

АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ

Матеріали IV з'їзду Асоціації лікарів-ендоскопістів України
10 — 12 червня 2010 року, м. Івано-Франківськ

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ

Губанов Д.С., Скворцов К.К., Хажалия И.З.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, УНЛК "Университетская клиника", Донецк, Украина
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, городская клиническая больница №6, Донецк, Украина

Под термином "трудная интубация" (ТИ), по определению Американского общества анестезиологов, принято считать случаи, при которых введение интубационной трубки занимает более 10 минут и/или когда опытный анестезиолог совершает более трех попыток введения интубационной трубки в просвет трахеи [1-5].

По данным различных авторов, трудная интубация составляет 0,05-18%. Различные классификации ТИ включают в себя наиболее часто применяемые критерии, в зависимости от степени визуализации голосовой щели и других разного рода проблем во время интубации трахеи (опухоль или отек гортани, гематома шеи, гипоплазия нижней челюсти, анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит, протрузия верхних зубов и т.д.)

В случаях предвиденной ТИ "золотым стандартом" принято считать интубацию с помощью бронхоскопа. Врачи-эндоскописты ДОКТМО и УНЛК "Университетская клиника" имеют более чем 15 летний опыт выполнения бронхоскопического пособия в случаях связанных с ТИ в хирургических и акушеро-гинекологических отделениях областных и городских больниц Донецка и области. Методика заключается в использовании бронхоскопа в качестве проводника для введения интубационной трубки в просвет трахеи под визуальным контролем. Наружный диаметр бронхоскопа (нами использовались фибробронхоскопы *BF-20, BF-40 Olympus*) позволяет использовать интубационные трубки отечественных или зарубежных изготовителей (№7-8). Предварительно интубационная трубка помещается в горячую воду (70-80°C) на 3-5 минут. Термическая обработка повышает эластические свойства материала трубки, что позволяет без значительных препятствий выполнять "изгибы" бронхоскопа и интубационной трубки во время бронхоскопической интубации. Для улучшения скольжения интубационной трубки, а так же для уменьшения механического воздействия на бронхоскоп, наружную поверхность аппарата обрабатывали силиконовой смазкой. Тщательная подготовка как самого пациента (в случаях применения местной анестезии), так и оборудования необходима для максимального успеха этого метода.

- I этап — после вышеизложенной подготовки инструментов фибробронхоскоп вводится в просвет интубационной трубки (рис. 1).
- II этап — в условиях общей или местной анестезии фибробронхоскоп с интубационной трубкой вводится в просвет трахеи до визуализации карины (рис. 2-3).
- III этап — после визуализации карины интубационная трубка поступательно низводится в дистальном направлении до появления в поле зрения бронхоскопа интубационной трубки (рис. 4-5).
- IV этап — интубационная трубка фиксируется манжеткой, фибробронхоскоп извлекается (рис. 6-8).

Выполнение интубации трахеи "на бронхоскопе" (РП №3406 от 12/03-1987) сопровождается возможными ятрогенными осложнениями. Отсутствие визуального контроля при низведении интубационной трубки может сопровождаться травматизацией левой голосовой связки. В связи с этим нами была предложена модификация интубационной трубки (одобренная фирмой *PORTEX-Blue Line*) в виде изменения среза дистального конца трубки на 90° против часовой стрелки. Видоизмененная интубационная трубка беспрепятственно низводится дистальнее голосовых связок (по мембранозной части трахеи) не травмируя последние.

Выводы

Используемые эндоскопические возможности при ТИ позволяют максимально исключить вероятность возникновения ятрогенных осложнений при обеспечении проходимости верхних дыхательных путей, сопровождающиеся прекращением вентиляции на несколько минут, являющихся одной из наиболее частых причин осложнения анестезии, приводящих к гипоксии головного мозга и возможным катастрофическим последствиям. Особо актуальна данная проблема в "поле" оперативного родоразрешения, поскольку



Рис. 1

вопрос стоит о двух, а иногда и более человеческих жизнях. Эндоскопическое пособие при ТИ в 100% случаев обеспечивает успешную интубацию трахеи.

Литература

1. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. (1991) Повреждения гортани и трахеи. Анестезиология и реаниматология. 9: 35-38
2. Яссенс М., Хартштейн Г. (2007) Тактика при трудной интубации. Анестезиология и реаниматология. 6: 62-67
3. Benumof J.L. (1997) Annual refresher course lectures. Park Ridge. II: 241: 1-7
4. Schwartz D.E., Wiener-Kronish J.P. (1996) Clin. Chest. Med. 12: 483-495
5. Randell T. (1996) Acta Anaesthesiol. Scand. 40: 1016-1023

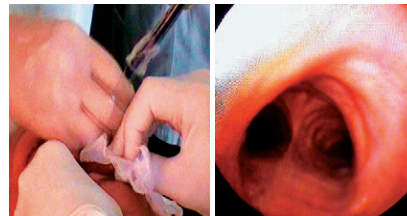


Рис. 2

Рис. 3



Рис. 4

Рис. 5

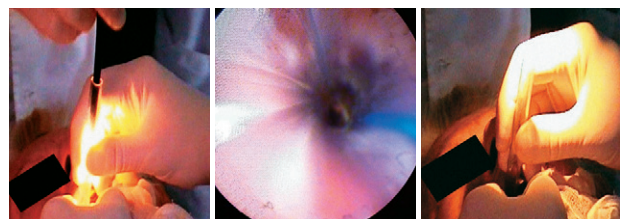


Рис. 6

Рис. 7

Рис. 8