

артеріального тиску за рахунок урапідилу, підвищити рівень тромбоцитів крові до безпечного рівня (бетаспан), а також знизити летальність.

Список літератури

1. *Интенсивная терапия. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Б.Р. Гельфанд, И.Б. Заболотских. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — С. 743-751.*

УДК 616.441-006.5-089.5-032:616.24-008.4

Буднюк О.О., Бедрега В.А., Крачев В.С.

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

КУ «Одеський обласний онкологічний диспансер»,
м. Одеса, Україна

Причини післяопераційного стридору у тиреоїдній хірургії

Вступ. Необхідно відмітити, що дуже відповідальним моментом при проведенні загальної анестезії є екстубація трахеї. Частота обструкції дихальних шляхів, яка виникає після екстубації трахеї, перевищує практично в 3 рази частоту цих ускладнень під час інтубації та індукції (12,6 і 4,6 % відповідно) [1, 2]. Під час екстубації можуть виникати механічні проблеми, кардіоваскулярні реакції і респіраторні ускладнення, що можуть загрожувати здоров'ю, призводити до інвалідизації і навіть смерті пацієнта [2, 3]. **Мета:** підвищити безпеку хворих в післяопераційному періоді після операцій на щитоподібній залозі шляхом встановлення причин і факторів ризику післяопераційного стридору. **Матеріали та методи.** До роботи був покладений досвід лікування і післяопераційного моніторингу 965 хворих із патологією щитоподібної залози. Робота виконана на базі хірургічних відділень Одеської обласної клінічної лікарні та Одеського обласного онкологічного диспансеру. За основним захворюванням хворі були розподілені таким чином: вузловий еутиреоїдний зоб — 260 (27 %) пацієнтів, полінодозний зоб — 345 (35,8 %), тиреоїдит — 45 (4,6 %), рак щитоподібної залози — 170 (17,6 %), токсичний зоб — 145 (15 %). Об'єм хірургічних втручань: гемітиреоїдектомія — 260 (27 %), субтотальна тиреоїдектомія — 100 (10,3 %), екстрафасціальна тиреоїдектомія — 605 (62,7 %). Операції виконувались під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень та ендотрахеальним наркозом. Оцінка ризику анестезії проводилась за шкалою ASA. Інтраопераційний моніторинг проводився згідно з Гарвардським протоколом. Післяопераційний моніторинг включав пульсоксиметрію, реєстрацію артеріального тиску, електрокардіоскопію, визначення основних показників кислотно-лужного стану та електролітів плазми крові. Післяопераційний стридор та його причини діагностували за допомогою клініко-інструментальних методів. Дозвіл на

проведення дослідження отримано комісією з питань біоетики. **Результати.** Післяопераційний стридор був зареєстрований у 46 пацієнтів (4,8 %). Нами встановлено, що частою причиною післяопераційного стридору були: набряк гортані — у 16 пацієнтів (34,8 %), ларингоспазм — у 10 (21,7 %), парез гортані — у 12 (26,1 %), післяопераційна кровотеча — у 8 (17,4 %). На виникнення набряку гортані вірогідно впливали патологія щитоподібної залози (полінодозний зоб і рак; $\chi^2 = 5,25$, $p = 0,02$ та $\chi^2 = 5,62$, $p = 0,02$ відповідно), об'єм оперативного втручання (субтотальна струмектомія і екстрафасціальна тиреоїдектомія; $\chi^2 = 7,12$, $p = 0,00$ та $\chi^2 = 11,88$; $p = 0,000$ відповідно) і тривалість оперативного втручання ($p = 0,0003$). Аналізуючи фактори ризику виникнення ларингоспазму, ми довели, що на його виникнення вірогідно впливали: жіноча стать, розмір ендотрахеальної трубки і наявність хронічних обструктивних захворювань легень. Патологія щитоподібної залози, об'єм і тривалість операції невірогідно впливали на виникнення ларингоспазму. На частоту ускладнень гортанних нервів вірогідно впливали рак щитоподібної залози ($\chi^2 = 10,7$, $p = 0,00$), об'єм і тривалість операції ($\chi^2 = 10,96$, $p = 0,000$ та $p = 0,02$ відповідно). **Висновки.** Частота післяопераційного стридору в тиреоїдній хірургії становить 4,8 %. Його причинами є: набряк гортані, ларингоспазм, парез гортані та післяопераційна кровотеча. Вік пацієнта, розмір ендотрахеальної трубки, полінодозний зоб, рак щитоподібної залози, об'єм і тривалість оперативного втручання є факторами ризику післяопераційного стридору.

Список літератури

1. *Anaesthesia for thyroid surgery: Perioperative management / A. Bacuzzi, G. Dionigi, A. Del Bosco [et al.] // International Journal of Surgery. — 2004. — Vol. 19, № 19. — P. 23-28.*

2. *How to identify patients with no risk postextubation stridor? / E. Maury, J. Guglielminotti, M. Alzieu [et al.] // J. Crit. Care. — 2004. — Vol. 19, № 19. — P. 23-28.*

3. *Karmarkar S. Tracheal extubation / S. Karmarkar, S. Varshney // Critical Care and Pain. — 2008. — Vol. 8. — P. 214-220.*

УДК 612.1/616.1

Валенко О.О., Матвійчук М.С.

Комунальний заклад «Кам'янська міська лікарня швидкої медичної допомоги № 8», м. Кам'янське, Україна

Базові принципи ультразвукової асистованої вибору стратегії цілеорієнтованої інфузійної терапії

Інфузійна терапія є найвикористовуванішою в медицині критичних станів, вибір стратегії якої є складним та не до кінця вирішеним. Для оптимальної перфузії тканин внутрішньосудинний об'єм рідини має бути в певному діапазоні, відхилення в будь-яку сторону асоціюється з несприятливими

наслідками та підвищує частоту ускладнень. Чотирьохфазна модель рідинної ресусцитації чітко описує концепцію вибору оптимальної цілеорієнтованої стратегії, кожна з фаз має свої цілі (відновлення, оптимізація, підтримання тканинної перфузії чи виведення надлишкової рідини), принципи (життезберігаючий, органорятівний, органопідтримуючий, органовідновлюючий) та тактику (швидкі болюси, обмірковане титрування, мінімальна інфузія в об'ємі фізіологічних втрат тільки за неадекватності пероральної гідратації, уникнення непотрібних інфузій) залежно від волемічного статусу та стану гемодинаміки [1]. Концептуальний підхід управління рідинною терапією базується на оцінці чотирьох основних компонентів гемоциркуляції: судинний вміст, тонус та цілісність, кровотік [2]. За допомогою ультразвуку можливо оцінити кожен з цих компонентів: судинний вміст — IVC + VVI (діаметр і дихальні варіації) [3]; судинний тонус — діаметр тібальної артерії [2]; судинна цілісність — оцінка втрат у третій простір (FAST + Lung rockets) [3]; кровотік — доплер-ЕхоКГ [3]. Протокол рідинної ресусцитації з використанням ультразвуку нижньої порожнистої вени (для оцінки переднавантаження) та легень (для раннього виявлення екстраваскулярної рідини) може бути використаний в комбінації для сортування пацієнтів за трьома категоріями рідинного менеджменту: 1) інфузійна ресусцитація, 2) тестова інфузія, 3) обмеження інфузії та раннє застосування вазопресорів [4].

Список літератури

1. Hoste E.A. et al. Four phases of intravenous fluid therapy: a conceptual model // *British Journal of Anaesthesia*. — 2014. — 113(5). — P. 740-747.
2. Chawla L.S. et al. Vascular content, tone, integrity, and haemodynamics for guiding fluid therapy: a conceptual approach // *British Journal of Anaesthesia*. — 2014. — 113(5). — P. 748-755.
3. Perera P., Mailhot T., Riley D., Mandavia D. The RUSH exam: Rapid Ultrasound in SHock in the evaluation of the critically ill // *Emerg. Med. Clin. North Am.* — February 2010. — 28(1). — P. 29-56.
4. Lee C., Kory P., Arntfield R. Development of a fluid resuscitation protocol using inferior vena cava and lung ultrasound // *Journal of Critical Care*. — June 2016. — Vol. 33. — P. 267.

УДК 016-089.5-06:6/6.89-008.45/47

Волкова Ю.В., Науменко В.О.
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Вплив рівня передопераційної тривожності на ступінь вираженості постнаркозної когнітивної дисфункції

Вступ. Постнаркозна когнітивна дисфункція є однією з найважливіших ускладнень, з огляду на те, як здійснюється вибір медикації в амбулаторній анестезіологічній практиці. **Мета дослідження:** ви-

явлення кореляційної залежності між особистісною тривожністю, емоційним напруженням, невротизмом і мірою вираженості когнітивних дисфункцій при анестезіологічному забезпеченні малих гінекологічних операцій в амбулаторних умовах. **Матеріали та методи.** Досліджено 126 пацієток (середній вік — 32,0 ± 4,1 року). У всіх пацієток на вихідному рівні досліджували стан таких рухливих рис особистості, як тривога, невротизм і депресія. Анестезіологічне забезпечення здійснювалося шляхом тотальної внутрішньовенної анестезії на основі пропофолу в дозі 1,5 мг/кг. Для визначення наявності та оцінки ступеня когнітивних порушень використовувався розрахунок індексу когнітивних порушень (КІ), запропонований К.Г. Михневичем, що є інтеграційним показником когнітивних функцій [1]. Подальша оцінка КІ проводилася на двох етапах: безпосередньо після виходу з наркозу та через 3 години після виходу з наркозу. **Результати.** За рівнем ступеня особистої тривоги пацієнти розподілилися на 3 групи: з високим — 28,24 ± 0,01, середнім — 14,62 ± 1,21 та низьким — 10,42 ± 0,90 рівнем тривожності ($p < 0,01$). КІ у групах суттєво не відрізнявся і становив $-0,98 \pm 0,19$. На подальших етапах дослідження значення КІ (1-й/2-й етапи): у 1-й групі — $3,46 \pm 1,94/-1,10 \pm 0,11$; у 2-й групі — $1,76 \pm 0,62/-0,96 \pm 0,21$; у 3-й групі — $0,72 \pm 0,21/-0,74 \pm 0,12$. Вірогідність відмінностей між групами на даних етапах у межах $p < 0,01$. Таким чином, при визначенні зв'язку показників когнітивного індексу зі ступенем тривожності пацієнтів у балах просліджується кореляційна залежність ($r \geq 0,6$). **Висновки.** Рівень передопераційної тривожності вірогідно впливає на ступінь вираженості постнаркозної когнітивної дисфункції та швидкість відновлення когнітивних показників.

Список літератури

1. Михневич К.Г. Интегральная оценка когнитивных функций в периоперационном периоде / К.Г. Михневич // *Медицина сьогодні і завтра*. — 2015. — № 1(66). — С. 95-99.
2. Moller J.T. Cerebral dysfunction after anaesthesia / J.T. Moller // *Acta Anaesthesiol. Scand.* — 1997. — V. 110, № 1. — P. 13-16.

УДК 616-089.166-089.17-056.52

Воротинцев С.І.
Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Ключові питання періопераційної безпеки пацієнтів з ожирінням

Періопераційна безпека пацієнтів з ожирінням залежить від оцінки ризику кардіальних і респіраторних ускладнень, забезпечення прохідності дихальних шляхів та оксигенації, застосування ультразвуку (УЗ) для інвазивних процедур, використання різних технік мультимодальної анестезії/