

Выводы

Результаты исследования показали, что при оценке рисков развития СОАС среди жителей Центрального района г. Гомеля по шкале STOP-BANG всего 11,9 % человек попадает в группу со средним риском развития СОАС, а если смотреть по шкале сонливости Epworth, то в группы со средней и высокой сонливостью попадает 37,6 %, что уже не так мало.

Однако, делая выводы по двум этим опросникам, можно сказать, что большая часть жителей Центрального района г. Гомеля находятся в группе с низким риском развития СОАС.

Так же, чтобы снизить риски развития СОАС нужно контролировать свой ИМТ, минимизировать стрессы, своевременно лечить заболевания дыхательных путей и внутренних органов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бизунов, Р. В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: учебное пособие для врачей / Р. В. Бизунов, И. В. Легейда. – М., 2010. – 78 с.
2. Жарикова, А. О. Роль сомнологического опросника STOP-BANG в диагностике синдрома обструктивного апноэ сна / А. О. Жарикова, О. И. Ананченко // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XIV Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 5–6 мая 2022 г. : в 6 т. / Гомел. гос. мед. ун-т ; редкол. : И. О. Стома [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2022. – Т. 6. – С. 13–15.
3. Шкала сонливости Epworth (ШСЭ) [Электронный ресурс] // Руководство МДС. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/EpworthSleepScale-ru>. – Дата доступа: 02.04.2023.
4. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) [Электронный ресурс] // См-клиника: Заболевания. – Режим доступа: <https://www.smclinic.ru/search/?s>. – Дата доступа: 01.04.2023.

УДК 616.2-07(476.2-25)

П. С. Пинчук¹, Д. С. Мальчук², О. И. Ананченко³

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. Н. Жданович³

*¹Государственное учреждение образования
«Средняя школа № 21 г. Гомеля»,*

*¹Государственное учреждение образования
«Гимназия № 56 имени А. А. Вишневецкого»,*

*²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ПРИМИТИВНАЯ ОЦЕНКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАЙОНА ГОРОДА ГОМЕЛЯ

Введение

Несмотря на разработку и внедрение современных алгоритмов действий в ситуациях так называемых «трудных дыхательных путей» (ТДП), они остаются одной из ведущих причин анестезиологической смертности и развития инвалидизации пациентов. По данным рабочей группы анестезиологов и реаниматологов по ТДП, полученным в результате ежегодных опросов врачей-анестезиологов, частота встречаемости ситуаций ТДП соответствует данным мировой статистики и составляет 2–5 % от всех случаев интубации трахеи.

«Трудные дыхательные пути» (ТДП) – все клинические ситуации, когда вследствие различных сочетаний анатомических и/или функциональных изменений у пациентов и/или нерациональных действий специалиста возникают прогнозируемые и непрогнозируемые трудности с обеспечением эффективной вентиляции через лицевую маску, надгортанное воздуховодное устройство (НВУ), трудности с Интенсивная терапия (ИТ), выпол-

нением крикотиомии или имеют место различные сочетания указанных ситуаций, создающие потенциальную или непосредственную угрозу развития критических нарушений газообмена.

Дыхательные пути всех пациентов оценивались в соответствии со шкалой LEMON. Метод LEMON, который состоит из следующих оценок: Посмотрите-Оцените-Маллампати-Обструкция-Подвижность шеи – это быстрый и простой метод оценки состояния дыхательных путей пациентов в экстренной ситуации. И модифицированный метод LEMON, который исключает классификацию Маллампати из первоначального показателя LEMON, также может использоваться клинически.

Цель

Оценить развитие трудных дыхательных путей у жителей Центрального района города Гомеля.

Материал и методы исследования

Дыхательные пути жителей Центрального района города Гомеля оценивались в соответствии с модифицированным методом LEMON. В оценке приняло участие 30 человек, из них 12 (11,7 %) человек мужчин и 18 (17,6 %) женщин. В молодом возрасте (10–21 лет) – 24 человека и в среднем возрасте (35–55) – 6 человек.

Шкала оценивает совокупность признаков трудной ларингоскопии и интубации и выставляющая определенный балл каждому признаку. По сумме баллов выставляется индекс трудной интубации, в соответствии с которым врач строит свою тактику, начиная от стандартной интубации и заканчивая интубацией в сознании при помощи фибробронхоскопа.

L – Look externally («осмотрите внешне») – Проведение внешнего осмотра.

E – Evaluate the 3-3-2-1 rule («оцените правило 3-3-2-1») – Оценка правила 3-3-2-1.

M – Mallampati («Маллампати») – Определение теста Маллампати.

O – Obstruction («обструкция») – Выявление признаков обструкции.

N – Neck mobility («подвижность шеи») – Оценка подвижность в шейном отделе позвоночника.

Правила 3-3-2-1 означает, что в норме открывания рта должна быть не менее ширины трех пальцев, расстояние от подъязычной кости до подбородка также не менее ширины трех пальцев, расстояние между верхней щитовидной вырезкой и дном ротовой полости не менее ширины двух пальцев, а выдвигание нижней челюсти (нижних резцов относительно верхних) не менее одного пальца.

Совокупность баллов оценивается следующим образом: при 0 – трудности не ожидаются, 1–2 – возможна трудная интубация, 3–4 – высокая вероятность трудной интубации, 5 и более – облигатная трудная интубация.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы результаты исследования были сделаны из шкалы LEMON. При данном исследовании не был проведён внешний осмотр. По оценке правила 3-3-2-1, у 11 (6 мужчин и 5 женщин) человек были нормальные значения дыхательных путей, а у 19 (6 мужчин и 13 женщин) человек был повышенный риск трудных дыхательных путей. Если брать тест Маллампати, то 22 (10 мужчин и 12 женщин) человека относились к классу 1. У них были видны дужки, миндалины, язычок, задняя стенка глотки, твердое и мягкое нёбо. У 5 (1 мужчина и 4 женщины) человек была ограничена видимость язычка, дужек, миндалин и задней стенки глотки. Они относятся к классу 2. К классу 3 относятся 3 (1 мужчина и 2 женщины) человека. У этих людей визуализируется только мягкое и твёрдое нёбо. Выявление признаков обструкции не были обнаружены у 23 (9 мужчин и 14 женщин) человек, а у 7 (3 мужчин и 4 женщины) человек были обнаружены. У этих людей могут наблюдаться патологии гортани или окологортанных тканей (перитонзиллярный абсцесс,

стеноз гортани, эпиглоттит, заглоточный абсцесс), наличие храпа во сне, то есть у них повышен риск трудных дыхательных путей. Подвижность в шейном отделе позвоночника (разгибание шеи не менее 35°) наблюдалось у 30 человек, из них 12 мужчин и 18 женщин.

Таблица 1 – Среднее значение и медиана по результатам шкалы LEMON

	кол-во пальцев	муж	жен	общ
рот	2	3	1	4
	3	8	12	20
	4	1	5	6
подъязычная	2	1	1	2
	3	8	6	14
	4	3	10	13
	5	0	1	1
вырезка	1	2	1	3
	2	9	14	23
	3	1	3	4
резцы	<1	12	18	30
СРЗНАЧ	2,9	7,5	9,5	17
медиана	3	3	5	6

По данным, представленным в таблице 1, установлено среднее значение и медиана оценки правила 3-3-2-1. По табличным данным, повышенный риск трудных дыхательных путей имеют женщины (9,5 %). У женщин открывание рта будет менее ширины трех пальцев, расстояние между подъязычной костью и подбородком – менее ширины трех пальцев, расстояние между дном ротовой полости и щитовидным хрящом (верхний край) – менее ширины двух пальцев, выдвижение нижних резцов относительно верхних – менее ширины одного пальца.

Выводы

Таким образом, при оценке трудных дыхательных путей среди жителей Центрального района города Гомеля с применением шкалы LEMON были выявлены статистически значимые различия между мужчин и женщин. В данной работе для результата использовался метод LEMON, но для оценки состояния трудных дыхательных путей пациента могут также использоваться различные инструментальные методы, такие как рентгенография (бамбукообразный позвоночник при анкилозирующем спондилите, позиция трахеи, наличие сдавливания трахеи), КТ, МРТ, непрямая ларингоскопия и плановая фибробронхоскопия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бунятян, А. А. Анестезиология: национальное руководство / под ред. А. А. Бунятяна, В. М. Мизикова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1104 с.
2. Буров, Н. Е. Тактика и техника врача-анестезиолога при трудной интубации / Н. Е. Буров, О. И. Волков // Клиническая анестезиология и реаниматология. – 2004. – Т. 1, № 2. – С. 68–74.
3. Долбнёва, Е. Л. Трудные дыхательные пути – частота встречаемости в РФ и пути решения / Е. Л. Долбнёва, В. И. Стамов, В. М. Мизиков, А. А. Бунятян / Тезисы XIV Съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. – 2014. – С. 116–117.
4. Молчанов, И. В. Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога: пособие для врачей / И. В. Молчанов, И. Б. Заболотских, М. А. Магомедов. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2006. – 128 с.
5. Алгоритмы действий при критических ситуациях в анестезиологии. Рекомендации всемирной федерации обществ анестезиологов / Под редакцией Брюса Маккормика (Bruce McCormick). Архангельск: СГМА. – 122 с.