

цукру, залишаються питання щодо наявності або відсутності запального процесу в центральній нервовій системі (ЦНС), особливо якщо ці показники знаходяться в межах норми. Інtrateкальне введення дексаметазону з наступним клінічним спостереженням за хворим протягом щонайменше 24 годин дозволяє обґрунтовано встановити наявність запалення в разі позитивної клінічної динаміки. Тим самим виключити з диференційно-діагностичного ряду нейродегенеративні процеси та загалом патологію, що не супроводжується запаленням. За 15 років метод було застосовано у понад 1500 хворих з різними патологіями ЦНС. У жодному випадку ми не спостерігали будь-яких побічних явищ і небажаних реакцій на препарат (як у момент введення, так і протягом наступних 2–3 днів). Частота розвитку постпункційного синдрому вірогідно не відрізнялась від групи хворих, яким дексаметазон інtrateкально не вводився. У хворих з нейроінфекціями (крім поліморфної мультифокальної лейкоенцефалопатії та пріонних інфекцій), автоімунними процесами (розсіяний енцефаломієліт, розсіяний склероз, енцефаломієлополінейрорадикулопатія) відзначалась позитивна клінічна динаміка протягом 24 годин після інtrateкального введення дексаметазону у вигляді зменшення вираженості загально мозкової та вогнищевої патологічної неврологічної симптоматики. Також позитивна динаміка відзначена у частини хворих з онкопатологією ЦНС у випадках наявності перифокального запалення, що потребувало проведення додаткових методів діагностики. Отже, інtrateкальне введення дексаметазону під час діагностичної пункції при отриманні прозорого ліквору є швидким, безпечним та маловартісним методом, що дозволяє підтвердити або виключити наявність запального процесу ЦНС, має лікувальні властивості.

УДК 618.3-06

Буднюк О.О., Янак В.Д.

Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса, Україна
КУ «Одеська обласна клінічна лікарня», м. Одеса, Україна

Менеджмент пацієнток з HELLP-синдромом

Вступ. HELLP-синдром у 70 % випадків виникає під час вагітності (27–37 тижнів), а в 30 % випадків цей синдром діагностується впродовж 48 годин після пологів [1]. Слід зазначити, що материнська смертність при даній патології становить 24,2 %. **Мега роботи** — підвищити безпеку та ефективність інтенсивної терапії у вагітних з HELLP-синдромом. **Матеріали та методи.** Контрольна група (n = 10) — пацієнтки, яким лікування HELLP-синдрому проводилось за загальноприйнятими рекомендаціями. Основна група (n = 10) — пацієнтки, у яких схема

лікування HELLP-синдрому включала такі етапи: діагностичний етап — лабораторна діагностика (кількість тромбоцитів, АСТ, АЛТ, ЛДГ, загальний білірубін і його фракції, ступінь гемолізу еритроцитів, коагулограма, загальний аналіз і біохімічний аналіз крові, аналіз сечі), тромбоеластографія, ультразвукове дослідження, показники гемодинаміки, оксиметрія; організаційний етап — пацієнтку з ознаками HELLP-синдрому госпіталізувати у відділення анестезіології та інтенсивної терапії; лікувальний етап — антигіпертензивна терапія, магnezіальна терапія, кортикостероїди (бетаметазон — бетаспан) 12 мг через 24 години, загальний об'єм рідини 30–35 мл/кг/добу з урахуванням введеної та випитої рідини та нефізіологічних втрат (крововтрата тощо), але не більше 80 мл/год. Препаратами вибору інфузійної терапії до моменту розродження є збалансовані ізотонічні сольові розчини. У разі необхідності корекції колоїдно-онкотичного тиску показано введення альбуміну. При наявності гемолізу проводити стимуляцію діурезу і корекцію метаболічного ацидозу під контролем кислотно-лужного стану крові і рН сечі. Профілактика і корекція коагулопатії, свіжозаморожена плазма, трансфузія тромбоцитарної маси при вираженій тромбоцитопенії. За відсутності умов для пологів через природні родові шляхи проводиться абдомінальне розродження, при розвиненому HELLP-синдромі кесарів розтин є золотим стандартом. Подовжена штучна вентиляція легень до ліквідації внутрішньосудинного гемолізу і корекції гемостазу. Рекомендовано також використання плазмаферезу; подальша тактика — спостереження акушером, гематологом, нефрологом (за показаннями), повторна лабораторна діагностика кожні 6–24 години до стабілізації основних показників (гемоліз еритроцитів, АСТ, АЛТ, ЛДГ, рівень тромбоцитів тощо). **Результати.** У 60 % (12) пацієнток були ознаки HELLP-синдрому і у 40 % (8) — ELLP-синдрому. Летальність у контрольній групі становила 20 % внаслідок внутрішньочерепного крововиливу. У пацієнток обох груп частота геморагічних ускладнень у вигляді петехіального висипу на шкірі — 60 % (12 пацієнток), а набряку легень — 5 % (1 пацієнтка). У пацієнток з HELLP-синдромом реєстрували тромбоцитопенію II ступеня ($38,1 \pm 4,1$ Г/л, $\min = 33$ Г/л, $\max = 43$ Г/л) ($p < 0,05$). При використанні бетаспану в дозі 12 мг через 24 години у 60 % (6 пацієнток) рівень тромбоцитів стабілізувався на 3-тю — 4-ту добу до безпечного рівня ($80,0 \pm 8,5$ Г/л) порівняно з контрольною групою ($48,0 \pm 10,5$ Г/л) ($p < 0,05$). Застосування урапідилу дозволило в 90 % (9 пацієнток) забезпечити стабільні показники артеріального тиску ($135 \pm 15/85 \pm 10$ мм рт.ст.) порівняно з контрольною групою ($170 \pm 30/105 \pm 15$ мм рт.ст.) ($p < 0,05$). Трансфузія тромбоконцентрату у 4 пацієнток дозволила підвищити рівень тромбоцитів крові до безпечного рівня (96 ± 14 Г/л). **Висновки.** Запропонована схема (діагностичний, організаційний і лікувальний етапи) ведення пацієнток з HELLP-синдромом дозволила вірогідно забезпечити стабільні показники

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