

ністю. Спеціально призначені пристрої для HFNC все ще мало поширені в нашій країні, проте дана опція успішно реалізована на сучасних респіраторних експерт-класу, що робить її значно доступнішою. У своїй роботі ми широко користуємося вітчизняним респіратором UVENT («Ютас», Україна, що здатний генерувати максимальний потік 120 л/хв) і RAPHAEL (Hamilton, Швейцарія, що генерує до 180 л/хв) із носовими канюлями HFN-0001/002/0003 (GGM, Тайвань). Основними перевагами технології HFNC, на відміну від застосування щільних лицевих масок, є можливість для хворого пити, вживати їжу й ліки, користуватися кишеньковими інгаляторами й вільно розмовляти, що значно підвищує прихильність хворих до даного виду кисневої й респіраторної підтримки. Важливим супутнім ефектом HFNC, особливо для хворих із ХОЗЛ і бронхіальною астмою, є покращення відходження мокротиння й можливість його відкашлювання. Найчастішими показаннями до застосування, коли ми розпочинали HFNC, є прогресування дихальної недостатності у хворих із пневмоніями, набряком легень, травматичним пульмонітом, опіками дихальних шляхів, загостренням ХОЗЛ, інгаляційним отруєнням. Важливим аспектом клінічного використання HFNC є кондиціонування дихальної суміші (підігрів і зволоження), що дозволяє краще переносити газові потоки в діапазоні 60–120 л/хв. Поява HFNC дозволила більш безпечно здійснювати індукцію анестезії у хворих із потенційно проблемними дихальними шляхами починаючи з моменту преоксигенації й до завершення інтубації трахеї. При цьому високопоточна інсуфляція кисню дає значно більше часу на атравматичне виконання інтубації трахеї, унеможливує епізоди гіпоксемії, профілактує цілий ряд небажаних ефектів (тахікардія, аритмія, артеріальна гіпертензія, зростання інтракраніальної гіпертензії та ін.), притаманних ускладненій інтубації трахеї.

## Список літератури

1. Nava S., Schreiber A., Domenighetti G. Noninvasive ventilation for patients with acute lung injury or acute respiratory distress syndrome // *Respiratory Care*. — 2011. — Vol. 56. — P. 1583-8.

УДК 616.831-005.1

Тітов І.І., Гриб В.А., Дяченко Б.М., Тітов О.І., Данилюк О.П., Марусин С.О.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

### Агрегатний стан крові у хворих з ішемічними інсультами при надходженні в стаціонар

**Вступ.** Інсульт є глобальною проблемою сучасності, посідає друге місце за смертністю у світі. Серед підгруп ішемічного інсульту велику частку становить гемореологічний варіант, що проявляється виражени-

ми змінами агрегатного стану крові й мікроциркуляції. Основним методом корекції гемореологічних розладів є інфузійна терапія збалансованими кристалоїдними розчинами. **Метою** роботи було встановлення частоти й вираженості гемоконцентрації у хворих з ішемічним інсультом при надходженні в стаціонар. **Матеріали та методи.** Проведено оцінку показників гемоглобіну й гематокриту в 76 хворих, які доставлені в ЦМКЛ з ознаками ішемічного інсульту у 2018 році. **Результати.** Встановлено, що рівень гематокриту  $\leq 0,35$  л/л виявився лише у 4 хворих (5,2 %). Ці хворі не потребували інфузійної терапії. У 29 хворих (38,15 %) рівень гематокриту коливався в небажаних для забезпечення адекватної перфузії межах 0,35–0,55 л/л. Ця частка хворих потребувала інфузійної корекції й пероральної регідратації при збереженому ковтанні. У 34 хворих (44,73 %) мало місце виражене згущення крові, оскільки рівень гематокриту в них перевищував позначку 0,55 л/л. Зазвичай такі зміни корегуються впродовж кількох діб введенням значних об'ємів рідини (гіперволемічна гемодилуція), що не завжди можливо в пацієнтів з обмеженими серцевими можливостями через загрозу перевантаження об'ємом. У 9 хворих (11,8 %) дані гематокриту перевищували 0,65 л/л, що є вкрай обтяжуючим негативним чинником для церебральної перфузії загалом і циркуляції в зоні пенумбри зокрема. Єдиним рятувним заходом може виявитися гемоексфузія в об'ємі до 8 мл/кг із наступною інфузією в об'ємі, який би забезпечував рівень гематокриту 0,35–0,40 л/л — найбільш прийнятний для забезпечення киснево-транспортної функції крові. **Висновки.** Агрегатний стан крові є критично важливим для успішного лікування ішемічного інсульту. Близько 90 % хворих мають значну або виражену гемоконцентрацію. Інфузійна терапія, а в окремих випадках — гемоексфузія дозволяють забезпечити необхідну корекцію.

## Список літератури

1. Пряникова Н.А., Ефремова Н.М., Стаховская Л.В., Скворцова В.И. Фибринолитическая и антикоагулянтная терапия в остром периоде ишемического инсульта // *Consilium Medicum*. — 2003. — Спецвыпуск. — С. 26-30.

УДК 612.821.5:616-008.3

Тітов І.І., Гриб В.А., Мартин А.Ю., Вінтоняк І.В., Нестор І.І., Майданська І.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

### BIS-моніторинг при контрольованій седації й оцінці ефективності нейропротекторної терапії в пацієнтів із гострими церебральними катастрофами

BIS-моніторинг багато років широко використовується нами в дорослих і дітей у щоденній клінічній практиці для підтримання оптимальної глибини загальної анестезії. Застосування цієї не-