

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОСИЛЕНОЇ МЕТОДИКИ ПРЕОКСИГЕНАЦІЇ ПРИ ІНДУКЦІЇ В АНЕСТЕЗІЮ В ПЛАНОВІЙ ХІРУРГІЇ

Могильник А. І.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність роботи. Одним із методів запобігання розвитку гіпоксемії на етапі індукції в загальну анестезію, ларингоскопії та встановлення ендотрахеальної трубки є застосування преоксигенації. Преоксигенація є важливою частиною загальної анестезії. Вона стала стандартною методикою, яка використовується анестезіологами перед маніпуляціями на верхніх дихальних шляхах, внаслідок яких передбачається ризик гіпоксемії. На сьогоднішній день рекомендується використовувати різні методики преоксигенації. При ожирінні, вагітності і підвищеному внутрішньочеревному тиску функціональна ємність легенів знижена, що значно знижує кисневий резерв організму і збільшує ризик виникнення гострої гіпоксемії.

Мета роботи. Оцінка ефективності методик преоксигенації, ґрунтуючись на показниках кислотно-лужного стану і часі початку десатурації.

Методи дослідження. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського ПОР». Нами обстежено 62 хворих жіночої статі віком від 32 до 64 років, яким планувалось проведення оперативного лікування з приводу гострого холецистити шляхом лапароскопічної холецистектомії. Дослідження рівня напруги кисню і вуглекислого газу в артеріальній крові (PaO_2 , $PaCO_2$) і показники кислотно-лужного стану визначали за допомогою газоаналізатора клінічної лабораторії. Для визначення основних параметрів гемодинаміки і сатурації використовували поліфункціональний монітор Dixon Storm 5500-03. Дослідження газообміну проводилось у три етапи. Перший етап — вихідні дані пульсоксиметрії і PaO_2 на фоні спонтанного дихання повітрям операційної. Другий етап — після застосування різних методик преоксигенації. Третій етап — час апное, до початку зниження SpO_2 нижче 94%. У залежності від методики преоксигенації хворі були розділені на дві групи. У I групу увійшли хворі, яким проводилась стандартна преоксигенація: впродовж 3 хв. зі швидкістю потоку кисню 5 л/хв. Пацієнтам II групи проводили посилену преоксигенацію впродовж 5 хв. зі швидкістю потоку кисню 10 л/хв., причому за останню хвилину хворий робив 14-16 глибоких вдихів. Преоксигенацію проводили через герметичну лицеву маску. Відразу ж після преоксигенації проводили швидку послідовну індукцію в загальну анестезію шляхом внутрішньовенного введення тіопенталу натрію дозою 5-6 мг/кг і дитиліну дозою 2 мг/кг з наступною прямою ларингоскопією та встановленням ендотрахеальної трубки. Ризик анестезії оцінювали за шкалою Американської асоціації анестезіологів. Усі операції виконувались під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень. Моніторинг проводився згідно з Гарвардським протоколом. Для оцінки значущості відмінностей використовували t-критерій Стюдента для двох залежних вибірок. Вірогідність різниць середніх показників оцінювали при 95% довірчому інтервалі.

Результати. На першому етапі дослідження були отримані недостовірні дані при порівнянні рівня PaO_2 і SpO_2 . Це можна пояснити тим, що обидві групи були рандомізовані. Після проведення покращеної преоксигенації (другий етап) у хворих II групи PaO_2 був достовірно вищим у порівнянні з I стандартною групою хворих. При порівнянні рівня SpO_2 на другому етапі його середні значення були однаковими і статистично недостовірним в обох групах. Це можна пояснити тим, що рівень PaO_2 на цьому етапі сягав >100 мм рт. ст. На третьому етапі були отримані дані, які показали перевагу другої методики преоксигенації в порівнянні зі стандартною. У I групі середні значення PaO_2 і SpO_2 знизились до $77,3 \pm 6,5$ мм рт. ст. та $94,6 \pm 3,5\%$ відповідно. У хворих II групи ці параметри становили $237,6$ мм рт. ст. та $98,6 \pm 1,2\%$ відповідно і були достовірно вищими. Це можна пояснити тим, що при застосуванні другої методики преоксигенації кисневий резерв стає значно вищим, ніж при використанні стандартної методики. На першому етапі дослідження середні значення показників кислотно-лужного стану були в межах норми. На другому етапі дослідження у хворих II групи було зафіксовано достовірно зниження PaCO_2 внаслідок гіпервентиляції хворого. Зміни рН на цьому етапі хоча і були достовірними, але коливались у межах норми. На третьому етапі дослідження в обох групах було відмічено підвищення рівня PaCO_2 , що можна пояснити накопиченням CO_2 під час апное. Порівнюючи вплив двох методик преоксигенації на час десатурації були отримані переконливі дані на користь II методики преоксигенації. Середній час десатурації у хворих I і II груп становив $76,3 \pm 21,3$ с і $118 \pm 6,0$ с відповідно. Отримані дані ще раз підтверджують припущення, що преоксигенація може збільшувати кисневий резерв організму.

Висновки. Преоксигенація є необхідною складовою перед індукцією в загальну анестезію та прямою ларингоскопією під час анестезіологічного забезпечення оперативних втручань на жовчному міхурі. Безпечний час для встановлення ендотрахеальної трубки при застосуванні посиленої преоксигенації проти стандартної методики є вірогідно вищим і складає 140 с, що значно підвищує безпеку пацієнтів.

ПРЕМЕДИКАЦІЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Горай М.А., Курдиш Л.Ф.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Біль – це складний психофізіологічний стан пацієнта у відповідь на різноманітні подразники, які мають вплив на тканини організму на місцевому та системному рівні. Враховуючи кровопостачання та іннервацію щелепно-лицьової ділянки больова реакція у пацієнтів більш виражена, особливо при гострих формах пульпіту та періодонтиту.

Майже всі стоматологічні маніпуляції супроводжуються больовими відчуттями, а також емоційним напруженням пацієнтів, яке спостерігається у більшості осіб, особливо при лікуванні гострих процесів. На даний момент, у