

кісні показники (інтенсивності магістрального й термінального кровотоку), відбувалося ефективне зменшення амплітуди другої хвили. Не встановлено ознак появи коагулопатії. Виявлено позитивну динаміку за результатами магнітно-резонансного комп'ютерного дослідження головного мозку.

Список літератури

1. Baker A.J., Rhind S.G., Morrison L.J., Black S., Crnko N.T., Shek P.N. et al. Resuscitation with hypertonic saline-dextran reduces serum biomarker levels and correlates with outcome in severe traumatic brain injury patients // *J. Neurotrauma*. — 2009 Aug. — 26(8). — 1227-40. Doi: 10.1089/neu.2008.0868

УДК 616.2-78

Орлецький Б.Ю., Фрончко В.П.
Міська клінічна лікарня, м. Луцьк, Україна

Dryving pressure як показник контролю механічної вентиляції

Вступ. Покращення результатів респіраторної терапії пов'язане насамперед із дотриманням принципів протективної стратегії. Проведення довготривалої респіраторної терапії вимагає простого й доступного моніторингу вентиляції. Група дослідників на чолі з М. Амато пропонує для забезпечення ефективності й безпеки респіраторної підтримки контролювати вентиляційний тиск (dryving pressure), який визначається як $\Delta P = P_{\text{плато}} - P_{\text{ТТКВ}}$. Даний показник рекомендовано утримувати не вище від 15 см вод.ст. [1, с. 755; 2, с. 1245]. **Мета роботи:** оцінити величину dryving pressure (ΔP) у різних групах хворих у відділенні анестезіології. **Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 48 хворих. Показник ΔP оцінювали в інтраопераційному періоді у 30 хворих, яким проведені оперативні втручання тривалістю понад 60 хвилин в умовах низькопоточної інгаляційної анестезії севораном. Групу I становили 19 пацієнтів без супутньої патології, групу II — 11 хворих з ожирінням (індекс маси тіла ≥ 35 кг/м²). До групи III включено 18 пацієнтів, які відповідали критеріям гострого респіраторного дистрес-синдрому, серед яких було 7 хворих із рефракторною гіпоксемією ($SpO_2 < 88\%$ при $P_{\text{ТТКВ}} > 12$ см вод.ст., $FiO_2 > 0,7$). Параметри вентиляції обирали згідно з принципами протективної концепції. **Результати.** Показник ΔP у хворих I групи визначався в межах 8–13 см вод.ст. У хворих з ожирінням — 9–16 см вод.ст. У 5 померлих хворих III групи ΔP становив 15–20 см вод.ст., у тих, які вижили, ΔP був 11–17 см вод.ст. **Висновки.** Отримані нами результати збігаються з літературними даними. У померлих пацієнтів значення dryving pressure були вищими, ніж у тих, хто вижив. Налаштування параметрів вентилятора для отримання значень ΔP не більше від 15 см вод.ст. зменшує кількість ускладнень, покращує результати респіраторної терапії.

Список літератури

1. Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome / Amato M.B., Meade M.O., Slutsky A.S. [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2015. — Vol. 372, № 8. — P. 747-755.

2. Optimal mechanical ventilation strategies to minimize ventilator-induced lung injury in non-injured and injured lungs / Pedro L. Silva, Paolo Pelosi, Patricia R.M. Rocco // *Expert Review of Respiratory Medicine*. — 2016. — Vol. 10, № 12. — P. 1243-1245.

УДК 615.099.084

Падалка В.М.¹, Курділь Н.В.², Іващенко О.В.³

¹ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Актуальні питання профілактики сезонних грибних отруєнь

Вступ. Сезонний збір грибів населенням у більшості регіонів України є віковою традицією, що потенційно несе загрозу смертельно небезпечних отруєнь. Сумна статистика отруєнь внаслідок вживання дикорослих грибів обумовлює необхідність більш детального дослідження їх причин і визначення найбільш вразливих груп населення. **Мета дослідження:** вивчення причин отруєнь дикорослими грибами серед населення Києва й Київської області. **Матеріали та методи.** Досліджені випадки отруєнь грибами (Т62.0) серед населення м. Києва та прилеглих районів області за 2014–2018 рр. (усього 106 випадків), використані дані токсикологічного центру Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. **Результати.** Багаторічний моніторинг грибних отруєнь довів, що в середньому в період сезонних грибних отруєнь (серпень — вересень) в Україні протягом доби гине 1 людина. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, в період 2011–2018 рр. проліковано понад 1800 осіб з гострими отруєннями дикорослими грибами, з них щонайменше 150 осіб померли (летальність становила близько 8 %). Багаторічні спостереження за динамікою грибних отруєнь серед населення м. Києва і прилеглих районів Київської області демонструють, що основними групами ризику виникнення грибних отруєнь є: соціально незахищені верстви населення з низьким рівнем санітарної освіти (робітники некваліфікованих професій, безробітні, пенсіонери), жителі великих міст, які втратили навички збирання грибів, чоловіки віком понад 40 років. Зазвичай постраждали демонстрували низький рівень інформування про небезпеку й вказували на

відсутність знань щодо засобів профілактики грибних отруєнь і первинної медичної допомоги. **Висновки.** Неефективність заходів із профілактики масових сезонних грибних отруєнь є одним з факторів високих епідеміологічних показників і госпітальної летальності. У сучасних умовах запобігання отруєнню грибами є єдиним інструментом зниження інвалідності й летальності при даному виді отруєння.

УДК 616-036.882.-085.47

Пилипенко М.М.

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

Гострий респіраторний дистрес-синдром: що нового у 2019 р.?

Вступ. Хоча щороку публікуються десятки нових оригінальних досліджень, спрямованих на зниження летальності при гострому респіраторному дистрес-синдромі (ГРДС), проте вона залишається незадовільно високою. Не став винятком і останній рік, у якому багато цікавих дослідницьких статей було присвячено темі підбору оптимальних параметрів механічної вентиляції (МВ) при ГРДС. **Метою** цієї публікації є висвітлення найбільш яскравих оригінальних досліджень, що можуть змінити підходи до вибору методів і режимів респіраторної підтримки (РП) при ГРДС. **Результати.** Для визначення причин незадовільно високої летальності і її предикторів було проведено порівняльне дослідження генетичних маркерів і фенотипу тих, хто вижив, і померлих, тяжкість стану і лікування яких були на початковому етапі подібними [1]. Було встановлено що в пацієнтів з гіперінфламаторним фенотипом летальність у півтора-два рази вища, ніж у тих, у кого цей фенотип не проявляється. Гіперінфламаторний фенотип характеризується підвищеною концентрацією таких маркерів запалення, як sNYFR-1, інтерлейкін-6, інтерлейкін-8, PAI, ANG1/2, а також зниженням концентрації бікарбонату й тромбоцитів і підвищеною потребою в застосуванні вазопресорів. При проведенні ретроспективного аналізу цієї когорти пацієнтів досить неочікувано виявилось, що глюкокортикоїди в них не асоціюються з покращанням результатів виживання. У цілому ряді публікацій при лікуванні тяжкого ГРДС акцент робиться на ретельному визначенні легеневої механіки [2]. Підкреслюється необхідність рутинного визначення й моніторингу тиску плато і його похідного — рушійного тиску (driving pressure — плато мінус позитивний тиск у кінці видиху (ПТКВ)). Це диктує важливість принаймні періодичного застосування традиційної об'єм-контрольованої вентиляції з прямокутною формою потоку. У хворих із можливим значним підвищенням ригідності грудної клітки (ожиріння, порушення рухливості ребер тощо), а також посиленням активності діафрагми під час контрольованої МВ пропонується вимірювати ін-

трастравохідний тиск і вираховувати транспульмональний тиск. Визначення транспульмонального тиску дозволяє запобігати надмірно активному піддишуванню, що несе в собі ризики так званого самостійно завданого ушкодження легень (Self-inflicted lung injury). До останнього часу визначення транспульмонального тиску вважалося чи не найефективнішим методом вибору оптимального ПТКВ. Оптимальним вважалося ПТКВ, яке при надмірно жорстких легенях у релаксованого пацієнта на видиху не дозволяло транспульмональному тиску опускатися до негативних величин. Таке ПТКВ при жорстких легенях могло досягати величин 12, 15 см вод.ст., а іноді й вище. Щоправда, нещодавно опубліковано дослідження, у якому 200 пацієнтів із тяжким ГРДС були рандомізовані в групу визначення ПТКВ за транспульмональним тиском або в групу високого ПТКВ, вибраного за шкалою PaO₂/FiO₂ [3]. У результаті в групі транспульмонального вибору ПТКВ він був дещо нижчим (наприклад, 15 через добу після рандомізації проти 18 у групі ПТКВ за шкалою PaO₂/FiO₂), проте летальність і тривалість вентиляції між групами не відрізнялися. Автори роблять висновок, що титрація ПТКВ за механічними властивостями легень не перевищує ефективність клінічно встановленого високого рівня ПТКВ. Останнім часом триває серія наукових досліджень та оглядових публікацій, які вказують на те, що нормалізація сатурації при ГРДС як за рахунок високих значень FiO₂, так і за рахунок високого ПТКВ не супроводжується покращенням виживання [4]. При встановленні при тяжкому ГРДС ПТКВ понад 10 см вод.ст. оптимальною сатурацією вважають 90–95 %, а FiO₂ слід обирати не вище за те, яке дозволяє підтримувати SpO₂ на зазначеному рівні. **Висновки.** При ГРДС летальність залежить не тільки від ступеня порушення механічних властивостей легень і функції газообміну, вона також визначається фенотипом пацієнта — при гіперінфламаторному результаті гірші. Разом з тим МВ повинна проводитися з урахуванням механіки легень, вибором адекватного ПТКВ з урахуванням підтримки достатньої сатурації за помірних величин FiO₂.

Список літератури

1. Shankar-Hari M., Fan E., Ferguson N.D. Acute respiratory distress syndrome (ARDS) phenotyping // *Intensive Care Med.* — 2018 Dec 5. doi: 10.1007/s00134-018-5480-6.
2. Beitler J.R. Bedside respiratory physiology to detect risk of lung injury in acute respiratory distress syndrome // *Curr. Opin. Crit. Care.* 2019. 25(1). 3–11.
3. Beitler J.R., Sarge T., Banner-Goodspeed V.M., et al. Effect of Titrating Positive End-Expiratory Pressure (PEEP) With an Esophageal Pressure-Guided Strategy vs an Empirical High PEEP-Fio2 Strategy on Death and Days Free From Mechanical Ventilation Among Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Clinical Trial // *JAMA.* — 2019 Feb 18. doi: 10.1001/jama.2019.0555.
4. Damiani E., Donati A., Girardis M. Oxygen in the critically ill: friend or foe? // *Curr. Opin. Anaesthesiol.* — 2018. — 31(2). — 129–135.