

± 1,4 год. Методом знеболювання була регіонарна анестезія, що виконувалась в умовах попереднього поверхневого наркозу на базі пропофолу з подальшою седацією пропофолом. Контроль за станом свідомості під час виконання процедури здійснювався за допомогою BIS-монітору View (Aspect Medical Systems). За результатом цільового BIS-показника пацієнти були розподілені на 3 групи: А — 95–85 од.; В — 85–75 од.; С — 75–60 од. Окремо в кожній групі підраховувалася витрата пропофолу та фіксувалася наявність загрозливих відхилень з боку дихальної системи (ЧДР, SpO<sub>2</sub>) та системи кровообігу (ЧСС, АТ). **Результати.** У групі А кількість диспное та небажаних ефектів з боку гемодинаміки становила 8,1 ± 3,0 %; у групі В — 5,3 ± 4,2 %; у групі С — 18,3 ± 2,1 %. У групі, де контроль за глибиною седації здійснювався за допомогою клінічних ознак, кількість загрозливих ефектів становила 21,3 ± 4,1 %. Витрата пропофолу у групі А — 1,5 ± 0,6 мг/кг, у групі В — 1,8 ± 0,4 мг/кг, у групі С — 2,0 ± 0,3 мг/кг, у групі з контролем за клінічними ознаками — 2,5 ± 0,3 мг/кг. **Висновки.** При анестезіологічному забезпеченні стоматологічних маніпуляцій в амбулаторній практиці завдяки BIS-моніторингу вдається зручніше підбрати оптимальну дозу анестетика, забезпечувати стабільну підтримку поверхневого рівня наркозу та зменшити кількість загрозливих відхилень з боку дихальної та серцево-судинної системи.

## Список літератури

1. Салова Е.М., Лубнин А.Ю., Рылова А.В., Цейтлин А.М., Лукьянов В.И., Шиманский В.Н. Мониторинг глубины анестезии у нейрохирургических больных // *Анестезиология и реаниматология*. — 2011. — № 4. — С. 22-27.
2. Avidan M.S., Burnside B.A. et al. Anesthesia awareness and bispectral index // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — 358. — P. 1097-1108. ■

УДК 616.9-039.35(07)

Недашківський С.М.<sup>1</sup>, Бабак С.І.<sup>2</sup>,  
Третяченко С.О.<sup>2</sup>, Кобець О.О.<sup>2</sup>,  
Галушко О.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

## Сучасні можливості інфузійної терапії при тяжких інфекційних захворюваннях

Одним із тяжких інфекційних захворювань, поширених в Україні, є лептоспіроз — поширена зоонозна інфекція з явищами вираженої дегідратації й високою летальністю [1, 2]. Тому раціональна інфузійна терапія хворих із цією патологією повинна бути комплексною і має включати засоби, що покращують центральний і периферичний кровообіг,

серцеву діяльність, забезпечують корекцію водно-електролітних, гемокоагуляційних, кислотно-лужних порушень. З метою зменшення проявів інтоксикаційного синдрому призначають збалансовані розчини кристалоїдів (розчини Рінгера, Рінгера малат) і препарати багатоатомних спиртів (реосорбілакт). Доведено, що застосування реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих із тяжким і середньотяжким перебігом лептоспірозу позитивно впливає на швидкість одужання, нормалізацію показників порушеного гомеостазу й функцій життєво важливих органів [3]. За необхідності введення великих об'ємів інфузійних засобів до складу інфузійної терапії додають розчини ГЕК (гекодез, гекотон) і розчини желатинів (волютенз). Волютенз становить собою 4 % розчин сукцинованого желатину, розчинений у збалансованому електролітному розчині плазмової концентрації, з середньою молекулярною масою 30 000 Да. Теоретичний осмолярність 274 мОсм/л. Колоїдно-осмотичний тиск волютензу становить 33 мм рт.ст. Елімінація здійснюється в основному через нирки. Волемічний ефект еквівалентний кількості введеного розчину (100 %), тривалість гемодинамічного ефекту близько 3–4 годин. Особливістю використання волютензу є те, що з токсикологічної точки зору обмежень дози він не має. Максимальна добова доза визначається ступенем гемодилуції. Слід дотримуватись обережності, щоб уникнути зниження гематокриту нижче за критичні значення. Значення, що вважаються критичними для пацієнта, варіюють індивідуально, залежно від капілярної екстракції кисню, віку пацієнта, циркуляторного резерву й клінічного стану. Для пацієнтів із нормальною потребою в кисні й неушкодженим компенсаторним механізмом може бути прийнятною гемодилуція до рівня гемоглобіну 8 г/100 мл або гематокриту 25 %; у пацієнтів відділень інтенсивної терапії гемоглобін не повинен знижуватися нижче від 100 г/л або гематокрит — нижче від 30 %. У разі наявності відповідних показань до програми інфузійної терапії включають також розчини для корекції гіпокаліємії, покращання периферичного кровообігу (латрен, тивортин), усунення метаболічного ацидозу (сода-буфер) тощо. Застосування сучасної багатокомпонентної інфузійної терапії дозволяє оптимізувати програми інтенсивної терапії хворих на лептоспіроз і покращити перебіг захворювання й результати лікування.

## Список літератури

1. Голубовська О.А. (ред.). *Інфекційні хвороби: підручник*. — К.: ВСВ «Медицина», 2012. — 728 с.
2. Shlapak I.P., Holubovska O.A., Halushko O.A. *Dehydration syndrome // Острые и неотложные состояния в практике врача*. — 2015. — 6. — 15-19.
3. Гебеш В.В., Сухов Ю.А. *Дезинтоксикационная терапия реосорбилактом в комплексном лечении больных лептоспирозом // Мистецтво лікування*. — 2004. — № 14. — С. 80-81.