

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»

в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей знань і спеціальностей
у 2018 – 2019 н.р.»

06 – 07 лютого 2019 року

Запоріжжя – 2019

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

Заступники голови:

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

Секретар: Брезицька К.

ПРОГНОЗУВАННЯ І КООРДИНАЦІЯ ВАЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ

Похвата М.П.

І медичний факультет, VI курс

Ключем до безпечної інтубації трахеї є визначення пацієнтів з прогнозованими або відомими складними дихальними шляхами і створення чіткої стратегії щодо їх лікування у відділеннях інтенсивної терапії. Особливу групу складають пацієнти, що потребують повторної інтубації.

Мета. Впровадження методу прогнозування складних дихальних шляхів і організація раціонального командного підходу до процесу інтубації трахеї.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі відділення інтенсивної терапії КУ«МКЛЕтаШМД» м.Запоріжжя. Проведено 13 складних інтубацій трахеї, з яких повторних 5, заздалегідь відомі складні дихальні шляхи в 1 випадку. Необхідність у фіброоптичній інтубації була в 3 випадках, конікотомії в 1 випадку. На першому етапі дослідження проводилася стандартна оцінка за шкалою Малампаті, УЗД-дослідження гортані, (SonoSite iLook 25 L25 / 10-5 MHz 25-mm) і прогнозування складності інтубації. За даними УЗД розраховували дистанцію між надгортанником і голосовими зв'язками, індекс візуалізації (відношення переднадгортанної дистанції до дистанції між голосовими зв'язками). У випадках, коли величина індексу візуалізації становила ≥ 2 прогнозувалася складна інтубація трахеї. Ризик виникнення складних дихальних шляхів вищий в групі пацієнтів, що потребували повторної інтубації. Це пов'язано з травматизацією і набряком м'яких тканин ротоглотки внаслідок попереднього втручання.

Перед інтубацією трахеї проводилися:

1. Підготовка команди. Розподіл ролей, обговорення плану А (медикаменти та ларингоскопія), плану В / С (ларінгеальна маска «i-Gel» (ЛМ), лицьова маска, фіброоптична інтубація, надгортанні повітроводи), плану D (черезшкірна пункційна конікотомія). Чисельність команди може варіюватися від мінімум чотирьох до семи чоловік. 1) Керівник групи - координує роботу команди; 2) перший анестезіолог - виконує інтубацію трахеї; 3) другий анестезіолог або хірург - готовий виконати конікотомію 4) асистент, відповідальний за введення медикаментів і моніторинг показників обладнання; 5) асистент інтубуючого анестезіолога - виконує прийом Селліка і подає інструменти; 6) «gunner» - на випадок необхідності додаткового обладнання або персоналу; 7) асистент, що фіксує голову при травмах шиї і голови.

2. Підготовка обладнання. Застосування апаратури (апарат ШВЛ, пульсоксиметр, капнограф, ЕКГ, НІАТ), перевірка обладнання (інтубаційні трубки 2шт перевірені манжети, ларингоскоп з набором клинків 2шт, клинок Маккоя, буж/стиллет, аспіратор, надгортанні повітроводи, гнучкий ендоскоп «Ambu aScope Slim», катетер «Aintree», набір для конікотомії «Quicktrach»), перевірка медикаментів (м'язові релаксанти, інотропи, в/в анестетики, холінолітики)

3. Підготовка пацієнта. Оцінка ризику алергії, гіперкаліємії, гіповолемії, гіпоксії, гіпотермії, виключення наявності пневмотораксу, тампонади серця, тромбозу, інтоксикації. Забезпечення судинного доступу, покращене Джексоновське положення хворого, жорсткий матрац, маніпуляції на дихальних шляхах (розмітка щитоперстневидної мембрани), оптимальна преоксигенація (3-5 хв, капнографія, ContinuousPositiveAirwaysPressure, високопоточна назальна оксигенація), оптимізація стану пацієнта (інфузійні розчини, інотропи, назогастральний зонд, відстроена послідовна індукція).

Під час інтубації трахеї керувалися підходом «Vortex» щодо управління складними дихальними шляхами. «Vortex» допускає максимум три спроби кожного способу оксигенації: інтубацію трахеї, встановлення ЛМ, вентиляцію лицьовою маскою. Безуспішність усіх спроб або клінічне погіршення вимагає переходу на конікотомію. Перед початком маніпуляції застосовується внутрішньовенна індукція з використанням повної нервово-м'язової блокади

деполяризуючими міорелаксантами. В очікуванні складної інтубації ведеться подвійна підготовка. З одного боку, до інтубації трахеї (установки ЛМ, вентиляції лицьовою маскою), з іншого паралельно готується поле для конікотомії. Після чого інтубація проводиться одним анестезіологом, а другий анестезіолог готовий виконати конікотомію, якщо буде потрібно. «Відкриття набору для конікотомії» після однієї невдалої спроби вентиляції лицьовою маскою або ЛМ.

Висновки. Загальноприйняті методики визначення пацієнтів зі складними дихальними шляхами, доповнені УЗД, дозволяють більш ймовірно визначити складну інтубацію. Величина індексу візуалізації ≥ 2 свідчить про неможливість візуалізації голосової щілини. Визначення пацієнтів зі складними дихальними шляхами, координована підготовлена команда, повне технічне оснащення і моніторинг забезпечують максимально швидкий початок вентиляції легень з мінімальним ризиком для здоров'я пацієнта.

ДОСВІД З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ТА ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	64
Копотій О.С, Скоба В.С.	
ПЕРШИЙ ДОСВІД ПЕТЛОВОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ АДЕНОМИ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА	65
Погосян М.А., Діденко Е.В.	
ПРОГНОЗУВАННЯ І КООРДИНАЦІЯ ВАЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ.....	66
Похвата М.П.	
ХРОНІЧНА ВЕНОЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ	67
Рожанський Д.О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ АНЕВРИЗМИ АБДОМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ	67
Соколовський Д.М.	
ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ТА ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ РОБОТІ З ЛАПАРОСКОПІЧНИМ БОКСОМ В МАЛИХ АКАДЕМІЧНИХ ГРУПАХ	68
Ткачов В.С.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛОР-ХВОРОБ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ.....	70
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ СЛЬОЗОВИХ ШЛЯХІВ	70
Кирпиченко Н.С.	
ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ	71
Кришталь В.М.	
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ ЗА ДОПОМОГОЮ «СІЧ - ТУРНІКЕТУ».....	72
Скоба В.С.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СПОСОБІВ ОПТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	73
Тіткова О.Ю., Фам Т.Н.Х.,	
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ У ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ РЕФРАКЦІЇ	74
Фам Тхі Нгок Хуен	
МЕТОДОЛОГІЯ І ТЕХНОЛОГІЯ ФАРМАЦІЇ.....	76
РОЗРОБКА СКЛАДУ, ТЕХНОЛОГІЇ ТА БІОФАРМАЦЕВТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ШАМПУНЮ З МІНОКСИДИЛОМ.....	76
Арабаджі Л.О.	
РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ.....	77
Афендикова Ю. С.	
Розробка складу, технології і біофармацевтичні дослідження ректальних супозиторіїв з празіквантелом	78
Васіна А.В.	
РОЗРОБКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КСИЛОМЕТАЗОЛІНУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ПРОМИСЛОВОГО ВИРОБНИЦТВА	79
Зеленюк А. Ю.	