DOI: 10.25284/2519-2078.3(104).2023.287876

Українська Асоціація Анестезіології та Інтенсивної Терапії

КАН 2023 КОНГРЕС АНЕСТЕЗІОЛОГІВ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ АНЕСТЕЗІОЛОГІВ УКРАЇНИ КАН 2023

УДК: 616-053.2-085

Бабінцева А.Г.[1,2], Годованець Ю.Д.[1], Марандюк П.С.[2], Петров В.А.[1,2]

НЕОНАТАЛЬНА ЛІКУВАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ ПІСЛЯ ЗУПИНКИ СЕРЦЯ, НЕ ПОВ'ЯЗАНОЇ З АСФІКСІЄЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ТА КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

[1]Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці, Україна)
[2]КНП «Центральна міська клінічна лікарня» ЧМР (м. Чернівці, Україна)

АКТУАЛЬНІСТЬ

Не зважаючи на те, що лікувальна гіпотермія є «золотим стандартом» надання допомоги дітям, які народилися у стані асфіксії, застосування даного лікувального методу у дітей із «неасфіктичною» зупинкою серця досі є дискутабельним.

Згідно з оновленими рекомендаціями Міжнародного погоджувального комітету з реанімації щодо серцево-легеневої реанімації з рекомендаціями стосовно лікування 2019-2021 року, рекомендовано проводити заходи для цільового управління температурою у дітей після зупинки серця та повернення до спонтанного кровообігу. При цьому акцентується увага, що не зважаючи на потенційну користь, нижча цільова температура для терапевтичної гіпотермії (наприклад 34 ºС) вимагає відповідних систем педіатричної нейрокритичної допомоги та підготовленої мультидисциплінарної команди, і її слід використовувати лише в умовах, де це передбачено [1, 2].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Обговорити дискусійні питання проведення лікувальної гіпотермії у педіатричних (неонатальних) пацієнтів після зупинки серцевої діяльності, яка не пов'язана з народженням у стані асфіксії, та представити власний клінічний випадок.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено літературний пошук у міжнародних базах Elsever, Cochraine Library, Medline, Google Scholar за ключовими словами «Педіатрична зупинка серця» (Pediatric cardiac arrest), «Неонатальна зупинка серця» (Neonatal cardiac arrest) та (and) «Гіпотермія» (Hypothermia) за період 2019-2023 рр. Вивчено міжнародні рекомендації та клінічний досвід щодо проведення лікувальної гіпотермії у педіатричних пацієнтів, включаючи новонароджених дітей, із зупинкою серця, яка не пов'язана з народженням у стані асфіксії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Результати проведеного літературного пошуку показали значні відмінності поглядів експертів щодо доцільності, ефективності, вибору цільової температури та тривалості проведення лікувальної гіпотермії у педіатричних пацієнтів, у тому числі неонатального віку, які перенесли зупинку серцевої діяльності та повернулися до спонтанного кровообігу [3-5].

Представлено власний клінічний випадок проведення лікувальної гіпотермії у новонародженої дівчинки (3150 г/54 см), яка народилася у 39 тижнів гестації природнім шляхом (дистрес плода, вакуум-екстракція плода, чисті навколоплідні води). Оцінка за шкалою Апгар наприкінці 1-ої хвилини життя склала 5 балів, 5-ої хвилини – 7 балів. Проведена двохвилинна дихальна підтримка за допомогою Т-системи з FiO_2 0,21. Результати КЛС капілярної крові на перших хвилинах життя: pH 7,38, pCO_2 35,9, HCO_3 21,2, BE -3.

Впродовж наступних годин життя відмічена негативна динаміка загального стану дитини за рахунок наростання дихальної недостатності, що потребувало проведення неінвазивної вентиляційної підтримки (CPAP, nIPPV) з подальшою інвазивною вентиляцією (SIMV/PSV). Через 3 години після народження відмічено різке погіршення стану дитини за рахунок дихальної та серцево-судинної недостатності на фоні правобічного напруженого пневмотораксу. Проведено пункцію та дренування плевральної порожнини справа, стан дитини стабілізовано. Через 8 годин після народження відмічено повторне різке погіршення стану дитини з зупинкою серцевої діяльності та наступною повною реанімаційною допомогою впродовж 10 хвилин, включаючи вентиляційну підтримку з FiO_2 1,0, непрямий масаж серця, 3-кратне введення розчину адреналіну. Проведено також повторну пункцію та дренування плевральної порожнини справа.

Після відновлення серцевої діяльності та стабілізації життєво-важливих функцій дитини прийнято рішення про початок лікувальної гіпотермії за допомогою системи NeoTherm та досягнення цільової температури 33,5 ºС. Прийняття рішення базувалося у тому числі на оцінці неврологічного статусу (15 балів за шкалою Томпсона, 3 бали за модифікованою педіатричною шкалою Глазго), результатах відео-ЕЕГ/аЕЕГ (патерн BS), показниках КЛС (pH 7,07, pCO_2 69,3, HCO_3 15,3, BE -11,5). Впродовж проведення фази охолодження стан дитини залишався вкрай тяжким за рахунок поліорганної недостатності з ураженням дихальної системи (дихальна недостатність III ступеня), серцево-судинної системи (серцево-судинна недостатність II ступеня), нервової системи (набряк мозку, судомний синдром) тощо. Фаза зігрівання розпочата через 48 годин, враховуючи стабільність соматичного стану пацієнта та позитивну динаміку відео-ЕЕГ/аЕЕГ (патерн DNV).

В групі дискретної ГДФ до початку ЗНТ рівень сечовини крові складав 28,2±7,6 ммоль/л, креатиніну – 628,7±86,9 мкмоль/л, калію – 5,4±0,5 ммоль/л. Після сеансу дискретної ГДФ рівень сечовини знижувався на 5,8 %, креатиніну – на 7,4 %, калію – на 9,8 % (p = 0,045).

В групі пролонгованої ГДФ до початку терапії рівень сечовини становив 20,8±4,2 ммоль/л, креатиніну – 455,3±106,0 мкмоль/л, калію – 5,8±0,6 ммоль/л. Після сеансу пролонгованої ГДФ рівень сечовини знижувався на 10,6 %, креатиніну – на 17,2 %, калію – на 17,5 % (p = 0,018).

Дискретна ГДФ не впливала на показники згортання крові. В той же час, в групі пролонгованої ГДФ після сеансу спостерігалося зниження ПТІ на 12,9 %, підвищення МНО на 16,9 %, подовження АЧТЧ на 8,9 %, в результаті чого ПТІ був нижчим за такий у групі дискретної ГДФ на 17,8 % (p<0,001), МНО – вищим на 23,4 % (p < 0,001), АЧТЧ – довшим на 23,1 % (p = 0,009).

ВИСНОВКИ

При бойовій травмі з рабдоміолізом пролонгована ГДФ дозволяє більшою мірою знизити рівні сечовини, креатиніну та калію у крові, ніж дискретна. При цьому проведення пролонгованої ГДФ пригнічує коагуляційні властивості крові, у той час як дискретна ГДФ на коагуляцію не впливає.

УДК 616-085:615.33

Йовенко І.О.[1,2], гавриченко Д.Г.[1,2], балака І.В.[1]

ПРИНЦИПИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРИЗНАЧЕННЯ АНТИБІОТИКІВ У ВІТ (ANTIBIOTIC STEWARDSHIP)

[1]ТОВ «Дім Медицини» Odrex
[2]Одеський Національний медичний університет[2], м. Одеса

Вже багато десятиліть АБ надзвичайно часто призначають по всьому світі. Це несе ризик катастрофічного зростання антибіотикорезистентності, яка є загрозою громадському здоров'ю. Прогнозовані наслідки драматичні: близько 33000 смертей на рік у Європі та до 1,2 мільйона у світі пов'язані з інфекціями, стійкими до АБ [1, 2]. Тому програми управління АБТ (Antibiotic Stewardship Programs) потрібні для контролю споживання АБ, покращення результатів лікування пацієнтів, запобігання побічним явищам АБТ та зниження антибіотикорезистентності. Управління антимікробною терапією має включати раціональне використання АБ та інфекційний контроль [3].

Ми підтримуємо й використовуємо рекомендації щодо основних правил управлінні АБТ, які наведені нижче.

Для призначення АБ необхідне ретельне клінічне обстеження, збір анамнезу та орієнтована на пошук джерела інфекції візуалізація.

Перед призначенням АБ обов'язковий забір матеріалу для мікробіологічного дослідження.

При підозрі на септичний шок протягом 1 години починають комбіновану АБТ широкого спектру дії.

При відсутності шоку, якщо виявлене джерело інфекції, починають монотерапію АБ протягом найближчих годин.

Можливість відмови від АБТ до мікробіологічної ідентифікації розглядають у кожному конкретному випадку.

При відсутності шоку, якщо є підозра на сепсис і не виявлене джерело інфекції, припиняють АБТ та продовжують дифдіагностику.

Емпірична АБТ має бути обрана на основі ідентифікованого джерела інфекції та локального мікробного паспорту.

Обмежують емпіричне використання АБ, коли відсутні фактори ризику зараження мультирезистентними збудниками.

Зменшують емпіричне використання карбапенемів, надаючи перевагу антисиньогнійним цефалоспоринам.

Використання нових антибіотиків обмежують документально підтвердженою інфекцією або підозрюваною інфекцією у колонізованих пацієнтів.

Рішення про емпіричне лікування MRSA приймають в кожному конкретному випадку залежно від місцевої екології (якщо поширеність у відділенні 10-25 %), відомої колонізації, факторів ризику MRSA та підозрюваного джерела інфекції.

Для остаточної АБТ застосовують монотерапію вже на 2-3 день, коли доступні результати посіву та тести на чутливість.

Комбіновану терапію обговорюють у пацієнтів із підтвердженою інфекцією, спричиненою мультирезистентними патогенами.

Систематично переглядають АБТ через 48 год. Припиняють прийом АБ за відсутності інфекції.

Деескалацію АБТ проводять якомога раніше.

Терапевтичний моніторинг концентрації АБ в крові використовують для тривалої терапії та в особливих ситуаціях (підвищений нирковий кліренс, замісна ниркова терапія, ЕСМО).

Для більшості інфекцій застосовують короткий курс АБТ (7 днів), який ще може бути скорочений за допомогою біомаркерів, таких як PCT.

У пацієнтів з підозрою на інфекцію, у яких кількісні посіви, проведені перед початком АБТ, виявилися негативними або мали незначну концентрацію, прийом АБ припиняють.

Якщо інфекцію підтверджено мікробіологічно, тривалість АБТ залежить від локалізації інфекції та збудника.

Перспективи майбутніх досліджень: засоби швидкої діагностики збудників та їх резистентності; довгостроковий екологічний вплив коротких курсів та деескалації АБТ; терапевтичний моніторинг концентрації АБ; неантибіотичні протиінфекційні методи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Vincent J-L, Sakr Y, Singer M, Martin-Loeches I, Machado FR, Marshall JC, et al. Prevalence and outcomes of infection among patients in intensive care units in 2017. JAMA. 2020;323:1478–87.*
2. *Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Robles Aguilar G, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399:629–55.*
3. *Mokrani D, Chommeloux J, Pineton de Chambrun M, Hékimian G, Luyt CE. Antibiotic stewardship in the ICU: time to shift into overdrive. Ann Intensive Care. 2023 May 6;13(1):39.*

УДК 323.212-151.6

Йовенко І.О.[1,2], Балака І.В.[1]

ЕТИЧНІ ТА МЕДИЧНІ ПИТАННЯ ІТ У ПАЦІЄНТІВ В ПЕРІОД ЗАКІНЧЕННЯ ЖИТТЯ (END OF LIFE)

[1]ТОВ «Дім Медицини» Odrex
[2]Одеський Національний медичний університет, м. Одеса

Догляд в кінці життя (EOL) – важлива частина догляду за пацієнтами у ВІТ. Він потребує цілісного підходу – духовної (дух), психологічної (розум) і фізичної (тіло) підтримки як єдиного цілого. Необхідне не тільки лікування симптомів, але і підтримання гідності пацієнта, повага до його точки зору, його автономії у прийнятті рішень про продовження і обсяг лікувальних заходів.

Якщо лікування забезпечує тільки збереження фізіологічних функцій пацієнта але не дає шансів на повернення до бажаного рівня здоров'я і прийнятної якості життя, то таке лікування вважають марним (безкорисним) (medical futility and non-beneficial treatment). Таке лікування більше не покращує стан пацієнта, але потребує агресивних медичних втручань, перешкоджає мирній