

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ КОНФЕРЕНЦІЯ



Україна



Росія



Молдова



Азербайджан



Узбекистан



Бельгія



Польща



В'єтнам

Практические аспекты использования инфузионной терапии в междисциплинарном подходе

По итогам международного конгресса, 25-26 октября, г. Львов



Рациональная инфузионная терапия является неотъемлемой составляющей лечения разных категорий больных, что обуславливает интерес к ней врачей практически всех специальностей. Именно поэтому II Международный конгресс по инфузионной терапии, проводившийся 25-26 октября в г. Львове, стал наиболее масштабным событием для украинского медицинского сообщества, собрав 1450 зарегистрированных участников, что стало своеобразным рекордом: ранее ни одно подобное мероприятие не могло привлечь такую многочисленную аудиторию!

В работе конгресса, который проводился под патронатом МЗ Украины, НАМН Украины, ГУ «Институт патологии крови и трансфузионной медицины НАМН Украины» при поддержке крупнейшего отечественного производителя инфузионных препаратов корпорации «ЮрияФарм», приняли участие ведущие ученые, медицинские сотрудники разных специальностей, главные специалисты всех уровней практической медицины Украины, а также ближнего и дальнего зарубежья: Российской Федерации, Молдовы, Румынии, Польши, Бельгии, Узбекистана, Азербайджана, Вьетнама. В течение двух дней были заслушаны 28 докладов, проведено множество оживленных дискуссий, что позволило ознакомиться с главными достижениями и возможностями инфузионной терапии, поделиться опытом ее использования и обозначить дальнейшие перспективы.



Открыл работу международного конгресса главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Гематология и трансфузиология», директор ГУ «Институт патологии крови и трансфузионной медицины НАМН Украины» (г. Львов), заслуженный деятель науки и техники, доктор медицинских наук, профессор **В.Л. Новак**, выступивший с докладом о перспективах развития трансфузионной медицины, возможных путях решения наиболее актуальных проблем службы крови, которая является неотъемлемой и жизненно важной отраслью национальной системы здравоохранения.

Проблемные вопросы проведения инфузионной терапии на догоспитальном и раннем госпитальном этапах затрагивал в докладе член-корреспондент НАМН Украины, директор Украинского научно-практического центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, доктор медицинских наук, профессор **Г.Г. Рошин**. Он считает, что из 13 млн вызовов скорой помощи, осуществляемых ежегодно, в 5 млн случаев необходимо начинать инфузионную терапию уже на догоспитальном этапе. Один из главных вопросов доклада – «Нужен ли отдельный протокол проведения инфузионной терапии на догоспитальном и раннем госпитальном (приемное отделение) этапах и кто будет ее выполнять: врач, фельдшер?»

Докладчик отметил, что в США в ряде случаев разрешено проведение внутривенных инфузий даже медицинским техникам. В качестве обоснования правильности такого подхода оказания экстренной медицинской помощи профессор привел неутешительную для Украины статистику: в Украине из всех умерших от травм 21,6% умирают в больницах, то есть 78,4% пациентов умирают, не дождавшись догоспитальной экстренной медицинской помощи.

Докладчик отметил, что в США в ряде случаев разрешено проведение внутривенных инфузий даже медицинским техникам. В качестве обоснования правильности такого подхода оказания экстренной медицинской помощи профессор привел неутешительную для Украины статистику: в Украине из всех умерших от травм 21,6% умирают в больницах, то есть 78,4% пациентов умирают, не дождавшись догоспитальной экстренной медицинской помощи.



Значительный интерес вызвали выступления заведующего кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук, профессора **Ю.М. Мостового**, который ознакомил с принципами инфузионной терапии пациентов с тяжелой пневмонией; доцента кафедры анестезиологии и интенсивной терапии Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидата медицинских наук **А.А. Галушко**, рассказавшего о новых возможностях инфузионной терапии диабетического кетоацидоза.



Тема нарушения кетонового обмена прозвучала и в докладе профессора кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии Харьковской медицинской академии последиplomного образования, доктора медицинских наук **М.А. Георгиянц**, рассказавшей о современных возможностях коррекции вторичного ацетонемического синдрома у детей. Докладчица отметила, что кетоз является распространенным нарушением в детской популяции, что связано с малыми запасами гликогена в печени, слабой реакцией на глюкагон во время голодания, а также высоким уровнем метаболизма, поэтому около 50% пациентам с этой патологией требуется внутривенное введение жидкости. Для успешного лечения ацетонемического синдрома целесообразно проводить быстрое устранение гиповолемии и дефицита внеклеточной жидкости с помощью препаратов, имеющих ощелачивающее действие. При наличии гемодинамических и микроциркуляторных нарушений хорошо зарекомендовал себя Реосорбилакт в дозе 10 мл на 1 кг массы тела, затем инфузия может быть продолжена раствором Рингера с лактатом. При необходимости также может проводиться коррекция гипогликемии 20-40% раствором глюкозы. Дальнейшее обеспечение физиологической потребности в жидкости и электролитах проводится сочетанием инфузии 10% раствора глюкозы и Ксилата.



М.Е. Ничитайло.

– Основной целью интенсивной терапии при остром панкреатите в первом периоде является поддержка жизнедеятельности организма больного, что минимизирует органную дисфункцию и предупреждает формирование полиорганной недостаточности. С этой целью пациентам проводят ингаляции кислорода, осуществляют гемодинамическую



поддержку с использованием 6% раствора Гекодеза 200-400 мл, Реосорбилакта по 10-15 мл на 1 кг массы тела, а также устранение нарушений реологических свойств крови и цитокиновой агрессии путем введения Латрена по 150-250 мг в сутки. Адекватное обезболивание должно быть неотъемлемой составляющей терапии острого панкреатита, при этом в зависимости от выраженности болевого синдрома могут назначаться анальгетики (Инфулган по 1000 мг внутривенно каждые 6 ч), нестероидные противовоспалительные препараты с анальгезирующим эффектом (Баралгин по 5,0 мг 2 раза в сутки) либо проводится перидуральная блокада. Обязательным компонентом комплексного лечения данной патологии является антибиотикотерапия, при этом предпочтение отдается раннему парентеральному введению лекарственных средств. Фторхинолоны (Максидин) являются препаратами

«Ксилит, входящий в состав комплексного препарата Глюксил, представляет собой пятиатомный спирт, который при парентеральном введении быстро включается как в общий метаболизм, так и в его пентозофосфатный цикл. В настоящее время считается, что ксилит обладает наиболее сильным антикетогенным действием среди всех известных веществ».

А.А. Галушко

выбора в лечении данной патологии, а их фактор эффективности близок к оптимальной величине. В качестве средств второго ряда могут быть использованы карбапенемы; цефалоспорины III поколения эффективны при остром панкреатите билиарного генеза.



Выступление президента Ассоциации анестезиологов Украины, заведующего кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора **Ф.С. Глумчера** было посвящено особенностям проведения инфузионной терапии пациентам в остром периоде шока.

– В последние годы для проведения инфузионной терапии при шоке широко используется отечественный препарат Реосорбилакт. Вместе с тем фармакологические характеристики этого лекарственного средства, а также его влияние на гемодинамические показатели, гемостаз, гидратацию легочной паренхимы, функцию почек изучены недостаточно. С целью восполнить недостающие данные о свойствах Реосорбилакта и оценить эффект его применения на показатели центральной гемодинамики, гемостаз, внутричерепное давление и содержание свободной жидкости в грудной клетке по сравнению с таковым

изотонического раствора натрия хлорида и раствора гидроксиэтилкрахмала мы провели клиническое исследование с участием 60 больных с геморрагическим или травматическим шоком. Обнаружено, что Реосорбилакт быстрее и эффективнее повышал систолическое артериальное давление (САД), сердечный выброс, доставку кислорода, чем изотонический раствор натрия хлорида, при этом препарат в большей степени снижал периферическое сосудистое сопротивление, увеличивал частоту сердечных сокращений, статистически достоверно снижал внутричерепное давление у больных с черепно-мозговой травмой; его эффект на этот показатель был сравним с действием изотонического раствора натрия хлорида (200 мл) и гидроксиэтилкрахмала. Быстрая инфузия Реосорбилакта у пациентов с травматическим/геморрагическим шоком вызвала увеличение частоты сердечных сокращений и кратковременное снижение периферического сосудистого сопротивления, что считается благоприятным фактором. Таким образом, Реосорбилакт в дозе до 10 мл на 1 кг массы тела можно использовать для коррекции гиповолемии при геморрагическом и травматическом шоке как компонент инфузионно-трансфузионной терапии.



Высоко оценила значение Реосорбилакта в проведении целенаправленной предоперационной инфузионной терапии у пациентов с острой абдоминальной хирургической патологией (перитонитом) и доцент кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кандидат медицинских наук **О.В. Кравец**.

— Острый перитонит встречается у 15-20% пациентов с острой хирургической патологией. Клинические симптомы осложнения являются абсолютными показаниями для оперативного вмешательства, при этом больные нуждаются в обязательной предоперационной подготовке на протяжении 2-3 ч, цель которой — сохранить показатели центрального венозного давления на уровне 8-12 мм рт. ст. (109-163 мм в д. ст.), среднего артериального давления — на уровне ≥ 65 мм рт. ст., диуреза $\geq 0,5$ мл/кг/ч, а сатурации крови в центральной вене или смешанной венозной крови $\geq 70\%$. Основным методом такой подготовки считается массивная (до 6-10 л) инфузионная терапия с использованием кристаллоидов, однако введение столь большого количества жидкости неизменно сопровождается рядом осложнений, что требует поиска других подходов к предоперационной подготовке больных. Одним из таких подходов может быть проведение целенаправленной инфузионной терапии с использованием более эффективных многокомпонентных комбинированных инфузионных растворов (Реосорбилакта), что дает возможность быстро восстановить показатели гемодинамики и органного кровотока меньшими объемами инфузии.

С целью оценить влияние дооперационного введения раствора Реосорбилакта на показатели центральной и периферической гемодинамики, состояние водных секторов у пациентов с острым перитонитом в 1-е сутки послеоперационного периода мы провели клиническое исследование с участием 45 больных с установленным диагнозом вторичного распространенного перитонита, токсической стадии. Всем пациентам была проведена предоперационная подготовка в течение 2 ч, при этом они были разделены на 3 группы: коррекция дегидратации солевыми растворами с учетом пробы на гидрофильность тканей по П.Г. Шелестюку в количестве 1/3 от расчетного объема (3-я степень дегидратации — 120-180 мл/кг/сут) (контрольная группа; n=15), инфузионной терапии с использованием солевых растворов в объеме, рассчитанном с учетом пробы на гидрофильность тканей по П.Г. Шелестюку в количестве 1/3 от расчетного объема + раствора Реосорбилакта 200 мл (3 мл/кг со скоростью 10 мл/мин) после регидратации солевыми растворами (2-я группа; n=15), а также инфузионной терапии с использованием солевых растворов в объеме, рассчитанном с учетом пробы на гидрофильность тканей по П.Г. Шелестюку, в количестве 1/3 от расчетного объема + раствора Реосорбилакта 400 мл (5 мл/кг со скоростью 10 мл/мин) после регидратации солевыми растворами (3-я группа; n=15). Выявлено, что быстрее всего нормализация САД, снижение тахикардии, формирование нормодинамического типа кровообращения, уменьшение периферического спазма сосудов и нормализация ударного объема (УО) достигались в группах больных, получавших Реосорбилакт. Под влиянием данного препарата в дозе 200 и 400 мл нормодинамический тип кровообращения формировался наименее энергозатратным гетерометрическим механизмом. Таким образом, включение в состав инфузионной предоперационной терапии раствора Реосорбилакта обеспечивает формирование нормодинамического типа кровообращения энергосберегающим гетерометрическим механизмом (200-400 мл), снижение объема внеклеточной жидкости (200-400 мл), нормализацию объема плазмы через 24 ч после операции (400 мл) препарата, достоверную тенденцию к уменьшению отека клеток через 24 ч после операции (200-400 мл препарата).



Большой интерес вызвал доклад **ведущего научного сотрудника ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора В.Ю. Лишневской** об индивидуальном подходе к выбору терапии, в частности для больных сердечно-сосудистой патологией.

— Концепция персонализированной медицины основана на комплексном анализе информации о состоянии здоровья человека, данных о его геноме (совокупности генов), кодируемых генами белках. Вместе с тем генетическая предрасположенность играет отнюдь не ведущую роль в возникновении и прогрессировании большинства тяжелых патологий,



в частности сердечно-сосудистой системы: 75% смертей ежегодно обусловлены повреждающим влиянием внешней среды и неправильным образом жизни (ВОЗ, 2007). Обоснованность этого утверждения подтверждают результаты значительного количества исследований, показавших наличие достоверной взаимосвязи между влиянием факторов риска развития сосудистой патологии (гиперхолестеринемии и курения) и угнетением функции эндотелия, что является маркером и важным звеном патогенеза большинства сердечно-сосудистых заболеваний.

При лечении кардиальной патологии мы используем большое количество препаратов, положительно влияющих на функциональное состояние эндотелия. Среди них — заместители эндогенного оксида азота (аналоги простаглицлина и нитроглицерина), стимуляторы синтеза эндотелиальных вазодилаторов (стимуляторы eNOS — ингибиторы АПФ, ингибиторы фосфодиэстеразы), ингибиторы или антагонисты эндотелиальных вазоконстрикторов (ингибиторы рецепторов эндотелина, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов ангиотензина II), антиоксиданты, мембранопротекторы (статины, омега-3 ПНЖК, эссенциальные фосфолипиды). Влияние всех этих лекарственных средств направлено либо на активацию NO-синтазы, либо на улучшение взаимодействия вырабатываемого оксида азота со стенкой сосуда. Аналоги простаглицлина и нитроглицерина при длительном приеме дополнительно угнетают выработку собственного оксида азота и могут использоваться в качестве эндотелиопротекторов только в редких случаях и непродолжительный период. Таким образом, ни один из представленных классов препаратов не направлен на восполнение дефицита субстрата для синтеза оксида азота. Известно, что субстратом для синтеза оксида азота является незаменимая аминокислота L-аргинин. Доказано, что важной причиной снижения уровня оксида азота при сосудистой патологии является именно уменьшение количества L-аргинина и повышение активности разрушающего его фермента — аргиназы. Поэтому для полноценного восстановления NO-синтезирующей функции эндотелия целесообразно дополнительное назначение L-аргинина (Тивортин), эффективность которого в достижении этих целей показана во множестве зарубежных публикаций, а также подтверждена результатами наших собственных исследований.



О преимуществах проведения инфузионной терапии с использованием L-аргинина в комплексном лечении пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) II и III стадии в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) рассказал **профессор кафедры госпитальной терапии № 1 и профпатологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук А.В. Курята**.

— Данные множества исследований демонстрируют, что эндотелиальная дисфункция (ЭД) является ключевым компонентом кардиоваскулярных осложнений. Эндотелий участвует в воспалительных реакциях и аутоиммунных процессах, обеспечивает динамическое равновесие между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами, влияет на сосудистую проницаемость. При длительном воздействии различных повреждающих факторов (гипоксии, интоксикации, воспаления, гемодинамических перегрузок)

происходит постепенное истощение компенсаторной дилатирующей способности сосудов, в связи с чем на обычные стимулы эндотелий отвечает вазоконстрикцией и пролиферацией, в то время как в здоровом эндотелии в ответ на стимулы усиливается синтез веществ, вызывающих расслабление гладкомышечных клеток сосудистой стенки. В первую очередь к таким веществам относятся оксид азота (NO) и его дериваты. Нарушения в системе оксида азота играют значительную роль в инициации и разрывании ЭД, поэтому проведение любой терапии пациентов с нарушенной функцией эндотелия должно осуществляться с включением средств коррекции обмена азота. Основным субстратом для синтеза NO в организме является L-аргинин (условно незаменимая аминокислота), которая была впервые обнаружена в 1886 г. Результаты многих исследований последних лет свидетельствуют о возможности эффективного и безопасного применения L-аргинина как активного донатора NO в клинической практике.

Мы провели собственное исследование, целью которого было оценить эффективность применения L-аргинина в улучшении эндотелиальной дисфункции у пациентов с ХБП, осложненной ИБС, и влияние такой терапии на уровне суточной протеинурии. В исследование включили 25 больных в возрасте от 26 до 67 лет, которым был установлен диагноз ХБП II и III стадии (СКФ 89-30 мл/мин) в сочетании с ИБС (стабильная стенокардия напряжения, 1-3 ФК). Пациентов разделили на две группы: стандартного лечения антигипертензивными препаратами и нефропротекторами (n=12) и группу дополнительного приема L-аргинина (Тивортин, n=13); больные получали его в виде 4,2% раствора по 100 мл, который вводили внутривенно капельно 1 раз в сутки. Длительность терапии составляла 14 дней (время пребывания больного в стационаре). В динамике лечения установлено, что дополнительное назначение



L-аргинина достоверно (p=0,05) способствовало улучшению функции эндотелия сосудов на 56,6% и уменьшению уровня суточной протеинурии на 28,9% по сравнению с группой стандартного лечения, что позволяет рекомендовать этот препарат в комплексной терапии больных ХБП II и III ст. в сочетании с ИБС.



Проблеме артериальной гипертензии (АГ) у беременных и современным подходам к ее лечению было посвящено выступление **руководителя отделения внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора В.И. Медведя**. Докладчик отметил, что АГ беременных является распространенным осложнением течения беременности, требующим тщательного наблюдения со стороны врача, поскольку ее развитие достоверно ассоциируется с риском осложнения в родах, гипотрофией и задержкой развития плода, а также риском повышенной смертности, развития цереброваскулярных катастроф, преждевременной отслойки плаценты, преэклампсии и эклампсии у матери. Вместе с тем возможность проведения агрессивной медикаментозной коррекции АГ у беременных существенно ограничена, что связано с риском негативного воздействия на плод. В настоящее время пересмотрены критерии АГ беременных, и диагноз может быть установлен только при повышении САД до значений ≥ 140 мм рт. ст., а диастолического ≥ 90 мм рт. ст.

L-аргинин (Тивортин) может назначаться при АГ беременных в виде 4,2% раствора по 100 мл в/в в течение 10-20 дней либо в виде суспензии по 5 мл (1 г) 4-6 р/сут. Показатели артериального давления (АД) в пределах 140-159/90-109 мм рт. ст. свидетельствуют о легкой степени АГ беременных, не требующей проведения антигипертензивной терапии, ограничения употребления кухонной соли и жидкости, поскольку указанные мероприятия не подтвердили преимуществ перед выжидательной тактикой; и лишь при повышении АД до уровня $\geq 160/110$ мм рт. ст. может потребоваться антигипертензивное лечение.

Продолжение на стр. 24

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ КОНФЕРЕНЦІЯ



Україна



Россия



Молдова



Азербайджан



Узбекистан



Бельгия



Польша



Вьетнам

Практические аспекты использования инфузионной терапии в междисциплинарном подходе

Продолжение. Начало на стр. 22.

Поиск решения проблем лечения гипертензивных нарушений у беременных продолжается. По мнению В.И. Медведя, эти нарушения безусловно относятся к категории НО-дефицитных состояний. В качестве предшественника НО в клинике, в которой работает В.И. Медведь, используется Тивортин.



С не меньшим интересом участники конгресса слушали выступления зарубежных коллег. В докладе **доктора биологических наук, заведующего лабораторией физиологии и патофизиологии гемостаза ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Минздрава России, профессора Е.В. Ройтмана (г. Москва, РФ)** рассмотрены одно из самых грозных

сердечно-сосудистых осложнений – тромбоз глубоких вен, а также роль корректоров микроциркуляторных нарушений в профилактике и терапии этого осложнения.

– Венозная тромбоземболия (ВТЭ) – это третье по частоте сердечно-сосудистое заболевание после ИБС и инсульта. В понятие ВТЭ включены тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА). У больных ТГВ в 50% случаев при обследовании выявляется бессимптомная ТЭЛА, у пациентов с подтвержденной ТЭЛА почти в 70% случаев диагностируется ТГВ. При этом примерно в 90% случаев при ТЭЛА источником эмболов являются вены нижних конечностей. У лиц, перенесших ВТЭ, при сохраняющихся факторах риска высокая вероятность повторения ВТЭ остается в течение многих лет, что обуславливает необходимость проведения не только локального устранения эмболов, но и системной коррекции этого нарушения для предотвращения рецидивов и улучшения исходов больных. С этой целью пациентам должны назначаться препараты, влияющие на функцию эндотелия (Тивортин), а также улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (Латрен).



Профессор Жан-Клод Осселаер (Бельгия) поделился 9-летним опытом проведения патогенинактивации тромбоцитов, что позволило существенно уменьшить расходы на проведение специальных методик тестирования препаратов крови, снизить риск возникновения нежелательных реакций у пациентов и использовать более гибкий подход к отбору доноров.



Профессор Виеслав Енджейчак (Польша) рассказал о приведении Национальных польских рекомендаций в трансфузиологии в соответствие со стандартами Европейского Союза.

Сегодня инфузионные препараты широко используются в клинической практике врачей практически всех специальностей. Вместе с тем инфузионная терапия является достаточно молодым и активно развивающимся направлением медицины, что обуславливает необходимость активного внедрения ее принципов и технологий работы с растворами в программы обучения специалистов всех уровней. II Международный конгресс «Современные достижения инфузионной терапии», проходивший в одном из самых красивых городов Украины, стал крупнейшим образовательным событием и одним из самых ярких форумов в отечественном медицинском сообществе.

Подготовила **Татьяна Спринсян**
Фото автора

По итогам международного конгресса, 25-26 октября, г. Львов

Резолюції II міжнародного конгресу «Сучасні досягнення інфузійної терапії» (25-26 жовтня, м. Львів)

У роботі II міжнародного конгресу «Сучасні досягнення інфузійної терапії» взяли участь понад 900 фахівців із усіх областей України, а також доповідачі та учасники з інших країн – Бельгії, В'єтнаму, Польщі, Росії, Молдови, Узбекистану, Таджикистану. Було проведено 4 пленарні засідання. Заслухано понад 30 доповідей провідних спеціалістів у галузях анестезіології, акушерства та гінекології, гастроентерології, пульмонології, педіатрії, кардіології, комбустології, неврології та нейрохірургії, хірургії, фтизіатрії, сімейної медицини. Розглянуто проблеми виробничої та клінічної трансфузіології, інфузійної антибіотикотерапії, правильного вибору інфузійних препаратів із патофізіологічної точки зору, розглянуто можливі побічні дії інфузійних препаратів, їх вплив на систему гемостазу та мікроциркуляцію. Обговорено проблеми дезінтоксикаційної терапії, патогенетичної та синдромної інфузійної терапії багатьох нозологій різних галузей медицини.

Проведено неоціненний обмін досвідом із провідними іноземними спеціалістами.

Серед досягнень конгресом відзначено:

1. Сучасна інфузійна терапія відіграє вирішальну роль у лікуванні хворих із різною патологією, особливо у разі гострих та невідкладних станів у клініках хірургічного та терапевтичного профілю; раціональна інфузійна терапія є невід'ємною складовою лікування різноманітних категорій хворих.
2. Відзначається значний інтерес до інфузійної терапії як складової комплексного лікування у лікарів сімейної медицини, педіатрів, терапевтів.
3. На сьогоднішній день на ринку існує велика кількість інфузійних розчинів, що здатні задовольнити практично будь-які потреби для лікування тієї чи іншої патології. Важливим моментом є вибір інфузійного препарату, при цьому необхідно враховувати позитивні ефекти та недоліки кожного з препаратів, проводити комбіновану інфузійну терапію із застосуванням різних груп препаратів, що часто дозволяє нівелювати побічні дії ліків, що можуть виникати при монокомпонентному застосуванні у великих об'ємах.
4. У разі вибору інфузійного середовища необхідно орієнтуватися на профіль безпечності та ефективності цього препарату.
5. За останні роки значно розширився асортимент інфузійних засобів для корекції гемодинамічних порушень та мікроциркуляції, дезінтоксикаційної терапії та парентерального харчування.
6. Налагоджено виробництво низки нових вітчизняних комплексних інфузійно-трансфузійних розчинів поліфункціональної дії, інфузійних форм антибіотиків нових поколінь, препаратів амінокислот, гідроксиетильованого крохмалю тощо.

Водночас залишається ряд невідрахованих питань:

- край важливою проблемою є повна відмова від використання цільної крові, а також прямого переливання крові чи переливання неперевіреної крові, що досі зустрічається в клінічній практиці;
- проблема безоплатного добровільного донорства та пов'язана з нею проблема інфекційної безпеки;
- відсутність сучасних методів перевірки і зберігання крові та її компонентів;
- відсутність протоколів та настанов із трансфузіології для клініцистів; часто препарати крові використовують в недостатніх дозах, або зустрічається невиправдане використання препаратів крові без наявних для цього показань;
- продовжується випуск інфузійних розчинів в умовах аптечних закладів без дотримання належних технологічних процедур, що суперечить сучасним вимогам до виробництва, контролю якості та обігу лікарських засобів;
- доволі значною є частка тяжких реакцій після застосування таких інфузійних засобів, як препарати на основі декстранів та полівінілпіролідону, від яких у країнах ЄС і США відмовляються;
- відсутні або застарілі рекомендації щодо проведення інфузійної терапії за більшості патологій;
- недостатнє інформаційне забезпечення питання проведення інфузійної терапії у різних груп хворих; недостатнє інформування лікарів та забезпечення обладнанням лікувальних установ для адекватного моніторингу проведеної інфузійної терапії чи потреби в ній;
- недостатнє і часто неадекватне використання інфузійної терапії на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі.

Конгрес вважає за необхідне рекомендувати

1. Підготувати сучасні рекомендації щодо застосування компонентів крові та препаратів плазми крові, внесення змін і доповнень у затверджені «Протоколи (стандарти) надання лікувально-діагностичної допомоги».
2. Розробити настанови з проведення інфузійної терапії у хворих із критичними станами та в клініці внутрішніх хвороб із внесенням змін до затверджених «Протоколів надання лікувально-діагностичної допомоги».
3. Розробити та затвердити нормативно-правові акти щодо регламентації діяльності установ і закладів служби крові, стандартів якості та їх контролю відповідно до вимог ВООЗ та ЄС.
4. Продовжити розробку, впровадження у виробництво і клінічну практику нових інфузійних препаратів на основі гідроксиетилкрохмалю, модифікованого желатину, збалансованих кристалоїдних розчинів і багатокомпонентних поліфункціональних розчинів, нових інфузійних середовищ.
5. Здійснити повний перехід на використання в клінічній практиці інфузійних розчинів, виготовлених виключно в заводських умовах.
6. Здійснити перехід від використання препаратів декстранів та препаратів полівінілпіролідону, гідроксиетилкрохмалів першого-другого покоління на сучасні розчини гідроксиетильованих крохмалів третього-четвертого покоління, препарати модифікованого желатину, препарати на основі багатоатомних спиртів у якості малооб'ємної інфузійної терапії.
7. Необхідно продовжити дослідження впливу розчинів на основі гідроксиетилкрохмалю, модифікованого желатину та декстранів на систему гемостазу, функцію нирок, печінки та ПЕС.
8. Для проведення парентерального харчування використовувати сучасні препарати сумішей амінокислот, ліпідів, а також комбіновані вуглеводні препарати.
9. У разі застосування інфузійної антибіотикотерапії обов'язково спиратися на дані чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. Обмежити профілактичне застосування антибіотиків широкого спектра у пацієнтів без показань для антибіотикотерапії.
10. Провести інформаційну кампанію серед лікарів первинної ланки надання медичної допомоги щодо раннього та активного використання інфузійної терапії в критичних станах ще на догоспітальному етапі.
11. Створити запаси інфузійних засобів у кожній лікарні первинного рівня надання медичної допомоги; забезпечити необхідним набором препаратів лінійні та спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги.
12. Розіслати резолюцію всім провідним спеціалістам із метою обговорення її на засіданнях профільних товариств та інших зібраннях медичної спільноти.