

Анестезіологія та інтенсивна терапія: інновації в Україні та світі

Анестезіологія та інтенсивна терапія в Україні як, беззаперечно, одна з найважливіших медичних наук невинно крокує в ногу з часом і світовим прогресом. Вітчизняні фахівці активно обмінюються досвідом із закордонними колегами, долучаючись до міжнародних заходів, а також запрошуючи їх до участі в українських науково-практичних конференціях, одна з яких (далі — Конференція) відбулася 11 травня 2018 р. у стінах Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика і була присвячена 100-річчю заснування академії.

Темою поточного заходу стали «Інновації в анестезіології та інтенсивній терапії», а до участі були запрошені лікарі-анестезіологи, травматологи, хірурги, нейрохірурги, неврологи, терапевти і фахівці загальної практики — сімейної медицини. Слід зазначити, що Конференція організована за сприяння Асоціації анестезіологів України, кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації, а також Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня». Метою проведення заходу став обмін досвідом; обговорення сучасного стану служби анестезіології та інтенсивної терапії в Україні, а також перспективи її розвитку; висвітлення основних проблемних питань лікування хворих у дзеркалі досвіду відділень анестезіології та інтенсивної терапії; визначення шляхів оптимізації підходів до анестезіологічного забезпечення та інтенсивного лікування у разі політравматичних ушкоджень, а також сучасних підходів до організації заходів з надання невідкладної медичної допомоги.



Відкриваючи захід, першим до привітального слова долучився президент Національної академії медичних наук (НАМН) України, повний кавалер ордена «За заслуги», заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри нейрохірургії Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Віталій Цимбалюк**. Маючи честь вітати присутніх колег від імені Президії НАМН України та 36 науково-дослідних інститутів з майже 15 тис. співробітниками по всій Україні, академік наголосив, що більшість із цих закладів — хірургічного профілю, тому без анестезіологічного напрямку ніякого хірургічного лікування не може бути.

Інноваційні технології на сьогодні взагалі вирішують проблему розвитку як науки в цілому, так і медичного напрямку в тому числі, і з цього приводу В. Цимбалюк зазначив, що Україна дуже багата розумними людьми, які пропонують безліч хороших ідей. Роблячи історичний екскурс, професор згадав відомих українців, які були першопрохідцями та винахідниками визнаних усім світом медичних пристроїв і технологій, але через певні причини справу не було доведено до кінця, тому сьогодні ці досягнення, на жаль, носять імена інших осіб. Тому, на переконання оратора, при виникненні нових ідей необхідно вкладати в них максимальні кошти за допомогою різноманітних структур. Інтелектуальний потенціал наших співвітчизників дуже великий, тому слід донести це до можновладців, а також знайти можливості реалізації запропонованих інноваційних технологій, як резюмував академік.

Також до привітань долучився ректор НМАПО імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Юрій Вороненко**. Пригадуючи часи, коли очолюва-



ний оратором заклад називався Київським інститутом удосконалення лікарів, він зазначив, що вже в ті нелегкі часи було утворено багато інституцій, які витримали безліч випробувань, а тому досі успішно існують і носять імена своїх засновників. Ще тоді, як наголосив Ю. Вороненко, було розуміння того, що без анестезіології та інтенсивної терапії не можуть існувати багато інших медичних напрямків, тому із плином часу утворювалися кафедри, збільшувалася чисельність фахівців цієї спеціальності, з покоління в покоління передавався досвід і надбання вітчизняної анестезіології. Цей історичний ланцюг має бути успішно продовжено сучасними лікарями, які причетні до цієї професії, тому і чергова Конференція має стати тією самою нагодою для обміну досвідом, як зазначив Ю. Вороненко.

Венозний тромбоемболізм: сучасний погляд на проблему



Далі для першої доповіді на тему «Профілактика венозного тромбоемболізму. Рекомендації ISA 2017 року» слово було надане президенту Асоціації анестезіологів України, професору кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ імені О.О. Богомольця, доктору медичних наук **Сергію Дуброву**. Відзначаючи суттєве поширення венозного тромбоемболізму та його значний внесок у глобальну летальність у всьому світі, оратор зазначив, що в хірургічній практиці підвищений ризик розвитку цього патологічного стану відзначають у близько 65% пацієнтів, і лише 58,5% з них отримують відповідну до рекомендацій тромбoproфілактику. Дещо інша ситуація серед пацієнтів терапевтичного профілю, адже до групи підвищеного ризику належать 41% з них, а отримують профілактичні заходи — 39,5%.

На сьогодні доволі складно вибрати протоколи ведення пацієнтів щодо профілактики тромбоутворення, при цьому особливою проблемою є пацієнти похилого та старечого віку, як зазначив оратор. Відомо, що вік понад 70 років сам по собі є фактором ризику розвитку венозного тромбоемболізму, тому при підборі дозування на практиці слід вибирати підходи, як і до пацієнтів молодшого віку, тобто не знижувати дозування відповідних лікарських засобів. Згідно із сучасними гайдлайнами, слід запроваджувати стратегію ранньої активізації пацієнтів похилого віку, а також у пацієнтів цього віку з нирковою недостатністю доцільним є застосування нефракціонованого або низькомолекулярних гепаринів у низьких дозах, причому акцентовано увагу на перевагах останніх. З одного боку, кожному пацієнту слід проводити оцінку факторів ризику розвитку венозного тромбоемболізму, а з іншого — враховувати ризик розвитку кровотеч, як наголосив фахівець.

Для оцінки ризику розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів хірургічного профілю існують доволі прості спеціальні валідовані шкали, які враховують вік пацієнта, тривалість хірургічного втручання, наявність супутньої патології, а також застосування деяких препаратів. Щодо пацієнтів із помірним ризиком розвитку тромбоемболічних ускладнень і без високого ступеня ризику розвитку геморагічних подій доцільно застосову-

вати низькомолекулярні гепарини, або низькі дози нефракціонованого гепарину, або механічну профілактику. У таких самих пацієнтів, але з високим ризиком розвитку геморагічних ускладнень, показане використання переміжної пневматичної компресії. За наявності високого ризику розвитку венозного тромбоемболізму при невисокому ризику геморагічних ускладнень фахівець радить застосовувати фармакологічну профілактику з можливістю призначення переміжної пневматичної компресії, а при високому ризику розвитку геморагічних подій рекомендоване використання механічної профілактики.

Адекватна тривалість профілактики тромбоутворення в деяких випадках хірургічної та ортопедичної практики має становити не менш ніж 28–35 днів, проте важливо пам'ятати, що в окремих напрямках, зокрема нейрохірургії чи акушерстві та гінекології тощо, є свої особливості щодо тривалості та рекомендованих режимів тромбпрофілактики. Оратор зауважив, що сам факт госпіталізації пацієнта з гострим нехірургічним захворюванням до відділення інтенсивної терапії асоційований із підвищенням ризику розвитку венозного тромбоемболізму у 8 разів, тому кожне таке відділення має мати загальноклінічний протокол профілактики венозного тромбоемболізму, який включає в тому числі й застосування переміжної пневматичної компресії. Перевага слід надавати низькомолекулярним гепаринам порівняно з нефракціонованим гепарином. Хворим із нирковою недостатністю слід знижувати дози відповідно до кліренсу креатиніну. Тромбпрофілактика і застосування будь-яких фармакологічних препаратів взагалі протипоказана пацієнтам, рівень тромбоцитів у крові яких становить $<50 \cdot 10^9/\text{л}$.

Оратор наголосив, що і для пацієнтів терапевтичного профілю існують спеціальні валідовані шкали оцінки ризику розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень, які включають наявність/відсутність злякисних новоутворень, венозного тромбоемболізму в анамнезі, обмеженої рухливості (ліжковий режим >3 днів із можливістю самостійного здійснення гігієнічних процедур), відомої тромбофілії, вік старше 70 років, травми чи операції протягом останнього місяця, серцевої чи дихальної недостатності, гострого інфаркту міокарда чи ішемічного інсульту, ожиріння, а також застосування гормональної терапії. Аналогічно до інших хворих, пацієнтам терапевтичного профілю обов'язково слід проводити оцінку ризику розвитку геморагічних ускладнень, як наголосив С. Дубров.

Вентиляторасоційована пневмонія: закордонний досвід



Наступним до слова був запрошений керівник відділення токсикології та сепсису Клінічної університетської лікарні Austrumi **Олег Шуба** (Латвія), темою вичерпної доповіді якого стала «Вентиляторасоційована пневмонія у відділеннях інтенсивної терапії». Оратор наголосив, що вентиляторасоційована пневмонія, яка є нозокоміальною, спричинена патогенною мікрофлорою, тому слід визначати вид збудника та своєчасно призначати цілеспрямовану антибактеріальну терапію. Якщо у пацієнта розвивається сепсис або септичний шок, то антибіотикотерапію слід розпочинати впродовж першої години. Фахівець зазначає, що при застосуванні антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, зважаючи на проблему антибіотикорезистентності та ризик суперінфекції, слід призначати тактику деескалації терапії, тобто з моменту визначення виду збудника переходити від препаратів широкого спектра до спрямованих на ліквідацію конкретної інфекції.

При призначенні антибіотикотерапії слід пам'ятати про різні побічні ефекти препаратів, зокрема ототоксичність або нефротоксичність, а також про певні особливості дії кожного антибактеріального засобу стосовно грампозитивної чи грамнегативної флори. Не менш важливим питанням є тривалість застосування антибіотикотерапії. З цього приводу О. Шуба наголосив, що сьогодні немає ніяких даних, які б підтверджували, що триваліший прийом антибактеріальних препаратів асоційований з кращим результатом.

Сепсис і септичний шок у практиці лікаря-анестезіолога



Логічним продовженням піднятого питання стала доповідь на тему «Сучасна концепція лікування сепсису та септичного шоку», яку презентував член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Володимир Черній**. За словами оратора, сепсис — одвічна проблема лікарів напрямку анестезіології та інтенсивної терапії. Стосовно раціонального підходу до інфузійної терапії вважається, що концепція гемодинамічно керованої рестриктивної стратегії у пацієнтів із тяжким сепсисом і септичним шоком сьогодні є оптимальною. Первинна інфузійна терапія має бути обмеженою та керуватися оцінкою реакції організму на введення рідини. Застосування норадреналіну у пацієнтів із персистоючою артеріальною гіпотензією рекомендується на ранніх стадіях септичного шоку. Також рекомендоване раннє ехокардіографічне дослідження функції серця для розроблення подальшої тактики та гемодинамічної підтримки. Інфузійна терапія має продовжуватися доти, поки є необхідність у покращенні гемодинаміки, а як інфузійні розчини на стартовому етапі рекомендовані кристалоїди, причому можна використовувати збалансовані кристалоїди чи фізіологічний розчин. На доповнення можна застосовувати альбумін, а не рекомендовано — гідроксietилкрохмалі.

Акцентуючи увагу на методах боротьби з мультирезистентною мікрофлорою, В. Черній, посилаючись на доповідь попереднього оратора, підкреслив важливість принципів адекватної антибіотикотерапії, усунення перехресної колонізації та вогнищ інфекції. Слід якнайшвидше розпочати застосування внутрішньовенних антибактеріальних препаратів, при цьому стратегія дозування має базуватися на фармакокінетиці та фармакодинаміці конкретних засобів. Призначення емпіричної комбінованої антибіотикотерапії має бути спрямованим на усунення найбільш вірогідного збудника на початковому етапі лікування, при цьому мають застосовуватися якнайменше два препарати різних груп, і слід пам'ятати про важливість принципу ранньої деескалації, адже деескалаційний метод емпіричної антибіотикотерапії асоційований з нижчою летальністю та зниженням ризику розвитку антибіотикорезистентності у пацієнтів із сепсисом та септичним шоком.

Очевидне чи неймовірне?



«Феномен Лазаря: очевидне, але неймовірне» — саме такою стала тема філософсько-медичної доповіді, яку представив завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Олег Лоскутов**. По суті феномен (або синдром) Лазаря полягає в ауторесусcitaції, тобто відкладеному відновленні кровообігу після завершення серцево-легеневої реанімації. Зазвичай ауторесусcitaцію відзначають через 10–12 хв після зупинки реанімаційних заходів. Офіційно зареєстровано поодинокі випадки феномену Лазаря, але, на думку оратора, їх набагато більше, адже найчастіше це офіційно не реєструють у зв'язку з низкою причин.

Інтубація: чи все так просто?



Наступним доповідачем на тему «Догоспітальна анальгезія, забезпечення прохідності дихальних шляхів і лікування шоку» став **Пітер Пааль**, завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії Клініки в Зальцбурзі (Австрія). За словами оратора, перш за все при невідкладному стані слід думати про те, щоб своїми заходами не додати хворому проблем. Одним із принципів питань є необхідність інтубації для всіх пацієнтів, які

втрали свідомість, ще на догоспітальному етапі. Для цього в Європі проведено дослідження, в рамках якого фахівці розглянули можливість не інтубувати пацієнтів у стані глибокого алкогольного сп'яніння та дійшли висновку, що у неінтубованих пацієнтів не виявлено ускладнень при подальшому наданні медичної допомоги. У разі виявлення незначного травматичного ушкодження у пацієнта, коли причиною втрати його свідомості є інтоксикація, то можна розглядати відкладене інтубування, але якщо травма є тяжкою і саме вона стала причиною безсвідомого стану, то необхідність інтубації різко збільшується. П. Пааль наголосив, що на догоспітальному етапі активно впроваджується тактика неінвазивної вентиляції, особливо, коли мова йде про транспортування пацієнтів із тяжкими загостреннями хронічної обструктивної хвороби легень.

Антибіотикорезистентність стосується кожного



Проблематику антибіотикорезистентності та шляхи її вирішення під час своєї доповіді розглянув президент Асоціації акушерських анестезіологів України, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л. Шупика **Руслан Ткаченко**. За словами доповідача, безконтрольне та недоцільне застосування безрецептурних антибактеріальних препаратів призвело до розвитку щорічно зростаючої глобальної антибіотикорезистентності. З метою вирішення цієї проблеми, на думку оратора, слід впроваджувати спеціальні програми, спрямовані на раціональне застосування антибактеріальних лікарських засобів, необхідні розробка гайдлайнів, постійне навчання лікарів, а також інформування населення щодо застосування антибіотиків виключно після призначення їх лікарем.

Оратор наголосив, що особливу увагу слід звертати на повсякденні речі на кшталт мобільних телефонів, адже кількість мікрофлори на їх поверхні дуже велика. Свого часу, за словами Р. Ткаченка, було запропоновано заборонити користуватися гаджетами у відділеннях інтенсивної терапії, трансплантації та неонатології. Але ця стратегія не реалізувалася та й, мабуть, і не могла реалізуватися в наш технологічний час. Особливої уваги заслугоує використання марлевих пов'язок, що доволі часто трапляється в хірургічній практиці, в той час, коли відомо, що вони пропускають до 97% мікроорганізмів, що знаходяться в ротовій і носовій порожнині лікаря. Дещо інша ситуація з одноразовими масками, але і в цьому разі цей показник сягає 44%.

Актуальні рекомендації наголошують, що не можна призначати антибактеріальні препарати при вірусних інфекціях; слід враховувати фармакокінетику та фармакодинаміку антибіотиків і вибирати найкоротший термін їх застосування; комбінування антибактеріальних препаратів має проводитися тільки за необхідності; слід уникати застосування препаратів низької якості тощо.

Інвазивна респіраторна підтримка в педіатричній практиці



Повертаючись до проблеми вентилятор-асоційованої пневмонії, певні питання профілактики цього захворювання у дітей розкрила проректор з наукової роботи Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор **Маріне Георгіянтс**. За словами ораторки, факторами ризику розвитку вентилятор-асоційованої пневмонії у дітей є механічна вентиляція понад 48 год, попередні захворювання органів дихання, деякі генетичні синдроми, імунодефіцитні стани, транспортування за межі педіатричного відділення інтенсивної терапії, тривале ентеральне харчування, попереднє застосування антибіотиків, інфекції системи кровоотоку, гастроезофагеальний рефлюкс тощо.

У рамках профілактики обговорюваної патології слід за можливості уникати надмірної тривалості респіраторної підтримки та замінювати інвазивний підхід на неінвазивний, проводити щоденне відлучення пацієнта від апарата з контролем стану хворого, надавати перевагу ранньому (до 7 діб) початку респіраторної підтримки — накладання трахеостоми (але це дискусійне питання), уникати мікроаспірації та колонізації ендотрахеальної трубки, а також важливо чітко дотримуватися інфекційного контролю. При виборі антибактеріального препарату, окрім вищезазначених критеріїв, за словами доповідача, доцільно враховувати перебіг і тяжкість захворювання, наявність супутньої патології, переносимість певного препарату, локалізацію вогнища, чутливість збудника тощо. Резюмуючи, М. Георгіянтс наголосила, що в цілому профілактика вентилятор-асоційованої пневмонії є важливим напрямком для зменшення витрат на лікування, а також для зниження летальності хворих, що перебувають на інвазивній респіраторній підтримці, а більшість методів профілактики, що пропонуються в світовій літературі, можуть бути застосовані також у вітчизняних умовах відділень інтенсивної терапії.

Важливі аспекти при черепно-мозковій травмі

Протягом своєї наступної доповіді С. Дубров звернув увагу присутніх на практичні аспекти комбінованої терапії при черепно-мозковій травмі. За словами доповідача, актуальність обговорюваної теми підтверджується офіційною статистикою, згідно з якою ця патологія є однією з найпоширеніших причин глобальної смертності серед осіб молодого віку. Патологічний каскад, що запускається в головному мозку пацієнтів із черепно-мозковою травмою, доволі схожий із ситуацією при інсульті. При адекватному менеджменті пацієнтів із черепно-мозковою травмою особливо увагу слід звертати на моніторинг внутрішньочерепного тиску; підтримку адекватної перфузії головного мозку; забезпечення нормовентиляції та адекватної оксигенації; запобігання розвитку гіпоксемії, артеріальної гіпотензії та внутрішньочерепної гіпертензії.

Оратор окремо акцентувала увагу на тому, що у пацієнтів з ізольованою черепно-мозковою травмою цільовим є систолічний артеріальний тиск на рівні 140–160 мм рт. ст., тобто не варто боятися такої помірної артеріальної гіпертензії, оскільки підвищені показники систолічного артеріального тиску покращують церебральний перфузійний тиск. Слід звертати увагу на важливість профілактичної гіпотермії за допомогою фізичних методів охолодження, адже оптимальною температурою тіла в цьому разі, за словами С. Дуброва, є 35 °С. Також не слід нехтувати адекватною профілактикою венозного тромбоемболізму протягом перших 24 год від моменту контролю кровотечі. Важливою є відповідна нутритивна підтримка та контроль глікемії, причому помірні гіперглікемія є цілком припустимою. Важливо розуміти, що роль нейропротекторних препаратів на сьогодні ще не до кінця з'ясована, хоча й наявні певні дані щодо ефективності окремих їх представників у пацієнтів із черепно-мозковою травмою.

Антифібринолітики та система гомеостазу



Далі завідувач кафедри дитячої анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор **Андрій Біляєв** презентував доповідь на тему «Антифібринолітики: узагальнення міжнародного досвіду використання». Оратор нагадав присутнім, що система гомеостазу призначена для зупинки кровотечі при травмі судин і одночасно підтримки крові у рідкому стані всередині судин. Три основні структурно-функціональні ланки, які забезпечують систему згортання крові — це власне гомеостаз, антикоагулянтна система (забезпечує запобігання тромбоутворенню), фібринолітична система (призначена для розчинення тромбів).

Власне гомеостаз умовно можна розподілити на судинно-тромбоцитарний гомеостаз (призначений для зупинки кровотечі при травматичному пошкодженні дрібних судин) і ферментативний гомеостаз (аналогічно при травмі великих судин). Слід розуміти, що

антикоагулянтна система призначена для підтримки крові у рідкому стані, а власне антикоагулянти розподіляються на дві групи: первинні (що початково наявні у крові) та вторинні (утворюються під час згортання крові).

Доповідач наголосив, що за допомогою антифібринолітичних лікарських засобів можна доволі ефективно керувати системою фібринолізу. Дві основні групи цих препаратів — лізинові та нелізинові похідні. Останнім часом, як зазначив оратор, до цих препаратів (як і до системи фібринолізу в цілому) прикута особлива увага з боку анестезіологів і гемостазіологів, оскільки є краще розуміння проблемних аспектів ведення пацієнтів із тяжкими травмами та ролі неконтрольованої посттравматичної кровотечі як причини летальності, якій можна запобігти; патогенезу масивної крововтрати; потреби у зменшенні обсягу гемотрансфузії під час оперативного втручання тощо. Слід розуміти, що доволі важливою є зміна парадигми щодо застосування деяких лікарських засобів (апротинін).

Післяопераційна когнітивна дисфункція



Деякі аспекти запобігання та лікування пацієнтів із післяопераційною когнітивною дисфункцією у своїй доповіді представив завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії Національного інституту раку Міністерства охорони здоров'я України, доктор медичних наук **Іван Лісний**. На жаль, зважаючи на поширення обговорюваної патології, її патогенез досі не до кінця вивчений, немає ефективної науково обґрунтованої стратегічної тактики лікування, підтверджених факторів ризику та профілактики, а також універсальних прийнятих рекомендацій щодо діагностики та лікування — наявні лише окремі пропозиції.

Оратор наголосив, що оскільки найчастіше післяопераційна когнітивна дисфункція виявляється у пацієнтів кардіохірургічного профілю (до 60% за даними різних авторів), фактори ризику розвитку цієї патології можна умовно розділити на дві основні категорії: кардіологічні та некардіологічні. Загальні фактори ризику — шумне оточення у відділенні лікарні, метаболічний синдром, стан системного запалення, тривала госпіталізація, велика інвазивна ускладнена хірургічна операція, а також гіперглікемія. Фахівець відзначає роль віку, супутніх патологій, застосування певних лікарських засобів, низького рівня мелатоніну в плазмі крові, погіршення якості сну (особливо нічного), інтенсивності післяопераційного болю, які в тій чи іншій мірі також можуть впливати на ризик розвитку обговорюваної патології.

І. Лісний зазначив, що згідно з результатами одного з досліджень, щоправда проведеного на тваринних моделях, можна відзначити позитивний вплив передопераційного застосування вітаміну V_{12} у рамках профілактики післяопераційної когнітивної дисфункції. Також оратор відзначив, що, можливо, підвищення рівня мелатоніну в крові пацієнтів сприятиме нижчій частоті розвитку обговорюваної патології. Також, на переконання І. Лісного, слід уникати застосування бензодіазепінів та опіоїдів у рамках премедикації, надавати перевагу міні-інвазивним оперативним втручанням, уникати розвитку гіпоглікемії та гіпотермії, уникати застосування анестетиків із неанестетичною метою (точніше, опіоїдних анальгетиків з неанальгезивною метою), а також вибирати найоптимальніший спосіб анестезії (епідуральна, спінальна, парентеральна тощо). Важливо зберігати нормальну кардіальну перфузію та дотримуватися адекватної післяопераційної анальгезії, запобігати депривації сну в післяопераційний період.

Анемія: проблема більша, ніж здається

Далі Р. Ткаченко під час своєї наступної доповіді розглянув проблемні питання анемії з точки зору лікаря-анестезіолога, перш за все зазначивши, що звична думка стосовно того, що анемія — не такий вже серйозний стан, є хибною. Наводячи офіційну статистику Всесвітньої організації охорони здоров'я, оратор наголосив, що анемію діагностують у майже 25% населення всього світу, причому основною причиною її розвитку є дефіцит заліза в організмі. Також доволі частими причинами розвитку цього патологіч-

ного стану є соціально-економічні умови, неадекватне харчування, а також хірургічні втручання.

Доповідач наголосив, що в актуальному гайдлайні Європейської спільноти анестезіологів стосовно ведення пацієнтів із тяжкими періопераційними кровотечами взагалі окремо розглядається менеджмент анемії та зазначається, що це, відповідно, і окремих аспектів роботи лікарів-анестезіологів. В одному з пунктів цього гайдлайну, присвяченому передопераційній корекції анемії, рекомендовано оцінювати стан пацієнтів, які мають підвищений ризик розвитку кровотеч, стосовно анемії за 4–8 тиж (!) до оперативного втручання. З цього приводу доповідач наголошує на необхідності зміни і вітчизняної структури оглядів, акцентуючи увагу на важливості більш раннього контакту лікарів-анестезіологів та пацієнтів саме задля безпеки останніх. При виявленні анемії анестезіолог має встановити причини її розвитку, адже це може бути як залізодефіцит, так і наслідок запального процесу чи ниркова недостатність. Зазвичай анемія оцінюється на основі рівня гемоглобіну в крові, але не слід забувати і про дефіцит заліза, до того ж це може бути дефіцит як депонованого, так і транспортного заліза. Тому показники феритину та сатурації трансферину є також доволі важливими і мають оцінюватися повною мірою.

Цукровий діабет: найновітніші рекомендації



Наступною стала доповідь від групи авторів у складі члена-кореспондента НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України, завідувача кафедри діабетології НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора **Бориса Маньковського** та кандидата медичних наук, доцента кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМАПО імені П.Л. Шупика **Олександра Галушка**, який і представив виступ на тему «Актуальні питання інтенсивної терапії в діабетології». Підтримуючи раніше озвучену ідею стосовно необхідності більш раннього контакту пацієнта й анестезіолога, оратор наголосив, що особливо це стосується осіб із цукровим діабетом, оскільки одними з основних вимог до цих передопераційних пацієнтів є поточна стадія компенсації захворювання, відвідування ендокринолога та наявний аналіз крові на рівень глікованого гемоглобіну.

Доповідач наголосив, що одними з передових стосовно цукрового діабету є гайдлайни Американської діабетичної асоціації, які щороку оновлюються. О. Галушко акцентував увагу на деяких щорічних змінах у цих рекомендаціях і зазначив, що зрештою поставлено крапку стосовно самої класифікації діабету. За словами оратора, сьогодні вважається, що діабет має чотири клінічні варіанти: цукровий діабет 1-го та 2-го типу, гестаційний цукровий діабет, а також особливі варіанти цукрового діабету.

О. Галушко акцентував увагу присутніх на необхідності дотримання адекватного температурного режиму при введенні інсуліну, тобто охолоджений препарат має недостатню дію, а відкритий флакон з інсуліном може зберігатися в темному місці при кімнатній температурі протягом 3 міс, проте якщо флакон з інсуліном знаходиться в холодильнику, то його слід виймати за 40 хв до ін'єкції. Необхідно звертати особливу увагу на призначення препаратів, що містять лактат, адже під час свого метаболізму він може перетворюватися на глюкозу. Фахівець зазначив, що не слід нехтувати консультаціями суміжних спеціалістів, адже доволі часто у цих пацієнтів відзначають, наприклад, діабетичну нейро- чи нефропатію. Оратор наголосив, що існує значна мілілівність і в клінічній картині діабетичного кетоацидозу, що потребує індивідуалізації лікування на основі ретельної клінічно-лабораторної оцінки.

Непростий виклик для інтенсивної терапії

«Некротизуючий фасцит — виклик для інтенсивної терапії» — саме такою стала тема наступної доповіді О. Шуби. Оратор зауважив, що причиною розвитку цього захворювання є як грампозитивні, так і грамнегативні мікроорганізми, тому підхід до лікування може бути варіабельним. Слід звернути увагу, що в патогенезі некротизуючого фасциту дуже важливе значення мають неспецифічні протизапальні механізми, тобто застосування деяких

протизапальних лікарських засобів може стати причиною розвитку обговорюваного патологічного стану, особливо в умовах інтенсивної терапії. Факторами ризику розвитку некротизуючого фасциту можуть бути травматичні ураження, оперативні втручання, пологи, інтравенозна наркоманія, асимптоматичний фарингіт, імунodefіцитні стани тощо.

Дуже важливо є рання діагностика цього захворювання та своєчасне агресивне хірургічне лікування, як наголосив оратор. При клінічній маніфестації у хворих можуть відзначити еритему, крепітацію, некротичні зміни на шкірі, артеріальну гіпотензію, тахікардію, інтоксикацію, переважно локалізований набряк, лихоманку, місцевий чи диспропорційний виражений біль без видимих причин (травматичних ушкоджень) тощо. Важливо розуміти, що клінічні прояви розвиваються майже по годинно, тобто це дуже швидкопрогресуюче захворювання, але слід пам'ятати, що з часом прояви больового синдрому можуть зменшуватися внаслідок некротичних змін тканин. У ряді випадків можуть виявляти підшкірне газоутворення.

Доповідач наголосив, що лабораторні дані можуть бути неспецифічними та корелювати із клінічною картиною. При цьому можливе виявлення лейкоцитозу, коагулопатії, а також ранне ураження нирок із підвищенням рівня креатиніну чи креатинінфосфаткінази тощо. Керуючись власним досвідом, фахівець зазначив, що доволі характерними ознаками некротизуючого фасциту є підвищення рівня лактату та гіпонатріємія. Оратор нагадав, що вкрай важливою, окрім антибактеріальної та симптоматичної терапії, є стратегія раннього агресивного хірургічного втручання (до 24 год) з фасціотомією, некректомією, а також необхідністю вторинної ревізії. Не менш актуальним є мультидисциплінарний підхід із залученням хірургів (зокрема й пластичних), лікарів інтенсивної терапії, інфекціоністів тощо.

Інгаляційна анестезія в практиці медичних працівників



Наступною стала доповідь на тему «Безпека інгаляційної анестезії. Кислоти Льюїса», яку представив керівник відділення анестезіології та інтенсивної терапії Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України, доктор медичних наук **Андрій Мазур**. За словами доповідача, ширше застосування інгаляційної анестезії в Україні почалося не так давно. І з плином часу лікарі мають змогу спо-

стерігати аналогічну ситуацію, яка складалася за антибактеріальними препаратами, — неперогнозованість деяких генеричних засобів. Тому, на глибоке переконання оратора, слід звертати особливу увагу на якість пропонованих засобів та виробів, за можливості повністю уникаючи їх закупівлі від сумнівних виробників. При цьому слід звертати увагу на Національний перелік основних лікарських засобів, в якому, завдяки активності профільної асоціації, з'явилися рекомендовані до застосування препарати.

Сфокусуємо увагу на інсультах

Завершальну доповідь на тему «Нове в лікуванні інсультів: рекомендації 2018 року» презентував О. Галушко. Актуальність теми підтверджується офіційною статистикою, де зазначено, що щороку в нашій державі реєструють приблизно 100 тис. випадків розвитку інсультів, і з них лише 10% пацієнтів повертаються до повноцінного життя. За словами доповідача, згідно з сучасними рекомендаціями і консенсусними рішеннями американських і європейських профільних організацій, пропонується використовувати одну-єдину уніфіковану шкалу оцінки стану пацієнта з інсультом. Вона велика і доволі складна як для неврологів, так і для анестезіологів, але її переваги полягають у тому, що вона дозволяє математично порівняти усіх хворих за єдиними критеріями.



На жаль, у нашій країні, зі слів оратора, 85% закладів охорони здоров'я не мають можливості проведення нейровізуалізаційних методів дослідження пацієнтів. У рамках діагностики одним із найважливіших є показник рівня глюкози у крові пацієнта, оскільки дуже часто порушення метаболізму глюкози маскуються під деякі неврологічні патологічні стани. Наприклад, гіперглікемія часом виглядає як гострий геморагічний інсульт, як зазначив оратор, а гіпоглікемія, навпаки, — як ішемічний його варіант. Інші дослідження на кшталт визначення міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) чи електрокардіограма також рекомендовані, але у разі, якщо вони не затримують реалізації головної програми — проведення тромболітичної терапії.

Дуже важливо дотримуватися обережної тактики при менеджменті артеріальної гіпертензії (особливо при хронічній) у пацієнтів з інсультом, адже в них може відзначитися стабілізація перфузії головного мозку відповідно до підвищеного артеріального тиску. У цьому разі рекомендовано зниження рівня артеріального тиску не більше ніж на 15%. Високий рівень доказовості має тромболітична терапія при ішемічному інсульті, тому її слід розпочинати якомога раніше. Однак вона не рекомендована пацієнтам у віці старше 80 років; тим, хто отримував низькомолекулярні гепарини протягом останніх 24 год; тим, хто приймає варфарин незалежно від МНВ; пацієнтам з історією цукрового діабету і попереднім ішемічним інсультом.

Оратор окремо акцентував увагу на тому, що, незважаючи на широке застосування та велике значення антикоагулянтів, наприклад у доволі суміжній кардіологічній практиці, в неврологічній царині, зокрема при лікуванні пацієнтів з інсультами, від них поступово відмовляються, навіть у рамках вторинної профілактики, адже вважається що при цьому виникає більше ризиків, ніж переваг. Винятком є лише кардіоемболічний інсульт. Проте навіть в останніх гайдлайнах рекомендовано є анти-тромбоцитарна терапія, і наголошується, що незначна гіперглікемія доволі корисна для пацієнтів з гострим ішемічним інсультом. Наостанок оратор наголосив, що такі хворі стабільно залишаються складними пацієнтами, але спільні зусилля лікарів у рамках мультидисциплінарного підходу, особливо при менеджменті інсультів, мають привести до ефективнішої боротьби з цим захворюванням.

*Олег Мартишин,
фото Сергія Бека*