б.І.², Кротюк Т.Ф.²,
Вовковинський М.О.², Галушко О.А.¹

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

² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Гідроксіетильовані крохмалі залишаються ефективними засобами в арсеналі лікарів відділень інтенсивної терапії

Вступ. Відомо, що, як і більшість розчинів колоїдів, введення розчинів гідроксіетильованих крохмалів (ГЕК) може призводити до порушення функції нирок [1]. Небезпека цих уражень зростає з підвищенням онкотичності розчину та у хворих у стані вираженої дегідратації [2]. Більш безпечними вважаються ізонкотичні розчини, що містять 6 % цієї речовини, ще безпечнішими є розчини з концентрацією онкотичної речовини 5 %. З точки зору безпеки проведення ІнФТ великі переваги має комплексний комбінований препарат гекотон («Юрія-Фарм», Україна). Основними діючими речовинами в препараті є гідроксіетилкрохмаль 130/0,4, ксилітол, натрію хлорид і натрію лактат. Перерозподіл і метаболізм складових речовин відбувається тривало, що викликає стійкий гіперосмолярний ефект і менші коливання осмолярності плазми. Крім того, «м'яка» гіперосмолярність дозволяє застосовувати препарат неодноразово і розширити спектр його застосування.

Мета. Дослідження ефективності застосування розчину ГЕК III генерації (гекотон) у лікуванні хворих відділення інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на базі відділення інтенсивної терапії Київської обласної клінічної лікарні. Наш досвід використання цих препаратів був представлений на прикладі 208 пацієнтів із гострою крововтратою, травматичним шоком, післяопераційною гіповолемією та гострою декомпенсацією вуглеводного обміну. Досліджувалися показники системної гемодинаміки (АТ, ЧСС, ЗПОС), діурез, стан мікроциркуляції, показники рівня електролітів крові та кислотно-лужного стану. Добова доза і швидкість інфузії препарату залежали від об'єму крововтрати та показника гематокриту. Слід зважати на ризик перевантаження системи кровообігу при занадто швидкому введенні та занадто великій дозі. В екстрених випадках максимальна швидкість інфузії становила 10 мл/кг за годину (350–400 мл/30 хв). Максимальна добова доза розчинів ГЕК не перевищувала 20 мл/кг (1400–1600 мл). У середньому ми застосовували дозу 5–10 мл/кг гекотону на добу (400–800 мл на добу). Тривалість використання і дозу визначали за тривалістю і рівнем гіповолемії.

Результати. У переважної більшості пацієнтів (193 з 208, або 92,79 %) спостерігалися нормалізація діурезу, стабілізація артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, зменшення або усунення порушень мікроциркуляції. Під час використання гекотону не було зареєстровано побічних ефектів. При застосуванні препаратів у поодиноких випадках (3 пацієнти, або 1,44 %) спостерігалось підвищення рівня амілази у крові, який повертався до норми протягом 3–5 діб. При введенні великих доз можлива поява симптомів підвищеної кровоточивості (ефект розведення) та подовження часу згортання крові. Гекотон, як і інші гіпертонічні та гіперосмолярні розчини, при тривалому введенні може спричинити подразнення периферійних вен у місці введення, що спостерігалось лише у 2 хворих (0,96 %).

Висновки. Проведене дослідження виявило ефективність і безпечність використання розчинів гідроксietильованих крохмалів III генерації, зокрема гекотону. Ці препарати можуть бути застосованими для стартової ІнфТ у комплексному лікуванні гіповолемії та шоку різного ступеня тяжкості, дозволяють у короткий термін досягти необхідного терапевтичного ефекту та знизити ризик розвитку ускладнень.

Список літератури

1. Шлапак И.П., Галушко А.А. *Периоперационная инфузионная терапия // Медицина неотложных состояний.* — 2015. — № 1. — С. 91-96.
2. Шлапак И.П., Голубовська О.А., Галушко О.А. *Дегідратаційний синдром // Острые и неотложные состояния в практике врача.* — 2015. — № 6. — С. 15-19.

УДК 616-089.5-053.2-085.385

Піонтковська О.В.¹, Білогуров С.М.¹,
Данилова В.В.², Борисов О.В.¹,
Романова Н.В.¹

¹ КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1»,
м. Харків, Україна

² Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Досвід використання еритроцитовмісних компонентів крові в дитячій анестезіології

Переливання крові — це не механічне введення рідини в організм людини, а складна операція трансплантації чужорідної тканини. Відповідно до сучасної концепції введення еритроцитів показано лише із замісною метою [1]. У нашій клініці відпрацьований ряд заходів для обґрунтованого переливання компонентів та препаратів крові залежно від клінічного стану конкретного пацієнта, відповідно до чинних стандартів та з урахуванням ходу клінічного трансфузійного процесу. Це ряд заходів, які починаємо з прийняття колегіального рішення про призначення трансфузій і закінчуємо оцінкою клінічних результатів переливання, аудитом щодо доцільності та правильності їх проведення. Його мета полягає у забезпеченні оптимального та якісного використання трансфузійних середовищ та аналізі післятрансфузійних реакцій і ускладнень [2, 3]. Початковий стан пацієнта з крововтратою включає насамперед оцінку ступеня крововтрати на основі клінічних критеріїв [2, 4]. Однією з основних умов імунологічної безпеки гемотрансфузійної терапії вважаємо забезпечення переливання антигенсумісних середовищ. Основним і єдиним критерієм ефективності проведеної трансфузійної терапії еритроцитовмісних компонентів вважаємо доставку кисню до тканин. Ефективність трансфузійної терапії еритроцитами оцінюємо після введення кожної одиниці компонента. Стійке підвищення рівня гемоглобіну та кількості еритроцитів у реципієнта через годину після трансфузії відображає

гістосумісність донорських еритроцитів з клітинами реципієнта, а через 24 години свідчить про приживлення донорських еритроцитів у судинному руслі реципієнта [1, 2, 4].

Список літератури

1. *Компоненти крові та її застосування* / [Павлов О.О., Більченко В.І., Білоусов А.М. та ін.]. — Х.: ХМАПО, 2015. — 65 с.
2. *Правила назначения компонентов крови* / Е.Б. Жибурт, Е.Л. Шеагюков, Е.Л. Ключева и др. // *Укр. журн. экстрем. медицины.* — 2010. — № 2. — С. 17-19.
3. *American Association of Blood Banks. Standards for Blood Bank and Transfusion Services.* 27th ed. — Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011.
4. *Military Critical Care Nursing: Navy Goforth CW. et al. Fresh Whole Blood Transfusion: Military and Civilian Implications // Critical Care Nurse.* — 2016. — 36(3). — 50-57.

УДК 616-006

Плотная Е.В., Артеменко В.Ю., Пальжок А.Д.,
МЦ «МЕДИКАП», г. Одесса, Украина

Клинический случай сочетания множественной миеломы и декомпенсированного сахарного диабета

Введение. Множественная миелома (ММ) — это злокачественное заболевание крови с неспецифичными симптомами. Несвоевременная диагностика приводит к 100% летальности.

Цель. Представление клинического случая с нетипичным течением ММ.

Описание клинического случая. Пациент С., 60 лет, болен сахарным диабетом (СД) 2-го типа в течение 20 лет. В ноябре 2017 г. заболел остро: жалобы на рвоту, понос, озноб. В течение недели состояние прогрессивно ухудшалось, появилась одышка в покое, боль в грудной клетке. Госпитализирован в тяжелом состоянии, которое обусловлено почечной недостаточностью, анемией, декомпенсацией СД, ИБС. Лабораторно: креатинин — 1392 мкмоль/л, мочевины — 35 ммоль/л; после гемодиализа: креатинин — 529 мкмоль/л, мочевины — 16,9 ммоль/л. Онкоскрининг — отрицательный. Выписан через 3 недели в состоянии средней степени тяжести с диагнозом: СД 2-го типа, декомпенсация, хроническая болезнь почек (ХБП) V ст., АГ 3-й ст., риск 4; анемия тяжелой степени; ДЭП. Гемодиализ. Находился на амбулаторном гемодиализе 3 месяца. В марте 2018 г. — повторное ухудшение состояния. Субэндокардиальный ОИМ (non-STEMI). Выполнено стентирование правой коронарной артерии. ИВЛ. Гемодиализ. Несмотря на проводимую терапию, состояние приняло медленно-текущий отрицательный прогрессирующий характер. В июне 2018 г. дообследован: на КТ ОГК — множественные переломы ребер, тел позвонков, костей черепа. Положительный