



30-31.01.2019



**ЗБІРНИК ТЕЗ**  
**МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ**  
**«МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»**  
*до 215-ої річниці утворення Харківської вищої медичної школи*



УДК 61.061.3 (043.2)  
ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 29-31 січня 2019р.) Харків, 2019. – 732 с.*

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов



*Щербаков О., Баусов Є.*

## ВИКОРИСТАННЯ АНТИРЕФЛЕКСИВНИХ ЕНДОТРАХЕАЛЬНИХ ТРУБОК ДЛЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Харківський національний медичний університет  
Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії  
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Михневич К.Г.

Вступ. Проведення анестезії при лапароскопічних операціях в гінекології потребують інтубації та штучної вентиляції легень. Ендотрахеальна трубка розташовується в добре інервованих та рефлексогенних частинах дихальних шляхів. При пробудженні після анестезії ендотрахеальна трубка здатна викликати рефлексорні реакції, такі як кашель, ларингоспазм. Часто звичайні ендотрахеальні трубки (тип Мерфі) викликають несприятливі суб'єктивні відчуття, призводять до гемодинамічних реакцій, ускладнюють синхронізацію з апаратом штучної вентиляції легень або адекватне самостійне дихання. Однією з ефективних методів вирішення даної проблеми є удосконалення інтубаційних трубок. Одна з таких запропонована В.А. Перваком, яка дозволяє вводити місцеві анестетики та інші препарати безпосередньо в зону контакту пневматичної манжети та слизової оболонки трахеї пацієнта.

Мета. Дослідити ефекти використання антирефлексивних ендотрахеальних трубок при лапароскопічних операціях в гінекології.

Матеріали та методи. Проспективно було досліджено в Харківській лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А.И. Мещанінова 25 пацієнток. Проведена оцінка ефективності антирефлексивних ендотрахеальних трубок у 10 пацієнток (40%) в порівнянні зі звичайними ендотрахеальними трубками в групах інгаляційної анестезії десфлюраном- 8 пацієнток (32%) і тотальній внутрішньовенній анестезії з пропофолом- 7 пацієнток (28%). Проведено оцінку та порівняння вираженості гемодинамічної реакції на ендотрахеальні трубки, частоти рефлексорних реакцій, частоти післяопераційної нудоти та блювання, адекватності вентиляції через ендотрахеальні трубки, оцінка суб'єктивної реакції на трубку. У групі з використанням антирефлексивних ендотрахеальних трубок відзначено зниження частоти підвищення артеріального



тиску та пульсу на 75%. Рефлекторні реакції на антирефлексивні ендотрахеальні трубки після пробудження відзначалися рідше на 68% в порівнянні з контрольної групою. Частота післяопераційної нудоти та блювання достовірно не відрізнялася у відповідних групах. У групі антирефлексивних ендотрахеальних трубок частота неадекватної спонтанної вентиляції була нижче на 37%. Характерним для досліджуваної групи була повна відсутність несприятливих спогадів у пацієток про ендотрахеальні трубки як в групі інгаляційної, так і в групі тотальної внутрішньовенної анестезії.

Висновок. При проведенні лапароскопічних операцій в гінекології антирефлексивні ендотрахеальні трубки показали свою ефективність у вигляді зниження кількості несприятливих реакцій на трубку і кращу переносимість з боку пацієток. З огляду на менш виражені гемодинамічні реакції їх використання є перспективним у хворих з гіпертонічною хворобою та ішемічною хворобою серця.

*Щербакова А., Баусов Є.*

### ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ГІПОКСЕМІЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Михневич К.Г.

Вступ. Інтраопераційні порушення функції легенів, що ведуть до артеріальної гіпоксемії, зустрічаються досить часто. Відношення  $VA / Q$  (відношення вентиляції до перфузії) є основною детермінантою, що визначає газообмін в альвеолах. Головні фактори, що впливають на парціальний тиск кисню ( $pO_2$ ) в альвеолах, -  $FiO_2$ , альвеолярна вентиляція і рівень споживання кисню.

Мета. Дослідити причини розвитку інтраопераційної гіпоксемії на різних етапах анестезії.

Матеріали та методи. 1. Якщо гіпоксемія виникла під час індукції, необхідно перевірити адекватність оксигенації: подачі кисню і вентиляцію, перевірити  $FiO_2$ , послухати дихальні шуми. Переконатися, що грудна клітина роздувається