

менше; 22,2 % — у групі 6–10 балів; 33,3 % — у групі 11–15 балів, і 0 % — у групі 16 балів і більше. Інцидентність діалізу становила 3,7 % у групі 6–10 балів і 0 % — в інших групах пацієнтів. У 3 пацієнтів об'єм інфузії під час і після втручання був меншим від рекомендованого. У всіх пацієнтів відзначалося перевищення допустимого об'єму контрасту. У 5 пацієнтів було виявлено супутній цукровий діабет, у 5 пацієнтів — анемію. У всіх пацієнтів використовували низькоосмолярні рентгенконтрастні засоби. **Висновки.** Реальна інцидентність контраст-індукованої нефропатії в нашому дослідженні виявилася значно вищою, ніж ймовірний ризик її розвитку згідно зі шкалою Mehran. Недостатньо уваги приділялося розрахунку рекомендованого об'єму періопераційної інфузійної терапії й дотриманню вищих рекомендованих доз рентгенконтрастних засобів. Необхідно в подальшій клінічній практиці більш ретельно визначати фактори ризику розвитку КІН в кожному окремому випадку й уживати якомога більше заходів профілактики для запобігання її виникненню.

УДК 616.2-78

Фрончко В.П., Семицький Я.В.,
Шевченко С.Б., Мельник Р.В.
Міська клінічна лікарня, м. Луцьк, Україна

Спірні питання респіраторної терапії у хворих із дихальною недостатністю

Легенево-протективна вентиляція є тим методом респіраторної терапії, який дозволяє мінімізувати негативні ушкоджувальні ефекти самої респіраторної терапії. Незважаючи на численні дослідження (ALVEOLI, LOVS, EXPRESS PROBESE), дискусійним лишається питання підбору адекватних значень ПТКВ, особливо у хворих з рефракторною гіпоксемією, оскільки відомо, що агресивні параметри вентиляції провокують вентилятор-індуковане ушкодження легень. Л. Гаттіноні доведено, що зростання величини потоку, дихального об'єму, *driving pressure* має більший негативний вплив на вентиляцію порівняно зі збільшенням частоти дихань і ПТКВ [2]. Доцільність застосування маневру рекрутменту альвеол і прон-позиції у хворих із тяжкою дихальною недостатністю вивчається в багатьох дослідженнях. Нова концепція збереження пермісивного ателектазу, запропонована П. Пелозі як альтернатива відкритій легені, передбачає застосування низьких значень ПТКВ, дихального об'єму, тиску плато, що, на думку дослідників, мінімізує VILI [1]. Вимірювання транспульмонального тиску, рекомендоване для пацієнтів з рефракторною гіпоксемією, не є рутинним у відділенні інтенсивної терапії. Простим і доступним параметром, що дозволяє контролювати ефективність і безпеку респіраторної терапії, є показник вентиляційного (рушійного) тиску (*driving pressure*), який рекомендують утримувати не вищим від 15 см вод.ст., $\Delta P = P_{\text{плато}} - \text{ПТКВ}$. Питання щодо застосування седатції, міорелаксантів, оцінки й підтримки

самостійного дихання в тяжких пацієнтів вирішується індивідуально. Щодо режимів вентиляції, то ВІРАР є найбільш рекомендованим і ефективним у хворих, які мінімально підтримують самостійне дихання. Диференційований підхід до проведення респіраторної терапії передбачає врахування типу ушкодження легень та рекрутабельності, наявності супутніх факторів (ожиріння, внутрішньочеревна гіпертензія, знижений комплаєнс легень і грудної клітки).

Список літератури

1. *Close down the lungs and keep them resting to minimize ventilator-induced lung injury* / P. Pelosi, P. Rieken Macedo Rocco, M. Gama de Abreu [et al.] // *Critical Care*. — 2018. — Vol. 22. — P. 72.
2. *Ventilator-related causes of lung injury: the mechanical power syndrome* / Gattinoni L., Tonetti T., Cressoni M. [et al.] // *Int. Care Med.* — 2016. — Vol. 42, № 8. — P. 1567-1575.

УДК 616.341:053.3

Холод Д.А., Шкурупій Д.А.
Українська медична стоматологічна академія,
м. Полтава, Україна

Слизова оболонка шлунково-кишкового тракту: діагностика стану й оцінка протекції в новонароджених в інтенсивній терапії

Вступ. Діагностика гастроінтестинальної недостатності у новонароджених потребує удосконалення діагностичних критеріїв. I-FABP — білок, що зв'язує жирні кислоти, — вважається високочутливим і високоспецифічним маркером ушкодження слизової оболонки кишечника. **Мета:** обґрунтування використання визначення I-FABP для оцінки ефективності діагностики й терапії синдрому гастроінтестинальної недостатності в новонароджених. **Матеріали та методи.** У неонатальних відділеннях інтенсивної терапії на вміст I-FABP в плазмі крові обстежено 20 новонароджених із синдромом гастроінтестинальної недостатності. **Результати.** Концентрація I-FABP у плазмі крові обстежених новонароджених на початку спостереження була підвищена в 95 % випадків. Середня величина концентрації I-FABP у плазмі крові в новонароджених із клінічно значимим синдромом гастроінтестинальної недостатності була значно вищою й становила 4849 (3296; 5877) пг/мл проти новонароджених із ризиком реалізації цього синдрому, у яких цей показник становив 514 (222; 506) пг/мл ($U = 0$; $z = -2,2$; $p = 0,027$). Зафіксований статистично значимий прямий кореляційний зв'язок між ступенем синдрому гастроінтестинальної недостатності й концентрацією I-FABP у плазмі крові ($R = 0,94$; $p < 0,001$). За наявності клінічного зменшення проявів синдрому гастроінтестинальної недостатності відбувалась значна інтенсивність зменшення концентрації I-FABP у плазмі крові новонароджених