



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



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



під час ручної вентиляції мішком, підтвердити прохідність ендотрахеальної трубки і дихального контура. Скорегувати параметри при гіповентиляції, визначити, як змінюється SpO₂, перевірити пульс. 2. Під час підтримки анестезії визначити альвеоло-артеріальний градієнт (різниця між парціальним тиском O₂ в альвеолах (100-110мм.рт.ст) та напругою його в артеріальній крові (95-100 мм.рт.ст)). В нормі ця величина складає 5-10 мм.рт.ст.. Якщо він атипово великий, це свідчить про невідповідність VA / Q або про шунтування крові. Якщо збільшення FiO₂ (з 0,45 до 0,6-0,8) призводить до підвищення SpO₂, причиною є порушення VA / Q; в першу чергу, необхідно усунути прості механічні проблеми, такі як неправильне положення ендотрахеальної трубки. 3. Шунтування - поширена інтраопераційна проблема, зазвичай обумовлена ателектазом - найбільш часта причина гіпоксемії. Ризик розвитку ателектазу під час загальної анестезії може виникнути незалежно від виду анестетика (внутрішньовенний або інгаляційний), способу підтримки прохідності дихальних шляхів (з інтубацією трахеї або без неї) або виду вентиляції (механічна або спонтанна). Деякі фактори сприяють зниженню легневих обсягів, включаючи здавлення залежних зон легень, абсорбцію газу в погано вентильованих або оклюзованих альвеолах і порушення утворення сурфактанту. Високе значення FiO₂ обумовлює швидку абсорбцію газу в погано вентильованих зонах легень. Патологія сурфактанту сприяє розвитку ателектазів. При відсутності профілактичних заходів ателектаз може рецидивувати.

Висновок. Таким чином, інтраопераційні порушення функції легень можливо уникати на будь-якому етапі анестезії завдяки перевірці адекватності оксигенації, позитивному тиску в кінці видиху, визначенню альвеоло-артеріального градієнту.