

Положительный эффект, согласно субъективной оценки результатов, на основании шкалы KOOS (Knee Injury & Osteoarthritis Outcome) свидетельствует об эффективности аутоплазмы обогащенной тромбоцитами в лечении пациентов с остеоартритом коленного сустава и высоким процентом выживаемости в течении 1 года после однократного курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Application of platelet-rich plasma to enhance tissue repair / A.P. Wroblewski, [et al.] // Oper Tech Orthop. – 2010. – № 2(20). – P. 98-105.
2. Evaluation of viscoelastic properties of materials by nanoindentation /S.O. Abetkovsaia, [et al.] // J. of Friction and Wear. – 2010. - №3(30). - P.180-183.
3. Non-surgical management of early knee osteoarthritis / E. Kon, [et al.] // Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. – 2012. - №3. – P.436–49.
4. Platelet-rich plasma injection reduces pain in patients with recalcitrant epicondylitis / KS Hechtman, [et al.] // Orthopedics. – 2011. №2. –P.92.
5. The role of growth factors in cartilage repair / LA Fortier, [et al.] // Clin Orthop Relat Res. – 2011. - №10. – P.2706–15.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ДЕЙСТВИЙ ВО ВРЕМЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ РЕГУРГИТАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО В РОТОГЛОТКУ.

Карманович Р. В.¹, Якубцевич Р. Э.²

УЗ "Пинская центральная больница"¹, Гродненский государственный медицинский университет²

Актуальность. Аспирация желудочного содержимого во время интубации трахеи остаётся одним из грозных осложнений анестезии, которое при развитии клинической симптоматики приводит к летальному исходу в 22 % случаев [1]. Частота встречаемости аспирации в анестезиологии составляет:

- 1 на 2 000-3 000 при анестезии у взрослых
- 1 на 600-800 – при экстренной анестезии
- 1 на 430-900 – при кесаревом сечении
- 1 на 6 000 – при инструментальном родоразрешении
- < 1 на 30 000 при регионарной анестезии [2]

Первостепенным действием по прекращению поступления желудочного содержимого в ротоглотку во время интубации трахеи при регургитации на сегодня является приём Селлика [3] (далее ПС). Суть ПС заключается в прямом сжатии пищевода перстневидным хрящом, которое возможно при нахождении перстневидного хряща, пищевода и тела позвонка вдоль одной осевой плоскости. Однако, из-за вариабельности анатомии человека эти условия не всегда могут быть соблюдены. Так в ретроспективном обзоре 51 РКТ в 49% случаев имелось

боковое смещение пищевода [4]. Кроме того, исследование на 22 здоровых пациентах с помощью МРТ показало смещение пищевода от средней линии тел позвонков у 52,6 % респондентов, а при применении давления на перстневидный хрящ у 90,5 % [5].

При этом применение ПС с рекомендованной силой в 20-30 ньютонов может исказить анатомию дыхательных путей и стать причиной окклюзионной деформации перстневидного хряща с последующим затруднением вентиляции лёгких пациента [6]. Давление и фиксация перстневидного хряща с указанной силой не позволяет во время ларингоскопии позиционировать, свободной рукой интубирующего, голосовые связки пациента для улучшения визуализации, что затрудняет интубацию трахеи.

Учитывая низкую эффективность широко применяемого на сегодня в мире ПС, а также грозные осложнения вплоть до разрыва пищевода [7], назрела необходимость разработки и внедрения более надёжного комплекса приёмов при интубации трахеи в случае регургитации содержимого желудка в ротоглотку.

Цель. Рассмотреть вопрос о совершенствовании алгоритма действий во время интубации трахеи при регургитации желудочного содержимого в ротоглотку.

Методы исследования. Нами был разработан и применён на практике на базе Пинской центральной больницы алгоритм «слепой интубации» при регургитации желудочного содержимого во время интубации трахеи.

Суть которого заключается в следующем:

При обнаружении признаков регургитации на одном из этапов интубации трахеи, она выполнялась без ларингоскопии с последующим раздуванием манжетки интубационной трубки. Далее события развиваются по одному из вариантов:

1. Первый, наиболее благоприятный – интубация непосредственно трахеи, санация аспирата из трубки, перевод на ИВЛ, санация ротоглотки.

2. Второй вариант – интубация пищевода. При этом содержимое желудка прекращает поступать в ротоглотку и эвакуируется по интубационной трубке в сторону от пациента, не мешая анестезиологу выполнять санацию ротоглотки для последующей ларингоскопии с интубацией трахеи.

Предложенный алгоритм применялся на 4 пациентах хирургического профиля с абдоминальным компартмент синдромом (1 пациент с механической и 3 пациента с динамической кишечной проходимостью), 1 пациент с хронической сердечной недостаточностью в состоянии клинической смерти. Во всех 5 случаях применения алгоритма «слепой интубации» ситуация развивалась по второму варианту.

Результаты и их обсуждение. Через 6 часов после интубации у всех пациентов не было зарегистрировано клинических (появление патологических дыхательных шумов), лабораторных (снижение респираторного индекса PaO_2/FiO_2) и инструментальных (рентгенологических изменений и снижение

сатурации крови) признаков острого легочного повреждения. У 4 пациентов по данным бронхоскопии (не позднее 30 мин после интубации) в трахее и правом главном бронхе было следовое количество желудочного содержимого. Не у одного из исследуемых не было признаков желудочного содержимого в долевых бронхах.

Выводы.

1. Применение алгоритма «слепой интубации» позволило предотвратить аспирацию клинически значимого объёма желудочного содержимого в дыхательные пути.

2. Данный метод не требует дополнительного оборудования места анестезиолога-реаниматолога и особых навыков (как, например, при ПС давление на перстневидный хрящ со строго определённой силой 20 – 30 Н) и может быть применён повсеместно в анестезиологии и реаниматологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mendelson C. L. The aspiration of stomach contents into lungs during obstetric anesthesia. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1946; 52: 191–205.

2. Kalinovsky and Kirsh. Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2004; 18: 719–737

3. Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство / Б.Р. Гельфанд, П.А. Кириенко, Т.Ф. Гриненко, В.А. Гурьянов и др.; Под общ. ред. Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006: с. 462

4. Smith KJ, Ladak S, Choi PTL, Dobranowski J. The cricoid cartilage and the esophagus are not aligned in close to half of adult patients. Can J Anaesth 2002; 49: 503-7

5. Smith KJ, Dobranowski J, Yip G, Dauphin A, Choi PTL. Cricoid pressure displaces the esophagus: an observational study using magnetic resonance imaging. Anesthesiology 2003; 99: 60-4

6. Palmer JHMacG, Ball DR. The effect of cricoid pressure on the cricoid cartilage and vocal cords: an endoscopic study in anaesthetised patients. Anaesthesia 2000; 55: 260-87

7. Ralph S. J., Wacham C. A. Rupture of the oesophagus during cricoid pressure // Anaesthesia, 1991, Vol. 46, p. 40–41

ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ КЛЕТОК ПУРКИНЬЕ МОЗЖЕЧКА КРЫСЫ

Карнюшко О.А., Кот В.Р.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Мозжечок обеспечивает сенсомоторный контроль, а также участвует в регуляции артериального давления, дыхания, пищевого поведения, движения глаз, сна и бодрствования, эмоций, внимания, иммунных, когнитивных