

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