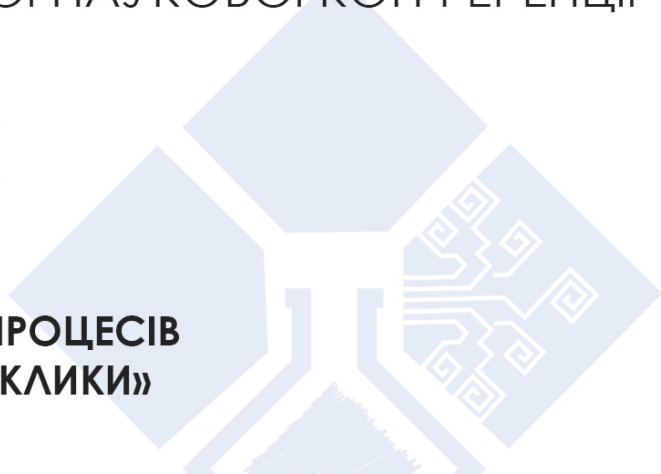


МАТЕРІАЛИ II МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

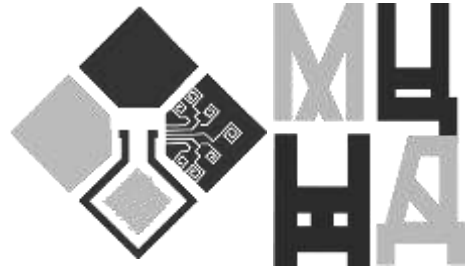
19 СІЧНЯ 2024 РІК

М. КРИВИЙ РІГ, УКРАЇНА

**«ПЕРІОД ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ
В СВІТОВІЙ НАУЦІ: ЗАДАЧІ ТА ВИКЛИКИ»**



МАТЕРІАЛИ ІІ
МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ



ПЕРІОД ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В СВІТОВІЙ НАУЦІ: ЗАДАЧІ ТА ВИКЛИКИ

| 19 січня 2024 рік
м. Кривий Ріг, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2024

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Голова оргкомітету: Рабей Н.Р.

Верстка: Білоус Т.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (Посвідчення № 294 від 16.06.2023).

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

П 26

Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики: матеріали II Міжнародної наукової конференції, м. Кривий Ріг, 10 січня, 2024 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2024. — 552 с.

ISBN 978-617-8126-97-1

DOI 10.36074/mcnd-19.01.2024

Викладено матеріали учасників II Міжнародної спеціалізованої наукової конференції «Період трансформаційних процесів в світовій науці: задачі та виклики», яка відбулася 10 січня 2024 року у місті Кривий Ріг.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2024

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2024

ISBN 978-617-8126-97-1

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024

СУЧАСНІ ФІЛОСОФСЬКІ КОНЦЕПЦІЇ ТЕХНІКИ
Штанько В.І., Слюсар А.П.383

ФІЛОСОФІЯ ТЕХНІКИ КАРЛА ЯСПЕРСА
Колтаков О.А.387

ФІЛОСОФСЬКА РЕФЛЕКСІЯ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ ЛЮДИНИ ТА ШТУЧНОГО
ІНТЕЛЕКТУ
Гапонов Є.Ю., Леонова Ю.А.389

СЕКЦІЯ XXIV. ПЕДАГОГІКА ТА ОСВІТА

CRUCIAL TEACHER'S VALUES FOR THE DEVELOPMENT OF A SUPPORTIVE LEARNING
ENVIRONMENT
Potapenko N.392

EXPLORING THE EFFECTIVENESS OF THE STORYLINE APPROACH IN ESL
CLASSROOM
Pysarchyk O., Korbut O.394

LANGUAGE LEARNING FOR SPECIFIC PURPOSES (LSP) IN TECHNICAL EDUCATION:
ADDRESSING UNIQUE LANGUAGE NEEDS
Kochergina S., Khoroshailo O.397

USE OF PEDAGOGICAL APPROACHES AND CHANGE THEORIES FOR TEACHING
VULNERABLE STUDENTS DURING THE WAR
Batoryn N.399

ЕТАПИ ФОРМУВАННЯ ПРОЄКТНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ПЕДАГОГІВ
Козленко В.Г.402

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ПРИ КОРИСТУВАННІ ШТУЧНИМ
ІНТЕЛЕКТОМ
Масюк Г.І.404

ІНТЕЛЕКТ-КАРТА ЯК ЗАСІБ СИСТЕМАТИЗАЦІЇ ЛЕКСИКО-ГРАМАТИЧНОГО
МАТЕРІАЛУ ТА ФОРМУВАННЯ АНГЛОМОВНОЇ КОМУНІКАТИВНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТІВ-ФІЛОЛОГІВ ЗВО
Задільська Г.М.407

КОМУНІКАТИВНИЙ ПІДХІД ЩОДО ВИВЧЕННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ У ВИЩИХ
ВІЙСЬКОВИХ ЗАКЛАДАХ
Лапіна М.О.410

МЕТОДОЛОГІЯ НАВЧАННЯ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА ЛІКАРІВ
ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
Курсов С.В., Матвеєнко М.С., Скоропліт С.М.412

МЕТОДОЛОГІЯ НАВЧАННЯ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТА ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Курсов Сергій Володимирович

д-р мед. наук,

професор кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф
Харківський національний медичний університет, Україна

Матвєєнко Марія Сергіївна

канд. мед. наук, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної
медицини, медичного факультету

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Скоропліт Сергій Миколайович

асистент кафедри медицини невідкладних станів та медицини катастроф
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Інтубація трахеї є надзвичайно відповідальною маніпуляцією, і добре та впевнене опанування цією маніпуляцією часто є підґрунтям подальшого успішного навчання та самовдосконалення фахівців з медицини невідкладних станів (МНС) та лікарів-анестезіологів. Успішне опанування маніпуляцією інтубації трахеї дається лікарям по різному важко. Адже окрім труднощів, які часто обумовлені індивідуальними анатомічними особливостями кожного пацієнта, на виконання інтубації трахеї впливає значне психоемоційне напруження маніпулятора, у свідомості якого щільно закладена думка про те, що невдала інтубація трахеї може надзвичайно швидко, протягом дуже короткого часу привести до самих тяжких ускладнень та до смерті хворого. Як казав один з наших вчителів, людина, яка стояла у джерел становлення вітчизняної анестезіології, фахівець, який протягом більше 30 років навчав лікарів-анестезіологів, спеціалістів з МНС та протягом всього цього часу виконував обов'язки позаштатного міського спеціаліста: «Вся анестезіологія утримується на основі забезпечення для хворого ефективної функції зовнішнього дихання або на її успішному протезуванні». Вміння лікарів виконувати ендотрахеальну інтубацію за допомогою ларингоскопа є однією з найважливіших навичок. Не зважаючи на зростаючу доступність використання ларингеальних масок та інших девайсів, інтубація трахеї, як і раніше, залишається найпростішим, дешевим і найпоширенішим способом забезпечення прохідності дихальних шляхів у всіх лікарнях. Комбіт'юби дорогі та доступні не у всіх медичних закладах. Їх не можна використовувати для немовлят та дітей. Головна перевага інтубації – надзвичайно висока надійність забезпечення прохідності дихальних шляхів з можливістю санації трахео-бронхіального дерева. Отже подальші перспективи розробки методики навчання молодих фахівців маніпуляції інтубації трахеї не мають ніяких обмежень, і повинні постійно піддаватися вдосконаленню. Метою роботи було вивчення ефективності опанування маніпуляцією інтубації трахеї за сучасними методиками навчання Пейтона, Халстеда та визначення перспектив подальших розробок на кафедрах медичних університетів.

Матеріали і методи. Для навчання використані фантоми Ambu різних розмірів (імітація голови і шиї дорослого пацієнта та дитини), набір для інтубації, включаючи ларингоскопи з клинками Макінтоша і Міллера різних розмірів, інтубаційні трубки з

роздувальними манжетами і без манжет, лицеві маски з дихальним мішком Амбу, провідники для інтубаційних трубок різної жорсткості, мішок для імітування вентиляції легень, марлеві кляпи для фіксації інтубаційних трубок, подушки для забезпечення покращеного положення Джексона, шприц для роздування манжет інтубаційних трубок, корнцанг Гросс-Майера з марлевым тампоном для імітації висушування порожнини рота та для нанесення й видалення клейких маркерів, секундомір, комп'ютерна презентація зі слайдами, на яких чітко продемонстровано анатомію порожнини рота та входу до гортані, схеми огляду гортані, рисунки з демонстрацією ступенів складності інтубації за оригінальною та модифікованою шкалами Маллампаті, шкалою Кормака-Лехана, результатами тестів на прикус верхньої губи, зміщення щелепи, замірів дистанцій між підборіддям та щитоподібним хрящем, між підборіддям та рукояткою грудини та між верхніми і нижніми різцями при максимальному відкриванні рота, настінна маркерна дошка з маркерами різних кольорів.

Результати та обговорення. На відміну від принципу Халстеда «один дивись, один зроби, навчи одного», коли перевага віддається принципу навчання «один викладач – один, той хто навчається», за концепцією Пейтона перевага віддається навчання у малих групах слухачів. При цьому визначена 4-етапна послідовність навчальних заходів: 1) викладач демонструє навичку в звичайному темпі виконання без коментарів (демонстрація); 2) викладач повторює навичку, і при цьому докладно коментує всі доцільні дії (деконструкція); 3) викладач демонструє навичку без коментувань, а слухач при цьому дуже докладно коментує та пояснює всі дії викладача (розуміння); 4) слухач виконує все самостійно і при цьому докладно коментує свої дії (виконання). В залежності від якості коментувань першого слухача, у малих групах третій етап повторюється до повного засвоєння матеріалу іншими лікарями-інтернами (слухачами), а четвертий виконується всіма, хто навчається в групі [1, 2].

Одним із важливих етапів є визначення показань для проведення інтубації. При цьому лікар, який має її виконати, одразу ж повинен визначитися із тим наскільки швидко застосування цієї маніпуляції може знадобитися для хворого. Отже, оцінюється загальний стан хворого. При цьому першочергово увага приділяється стану свідомості пацієнта. Хворий, який перебуває в стані сопору та коми з надзвичайно високою вірогідністю потребуватиме інтубації. Окрім цього, інтубація може знадобитися й для хворих, які внаслідок погіршення свідомості до глибокого оглушення, скоріше за все, будуть не здатні постійно якісно контролювати прохідність своїх дихальних шляхів, а також для пацієнтів з судомним синдромом центрального походження. Існують й інші причини. Наявність та прогресування ознак синдрому гострої дихальної недостатності будь-якого походження – надзвичайно серйозний привід для розглядання необхідності провести інтубацію трахеї. Інтубація, яка не потрібна в даний момент, може виявитися надзвичайно необхідною вже протягом наступної години. Тяжкі розлади кровообігу – шок, серйозні порушення серцевого ритму і провідності також мають розглядатися, як наступні показання для скорої інтубації трахеї та переводу хворого на штучну вентиляцію легень. Підготовка пацієнта до ургентного хірургічного втручання, з обсягом якого мають визначитися вже в процесі самого втручання – ще одне з показань для необхідності розглянути доцільність інтубації трахеї та розпочати підготовку до неї. У багатьох випадках рішення про необхідність виконати інтубацію трахеї доводиться приймати миттєво. Лікарям, які навчаються інтубації трахеї, потрібно докладно донести всю цю інформацію [3, 4].

Після цього при огляді хворого оцінюється складність інтубації. У численній кількості випадків інтубація трахеї не викликає труднощів у тих, хто її виконує. Невдалі спроби, в більшості випадків обумовлені недостатньою підготовкою, малим

досвідом лікаря, слабкою адаптацією до психоемоційного навантаження. Помилки бувають надзвичайно очевидними. Досвідчений лікар, який знаходиться поруч, легко та швидко виправляє ситуацію. Проте існують інші причини невдалої інтубації, і вони обумовлені «складністю дихальних шляхів пацієнта», «нетиповою анатомією», наявністю патології, яка робить інтубацію складною. Частота невдалої інтубації становить 1-3 випадки на 1000 спроб інтубації, а неефективна вентиляція маскою – від 1 до 3 випадків на 10000 спроб. У кожному випадку невдалої інтубації виникає ситуація, яка безпосередньо значно збільшує ризик ускладнень, навіть летальних результатів. Важкою вважається інтубація трахеї в разі, якщо досвідчений анестезіолог не може виконати інтубацію трахеї з першої спроби [5].

До прогностичних критеріїв тяжкої інтубації відносять: чоловічу стать; вік 40-59 років; набряки (особливо ті, що знаходяться поряд з дихальними шляхами або знаходяться безпосередньо в них самих; зайва маса тіла (індекс маси тіла > 25 кг/м²); маленька відстань між зубами за умови максимального розкриття рота (< 4 см); щито-підборідна відстань < 6 см; стернально-підборідна відстань < 12,5 см; гнійні процеси в області гортано-ротоглотки (особливо зі зміщенням гортані та трахеї); наявність гематом, пухлин в області шиї, гортані (зоб, пухлини гортані); погане розгинання шиї; товста коротка шия; мікрогнація (маленька верхня щелепа); виступаючі передні зуби; довгий та/або вузький рот [5, 6].

Далі лікарям, що навчаються, доцільно показати слайди з демонстрацією ступенів складності інтубації трахеї за Маллампаті та за Кормаком-Леханом. Візуалізація за умови максимального розкриття рота (тест Маллампаті): Клас 1 (легка) – видно м'яке піднебіння, глоткові дужки, язичок; Клас II (середня) – видно м'яке піднебіння, глоткові дужки; Клас III (важка) – видно м'яке піднебіння; Клас IV (дуже важка) – видно тільки тверде піднебіння.

Градації важкої інтубації відповідно до рекомендацій Кормака-Лехана наступні: Ступінь I – видно повністю голосову щілину, відсутні труднощі з інтубацією; Ступінь II – видно задню частину голосової щілини, можливі незначні труднощі, натискання на перснеподібний хрящ, як правило, вирішує всі проблеми; Ступінь III – видно тільки надгортанник, голосову щілину не видно, можуть виникати значні труднощі; Ступінь IV – не видно навіть надгортанника, часто інтубація неможлива без застосування спеціальних методів. Всі слайди мають бути представлені чітко, в крупному форматі та детально обговорені з лікарями-інтернами (слухачами) [6-8]. На рис.1 умовно показано, що має побачити виконавач інтубації трахеї в процесі прямої ларингоскопії [8-10].

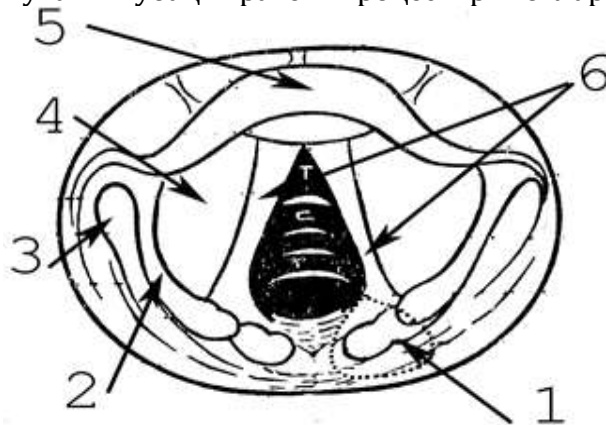


Рис.1 Огляд гортані. Що можна побачити при проведенні прямої ларингоскопії.

- 1 – черпакуватий хрящ, 2 – черпакумато-надгортанна складка,
3 – грушоподібний закуток, 4 – шлуночок гортані, 5 – надгортанник,
6 – голосові складки.

В процесі обговорення потрібно довести до слухачів положення про те, що успішна інтубація трахеї в численній кількості випадків досягається через вдале укладення пацієнта, щоб між голосовою щілиною та оком лікаря, який виконує інтубацію, створювалася умовна пряма лінія.

Фантомні технології навчання інтубації трахеї мають значну кількість недоліків, проте альтернативи їм ще й досі немає. Інтубація манекена дозволяє змоделювати провідні етапи зазначеної маніпуляції, проте сприяє звиканню тих, хто навчається, до еластичності, жорсткості, пружності та інших характеристик штучних матеріалів манекена, проте не до зазначених характеристик біологічних тканин. В результаті молоді лікарі в реальних обставинах не знають яку силу слід прикладати при маніпуляціях ларингоскопом та іншими інструментами. Виконати інтубацію трахеї на манекені достатньо просто. Адже сам манекен виготовлений таким чином, щоб його завжди можна було заінтубувати. На манекені неможливо змоделювати умови складної інтубації трахеї. Результатом може бути недооцінка молодими лікарями складності маніпуляції. Парадокс полягає в тому, що велика кількість спроб на манекені може навіть нашкодити тим, хто навчається в зв'язку з тим, що вони можуть звикнути до фізичних характеристик саме матеріалів манекена. При інтубації людини доводиться прикладати зовсім інші зусилля, і маніпуляцію проводити більш уважно та обережно, щоб не пошкодити біологічні тканини. Розміри манекена також є стандартними, і тому при навчанні на манекенах молодим лікарям важко орієнтуватися, наприклад, у тому, які розмір і форму клинка та який розмір інтубаційної трубки краще застосувати в конкретній ситуації. Адже для успішної маніпуляції манекена згодиться будь-який клинок, а інтубаційну трубку краще вибрати меншого, а не потрібного діаметру, щоб не пошкодити гортань манекена. Вартість манекенів достатньо висока. За допомогою фантомних технологій навчання ще й досі неможливо продемонструвати слухачам переваги та недоліки покращеного положення Джексона, а також ясно визначити наявність показань та протипоказань для його застосування. Все це можливе тільки при інтубації людини.

Таким чином, використання фантомів при навчанні інтубації трахеї дозволяє донести до слухачів основні принципи виконання маніпуляції, але не є запорукою наступного успішного її виконання у клінічних умовах. Тим не менш, цей етап підготовки надзвичайно важливий. І якість засвоєння основних принципів маніпуляції при роботі з манекенами може бути значно підвищена. При виконанні маніпуляції викладач, а потім той, хто навчається, повинні чітко коментувати всі свої дії: підготовку інструментарію, порядок підготовки хворого (манекена), оцінку можливих труднощів інтубації за зовнішніми анатомічними характеристиками, укладку пацієнта (манекена), всі етапи маніпуляцій ларингоскопом, кінцеві результати прямої ларингоскопії, введення трубки з провідником, проведення інтубаційної трубки крізь голосову щілину, видалення провідника, роздування манжети, перевірку ефективності вентиляції обох легень, рівень знаходження інтубаційної трубки, її надійну фіксацію, здування манжети для вільного просування гастрального декомпресійного зонда з наступним повторним роздуванням манжети. Адже манжета інтубаційної трубки, що надмірно роздута, часто заважає вільному просуванню гастрального зонда. Крім цього, можна моделювати висушування порожнини гортаноглотки за допомогою серветок і корнцанга Гросс-Майєра. Всі маніпуляції через певний час доцільно виконати під контролем секундоміра. Потрібно давати певний обмежений час для моделювання всіх етапів інтубації трахеї кожному молодому лікарю, і простежити, щоб він у цей час впевнено викладався. Для кращого орієнтування в анатомії гортаноглотки доцільно використовувати липкі

маркери, які встановлюються та видаляються так само за допомогою корнцанга. При цьому той, хто навчається, має дати вірну відповідь про місце встановлення маркера. Або лікарю-інтерну (слухачу) цілеспрямовано дають завдання самостійно встановити маркер у певну анатомічну частину гортаноглотки, а потім перевіряють його знаходження.

Моделювати на манекені складну інтубацію трахеї неможливо, проте можливо відпрацювати алгоритм дій під час складної інтубації. Під час виконання лікарем-інтерном (слухачем) інтубації манекена доцільно змінити якість завдання та наголосити на тому, що інтубація з першої спроби виявилася невдалою, і лікарю, який виконує інтубацію, потрібно продемонструвати та коментувати всі наступні доцільні дії в складній ситуації. Вони можуть полягати в проведенні повторної спроби за допомогою іншого за розміром та конфігурацією клинка ларингоскопа, інтубаційної трубки меншого діаметру, у заглибленні анестезії, підсиленні м'язової релаксації тощо. Зрозуміло, що протягом всього цього часу, той хто навчається, має ефективно підтримувати прохідність дихальних шляхів за допомогою потрібного прийому Сафара, застосування провідників повітря, проводити ефективну примусову вентиляцію маскою дихального апарата з електроприводом або за допомогою ручного дихального апарата, слідкувати за станом ротоглотки та гортаноглотки, проводити їх санацію (частіше за все через висушування) за допомогою вакуумного відсмоктувача або серветок, що закріплені корнцангом Гросс-Майера. За допомогою фантомних технологій неможливе моделювання гіпоксемії різного ступеня тяжкості при складній інтубації трахеї або при невірних діях лікаря, який виконує інтубацію трахеї. Всі ці аспекти складної інтубації лікарі-інтерни (слухачі) можуть спостерігати тільки в реальних умовах при інтубації трахеї у пацієнта, коли використовується пульсовий оксиметр та мають місце клінічні прояви наявності системної гіпоксії.

При симуляційному навчанні у малих групах всі лікарі-інтерни (слухачі) достатньо швидко засвоювали провідні принципи виконання маніпуляції, правильно коментували дії викладача, порядок власних дій та дій своїх колег по навчанню, жваво брали участь у обговоренні техніки маніпуляції, швидко і вірно відповідали на контрольні запитання, успішно вкладалися у час, відведений для інтубації манекенів.

У клінічних умовах типовими помилками при виконанні інтубації трахеї, тими, хто тільки розпочав опановувати техніку цієї маніпуляції, були: недостатнє орієнтування у правильності укладки хворого (вибір між звичайним та покращеним положенням Джексона), вибір клинка ларингоскопа недостатньої довжини, занадто глибоке або, навпаки, недостатнє глибоке введення клинка ларингоскопа, недостатнє прикладання сили для відтиснення язика та нижньої щелепи, спроби провести інтубаційну трубку по жолобу прямого клинка Міллера, невпевнене введення інтубаційної трубки крізь голосову щілину при відчутті навіть легкого опору, який створює манжетка трубки, занадто раннє видалення жорсткого провідника з наступним утрудненням введення трубки крізь голосову щілину через збільшення її гнучкості, втрата зорового контролю з наступним зісковзуванням інтубаційної трубки у стравохід. Усіх цих помилок неможливо запобігти при підготовці лікарів за допомогою фантомної технології навчання, якими би тривалими не були заняття на манекенах, і як би докладно не викладалася методика інтубації трахеї. Таким чином, методика підготовки Пейтона, яка мала явні переваги при використанні фантомної технології навчання перед методикою Халстеда, виявилася цілком неспроможною для навчання лікарів у реальних клінічних ситуаціях. Під час інтубації хворих безперечно перевагу показала концепція навчання Халстеда.

Висновок. При навчанні молодих лікарів техніці інтубації трахеї за допомогою ларингоскопа перший етап, який є теоретичним та забезпечується за допомогою

фантомної технології, доцільно проводити у малих групах учасників, що призводить до кращих результатів засвоєння основних принципів виконання цієї маніпуляції. Навчання у клінічних умовах при виконанні інтубації пацієнтів має проводитися індивідуально з кожним лікарем-інтерном (слухачем).

Список використаних джерел:

1. Zamani M., Nasr-Esfahani M., Forghani M., Sichani M.A. & Omid A. (2020) Endotracheal Intubation Training to Medical Practitioners: Comparison of the Modified 4-step Payton's Training Method and Halsted's Training Method in a Simulated Environment. *J Educ Health Promot.* 9, 126-130. doi: 10.4103/jehp.jehp_705_19
2. Ross P. (2017) Peyton's 4 Step Approach for Skills Teaching. *Nursing Education Network: Adult Learning, Nurse Educator, Simulation.* 15 Oct 2017. <https://nursingeducationnetwork.net/2017/10/15/peytons-4-step-approach-for-skills-teaching/>
3. Rawicz M. (2008) Indications for Endotracheal Intubation. *Med Wieku Rozwoj.* 12(4 Pt1), 851 – 856. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19471055/>
4. Alvarado A.C. & Panacos P. (2023) Endotracheal Tube Intubation Techniques. *StatPearls.* Update: July 10, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560730/>
5. Буковинський державний медичний університет: навчально-науковий інститут післядипломної освіти. (2014) Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим зі складною інтубацією трахеї (затверджено наказом МОЗ України від 03.07.2006 р. №430). *Буковинський державний медичний університет: навчально-науковий інститут післядипломної освіти.* <http://fpo.bsmu.edu.ua/protokol/klinichnyy-protokol-nadannya-medychnoyi-dopomogy-hvorym-zi-skladnoyu-intubaciyeyu-traheyi>
6. Oria M.S., Halimi S.A., Negin F. & Asady A. (2022) Predisposing Factors of Difficult Tracheal Intubation Among Adult Patients in Aliabad Teaching Hospital in Kabul, Afghanistan – A Prospective Observational Study. *Intern J General Med.* 15, 1161 – 1169. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=78084>
7. Cormack R.S. & Lehane J. (1984) Difficult Tracheal Intubation in Obstetrics. *Anaesthesia.* 39(11), 1105 – 1111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6507827/>
8. Kharbouch H. & Peel W. (2007) Updating the Cormack and Lehane Classification. *Anaesthesia.* 62(7), 754. doi: 10.1111/j.1365-2044.2007.05165.x
9. Peterson K., Ginglen J.G., Desai N.M. & Guzman N. (2023) Direct Laryngoscopy. *StatPearls.* Update: July 24, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513224/>
10. Orebaugh S. & Snyder J.V. (2023) Direct Laryngoscopy and Endotracheal Intubation in Adults. *UpToDate.* Version: January 2024. <https://medilib.ir/uptodate/show/260>

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

МАТЕРІАЛИ ІІ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«ПЕРІОД ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В
СВІТОВІЙ НАУЦІ: ЗАДАЧІ ТА ВИКЛИКИ»**

19 січня 2023 року ♦ Кривий Ріг, Україна

Українською та англійською мовами

*Всі матеріали пройшли оглядове рецензування
Організаційний комітет не завжди поділяє позицію авторів
За точність викладеного матеріалу відповідальність несуть автори*

Підписано до друку 19.01.2024. Формат 70×100/16.
Папір офсетний. Гарнітура Cambria. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 44,85. Замовлення № 24/001. Тираж: 50 примірників.
Віддруковано з готового оригінал-макету.

Контактна інформація організаційного комітету:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 40, офіс 103
Телефони: +38 098 1948380; +38 098 1526044
E-mail: info@mcnd.org.ua

Видавець: ТОВ «УКРЛОГОС Груп».
21037, Україна, м. Вінниця, вул. Зодчих, 18, офіс 81. E-mail: info@ukrlogos.in.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: ДК № 7860 від 22.06.2023.