

признаков нарушения тканевой перфузии составили 25 % [2], что иллюстрирует изменения в клинической практике. Подобные европейские исследования показали, что гипотония, низкий диурез, тахикардия и гиперлактатемия являются наиболее частыми показаниями для внутривенного введения болюса жидкости [3]. Опрос врачей ОИТ в США показал, что низкие АД, диурез и ЦВД являются наиболее распространенными показаниями для жидкостной реанимации [4]. Нами проведен опрос 49 врачей-анестезиологов, практикующих в разных клиниках Украины. На вопрос о показаниях к экстренной внутривенной инфузии у пациентов при критических состояниях наибольшее количество специалистов (73 %) назвали выраженные нарушения гемодинамики (по данным АД, ЦВД, ЧСС). При сохраняющейся гемодинамической нестабильности опрошенные отмечали необходимость контроля темпа диуреза как маркера тканевой перфузии. Менее 25 % специалистов в качестве главного показания к жидкостной реанимации называли низкий сердечный выброс. Следует отметить, что во всех этих случаях констатировали низкую доступность для рутинной оценки СВ в Украине. Другие признаки нарушений тканевой перфузии (лактат, рН крови, ВЕ) также упоминали в качестве желаемых, но недоступных в большинстве клиник Украины. Проведенный опрос иллюстрирует необходимость существенных изменений в повседневной клинической практике в Украине.

Список литературы

1. Finfer S. et al. Resuscitation fluid use in critically ill adults: an international cross-sectional study in 391 intensive care units // *Crit. Care.* — 2010. — 14. — 185.
2. Hammond N.E. et al. Patterns of intravenous fluid resuscitation use in adult intensive care patients between 2007 and 2014: an international cross-sectional study // *PLoS ONE.* — 2017. — 12. — e0176292.
3. Boulain T. et al. Volume expansion in the first 4 days of shock: a prospective multicentre study in 19 French intensive care units // *Intensive Care Med.* — 2014. — 41. — 248-256.
4. Miller T.E., Bunke M., Nisbet P. et al. Fluid resuscitation practice patterns in intensive care units of the USA: a cross-sectional survey of critical care physicians // *Perioper. Med.* — 2016. — 5. — 15.

УДК 616-001 + 616.15

Йовенко І.А., Павловський М.Э.,
Гавриченко Д.Г., Дубина В.Н.
Медицинський дом Odrex, г. Одеса, Україна
Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И. Мечникова, г. Днепр, Украина

Экстракорпоральная гемокоррекция по внепочечным показаниям в ОИТ

Продленная заместительная почечная терапия (CRRT — англ.) является общепризнанным методом интенсивной терапии у критических пациентов

с острой почечной недостаточностью. Однако существует ряд критических состояний, не связанных с повреждением почек, при которых CRRT может иметь принципиально важное значение. Использование CRRT для удаления циркулирующих в плазме иммунных комплексов и цитокинов при сепсисе вселяло надежды на революцию в ИТ сепсиса. К сожалению, недавние данные рандомизированных контролируемых исследований свидетельствуют, что CRRT не может быть рекомендована для иммуномодуляции при сепсисе. Термолитический эффект CRRT может быть использован для уменьшения гипертермии, в том числе злокачественной, и связанных с ней реакций кровообращения. Гемофильтрация является эффективным способом предотвращения почечной недостаточности при травматическом повреждении больших массивов тканей и рабдомиолизе с поступлением в системный кровоток миоглобина и других токсических веществ. Современные показания к CRRT включают удаление жидкости у пациентов с жидкостной перегрузкой и застойной сердечной недостаточностью, когда другие средства удаления жидкости недостаточны или неэффективны. Непрерывное удаление эндогенных токсинов (аммиак) может быть полезно при врожденных нарушениях обмена веществ, тяжелом ацидозе и синдроме лизиса опухоли. К внепочечным показаниям для CRRT относится также удаление водорастворимых токсических веществ при экзогенных отравлениях. Системы так называемого альбуминового диализа (MARS, PROMETHEUS) используют в тяжелых случаях острой печеночной недостаточности на этапе ожидания трансплантации печени.

Список литературы

1. Vaara S.T., Bellomo R. Extra-Renal Indications for Continuous Renal Replacement Therapy // *Contrib. Nephrol.* — 2018. — 194. — 90-98. — doi: 10.1159/000485605.
2. Upendra S., Tiwari S.C. Non Renal Indications of Renal Replacement Therapy // *JIMSA.* — 2012. — 25(2). — 117.

УДК 616.24-073 612.884:612.08

Кіндяк І.Р., Тітов І.І., Волошинський О.В.,
Пулик І.Ю., Голуб В.В.
Івано-Франківський національний медичний
університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Методика оцінки болю за допомогою спірометрії

Вступ. Післяопераційна аналгезія є важливим фактором швидкої реабілітації хворих після торакальних оперативних втручань. Для знеболювання зазвичай використовують системні анальгетики і методи регіонарної аналгезії, а оцінку ефективності знеболювання традиційно проводять суб'єктивними методами, таким як візуальна аналогова шкала (ВАШ). Однак існують

і об'єктивні критерії оцінки болю, що базуються на методиці за допомогою ANI-монітора. Однак цей метод ще недоступний у багатьох лікувальних закладах через відсутність апаратури. **Мета роботи:** вивчити ефективність знеболювання у хворих після торакальних операцій з використанням об'єктивного методу на основі показників зовнішнього дихання. **Матеріали та методи.** У дослідження було включено 18 хворих (4 жінки і 14 чоловіків) віком $56,0 \pm 5,6$ року, яким проводились оперативні втручання на стравоході. Після операції пацієнтів знеболювали тривалою епідуральною аналгезією, у післяопераційному періоді як анестетик застосовували 0,25% розчин бупівакаїну, який вводився епідурально в проміжку 7–8-го грудних хребців. У схему аналгезії хворим, за необхідності, були включені нестероїдні протизапальні засоби і наркотичні анальгетики. Критерієм ефективності знеболювання ми вибрали ВАШ і такі показники спірометрії: об'єм форсованого видиху (ОФВ₁) та життєву ємність легень (ЖЄЛ). Дослідження функції зовнішнього дихання проводили перед оперативним втручанням, на 23-й день після операції і перед випискою зі стаціонару. **Результати.** До операції ОФВ₁ становив 83 %, на 3-й день після операції — 48 %, тобто зменшився майже на 50 %, при виписці зі стаціонару дорівнював 77 %. Аналогічні показники були і щодо ЖЄЛ. При порівнянні з результатами тестування інтенсивності болю за ВАШ спостерігалася прямо пропорційна залежність. Отже, у хворих, з якими обтяжений контакт у післяопераційному періоді, інтенсивність больового синдрому можна визначати за показниками спірометрії. **Висновки.** Як об'єктивний критерій ефективності аналгезії в деяких хворих у післяопераційному періоді можна використовувати дані показників зовнішнього дихання і на основі цього корегувати протибольову терапію.

УДК 616.36-008.6

Ключевський Д. О.

Українська військово-медична академія, м. Київ,
Україна

Особливості інфузійної детоксикаційної терапії у хворих із печінковою недостатністю

Вступ. На сьогодні проблема лікування печінкової недостатності все ще залишається актуальною, тому що поряд із нирковою недостатністю вона належить до найбільш тяжких ускладнень серед терапевтичних та інфекційних захворювань і гострих отруєнь. Захворювання травної системи займають третє місце у структурі захворюваності населення України після захворювань серцево-судинної та дихальної систем, що становить близько 10 % протягом останніх 5 років. Із них близько 1,6 %

припадає на захворювання власне печінки. Захворювання печінки посідають п'яте місце в рейтингу причин смертності після інфаркту міокарда, раку, інсульту та захворювань дихальної системи. Летальність при печінковій недостатності досягає 50–80 %. **Метою** дослідження було підвищення ефективності проведення детоксикаційної терапії у хворих, в яких розвинулась печінкова недостатність. **Матеріали та методи.** Дослідження базується на результатах ретроспективного вивчення історій хвороби 44 хворих із печінковою недостатністю (середній вік — $52,7 \pm 2,1$ року), які перебували на стаціонарному обстеженні й лікуванні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії Головного військового клінічного госпіталю МО України в 2013–2017 рр. **Результати.** Під час дослідження було встановлено: вірогідне ($p < 0,05$) зменшення рівня АЛТ і АСТ крові хворих внаслідок застосування 5% розчину глюкози у комплексній терапії печінкової недостатності; вірогідне ($p < 0,05$) відновлення параметрів гемостазу у хворих із печінковою недостатністю внаслідок застосування свіжозамороженої плазми у комплексній терапії; застосування свіжозамороженої плазми в комплексній інфузійній терапії печінкової недостатності вірогідно ($p < 0,05$) не впливає на зниження рівня АЛТ, АСТ та загального білірубину в крові хворих; застосування свіжозамороженої плазми у комплексній терапії печінкової недостатності вірогідно ($p > 0,05$) не впливає на тривалість перебування хворих у відділення реанімації та інтенсивної терапії. **Висновки.** Застосування комбінованої інфузійної детоксикаційної терапії (кристалоїди + 5% розчин глюкози) вірогідно сприяє зменшенню рівня трансаміназ і загального білірубину в усіх досліджуваних групах незалежно від ступеня тяжкості печінкової недостатності. Недоцільно призначати свіжозаморожену плазму як засіб для детоксикації, відновлення колоїдно-онкотичного тиску крові та корекції гіпоальбумінемії. Єдине показання до її переливання — масивна кровотрата, профілактика та лікування коагулопатичних кровотеч.

УДК 615.835.3:616-036.882-08

Ковтун А. І., Коновчук В. М., Карпо П. М.,
Сажин А. П., Аносов А. Є.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Нові європейські підходи до використання гіпербаричної оксигенації в інтенсивній терапії

Гіпербарична оксигенація (ГБО) — це лікування киснем під підвищеним тиском у барокамері. В основі дії ГБО лежить підвищення парціального тиску кисню (pO_2) в крові та інших рідких середовищах організму. Європейська комісія з підводної