

МАТЕРІАЛИ V НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**«ГАЛИЦЬКІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІ ЧИТАННЯ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ
ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ»**

20-21 лютого 2020 року
м. Тернопіль

Результати. Як видно з табл. 1, у хворих з ГМІ на 1-шу добу госпіталізації, мало місце підвищення концентрації NSE на 35% ($p < 0,05$), на 2-гу добу на 34% ($p < 0,01$) та на 3-тю добу на 25% ($p < 0,01$) у порівнянні з контрольною групою. Рівень ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) у

хворих із ГМІ при госпіталізації, був нижчим ніж у добровольців контрольної групи, проте починаючи з 2-ї доби відбувалася тенденція до його збільшення. На 3-тю добу мало місце підвищення ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) на 11% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю.

Таблиця 1. Динаміка показників NSE та загального оксиду азоту

Показники, одиниці вимірювання	Контрольна група	Строки госпіталізації		
		Доба 1	Доба 2	Доба 3
NSE, мкг \times л ⁻¹ (межі норми > 13)	4,00 [3,40;4,85]	6,14* [4,07;7,25]	6,05** [4,42;9,04]	5,32** [4,45;8,96]
$\text{NO}_2 + \text{NO}_3$, мкмоль \times л ⁻¹ (норма 9,0-95,0)	17,76 [14,80;19,24]	16,30 [14,98;19,58]	18,50 [14,58;27,75]	19,97* [17,13;26,64]

Примітки: * – $p < 0,05$ у порівнянні в вихідними значеннями (1-ша доба госпіталізації); ** – $p < 0,01$ у порівнянні в вихідними значеннями

Висновки:

1. У хворих з ГМІ під час ІТ має місце тенденція до зниження рівня NSE з 1-ї по 3-тю добу, що пояснюється стабілізацією осередку внутрішньомозкової гематоми і подальшим зменшенням церебральної ішемії.

2. Зниження концентрації ($\text{NO}_2 + \text{NO}_3$) відбувається на початку захворювання, внаслідок системного вазоспазму, проте починаючи з 2-ї доби, завдяки ІТ (наказ МОЗ України від 17.04.2014 № 275

“Геморагічний інсульт”), досягається вазодилатація, у тому числі і мозкових судин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Мищенко Т.С. Епидемиологія цереброваскулярних захворювань і організація допомоги больним с мозговим інсультом в Україні // Український вісник психоневрології. – 2017. – Том 25. – № 1 (90). – С. 22-24.
2. Пирадов М.А., Гулевская Т.С., Рябикіна Ю.В. Тяжелый инсульт и синдром полиорганной недостаточности // Журнал неврологии ім. Б.М. Маньковського. – 2013. – № 1. – С. 26-30.

УДК 616-083.98

Йовенко І.А., Балака І.В.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА: СТРАТЕГИЯ FLUID STEWARDSHIP

ООО «Дом Медицины» Odrex, г. Одесса, Украина

ІТ гиповолемии путем в/в инфузии жидкости используют с того времени, как при эпидемии холеры 1832 г. в Лондоне для в/в реанимации применяли раствор NaCl с добавлением бикарбоната Na.

Патофизиологическая концепция инфузионной терапии шока подразумевает 4 фазы: 1) жидкостная реанимация; 2) оптимизация волемического статуса; 3) его стабилизация; 4) эвакуация избытка жидкости.

Необходимо дать ответ на 4 клинических вопроса: 1) когда начинать в/в инфузию жидкости? 2) когда прекратить в/в инфузию? 3) когда начинать деэскалацию инфузионной терапии или активное удаление жидкости? 4) когда прекратить деэскалацию?

В фазе спасения (жидкостной реанимации) инфузионная терапия соответствует стратегии ранней, адекватной, целенаправленной инфузии (early, adequate, goal-directed, fluid management strategy). Индивидуально для каждого пациента ищут ответ на вопрос: когда начинать инфузионную терапию? Для оценки инфузионной терапии используют влияние на сердечный выброс изменений в преднагрузке сердца, вызванных спонтанно или при помощи специальных маневров, а также реакцию микроциркуляции и метаболический ответ.

В фазе оптимизации отвечают на вопрос: когда прекратить инфузионную терапию? В качестве целевых показателей рекомендовано достижение АДср. > 65 мм рт.ст., сердечного индекса – > 2,2 л/мин/м², диуреза – > 0,5 мл/г/ч, нормального уровня свороточного лактата (обычно < 2 ммоль/л) и др. Индексы реакции на инфузию имеют первостепенное значение, т.к. инфузию следует прекращать, когда эти показатели становятся отрицательными.

В фазе стабилизации инфузионная терапия необходима только для коррекции нормальных или патологических потерь жидкости. Необходимы ежедневный контроль и коррекция баланса жидкости во избежание перегрузки. Показан ежедневный мониторинг массы тела, баланса жидкости и функции органов.

В фазе деэскалации инфузию проводят только в случае необходимости; требуется достижение отрицательного жидкостного баланса, при необходимости с применением диуретиков или ультрафильтрации. Используют стратегию позднего целенаправленного удаления жидкости и позднего консервативного управления жидкостью (late goal-directed fluid removal and late conservative fluid management), возможно удаление жидкости с использованием диуретиков и ультрафильтрации. Необходимо ответить на вопросы: когда начинать удаление жидкости и когда прекратить удаление жидкости?

По аналогии с стратегией Antimicrobial Stewardship предложена стратегия Fluid Stewardship.

В клинической практике это означает - рассмотреть четыре «D» инфузионной терапии: Drug (препарат), Dosing (доза), Duration (продолжительность введения), De-escalation (деэскалация).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hawkins WA, Smith SE, Newsome AS, Carr JR, Bland CM, Branran TN Fluid Stewardship During Critical Illness: A Call to Action. // J Pharm Pract. 2019;30:897190019853979. doi: 10.1177/0897190019853979.
2. F. van Haren Personalised fluid resuscitation in the ICU: still a fluid concept? // Crit Care – 2017 -21(Suppl 3): 313. doi: 10.1186/s13054-017-1909-5.
3. Malbrain M, Van Regenmortel N, Saugel B, De Tavernier B, Van Gaal PJ, Joannes-Boyau O, Teboul JL, Rice TW, Mythen M, Monnet X. Principles of fluid management and stewardship in septic shock: it is time to consider the four D's and the four phases of fluid therapy. // Ann Intensive Care. 2018; 8(1):66. doi: 10.1186/s13613-018-0402-x.