

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

Губанов Д.С., Коваленко В.Л., Супрун Г.А.

УНЛК "Университетская клиника" Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Украина
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина

Введение

Трудная интубация трахей (ТИТ) с помощью прямой ларингоскопии, несмотря на совершенствование ларингоскопической техники и методики интубации остается серьезной медицинской проблемой. Об это свидетельствует и приказ №430 МОЗ Украины от 3 июля 2006, который предлагает протокол оказания медицинской помощи при ТИТ. Вопрос эндоскопической тактики при ТИТ был ранее представлен нами в тезисном формате, на страницах Украинского журнала малоинвазивной и эндоскопической хирургии (2010, Vol. 14), как прототип доклада прозвучавшего на IV съезде Ассоциации врачей — эндоскопистов Украины. В ходе доклада и последующего его обсуждения возник ряд вопросов, детальные ответы на которые были ограничены регламентом выступления.

В данной статье мы хотим поделиться имеющимся опытом взаимодействия врача анестезиолога и эндоскописта при решении проблемы трудной интубации трахеи. К сожалению, здравоохранение Украины построено так, что врачи анестезиологи не имеют достаточного количества бронхоскопов и опыта проведения бронхоскопии, а врачи эндоскописты не имеют анестезиологической подготовки и поэтому при решении проблемы ТИТ они вынуждены взаимодействовать друг с другом. Именно обсуждение вопросов взаимодействия этих специалистов и явилось мотивацией к данной публикации.

Материалы и методы

Нами представлен опыт проведения интубаций с помощью фибробронхоскопа (ФБС) в университетской клинике ДонНМУ им. М. Горького, ДОКТМО, и в других клиниках Донецка и Донецкой области.

Выполнено 82 эндоскопических интубаций трахеи:

- В случаях прогнозируемой ТИТ — 18 (попытки стандартной интубации не проводились)
 - родовспоможение — 12;
 - заболевания щитовидной железы — 3;
 - болезнь Бехтерева — 2;
 - трудная интубация в анамнезе — 1.
- В случаях неудавшейся интубации трахеи с помощью прямой ларингоскопии — 64:
 - urgentные (не снимая больного с операционного стола) — 12;
 - плановые — 52.

Методика ФБС заключается в использовании фибробронхоскопа в качестве проводника для введения интубационной трубки в просвет трахеи под визуальным контролем. Наружный диаметр фибробронхоскопа (BF 20-40 Olympus) позволяет использовать интубационные трубки отечественных или зарубежных изготовителей № 7-9. 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" фибробронхоскопа и интубационной трубки во время фибробронхоскопической интубации. Для улучшения скольжения интубационной трубки, а также для уменьшения механического воздействия на фибробронхоскоп, наружную поверхность аппарата обрабатывали силиконовой смазкой.

Результаты и их обсуждение

ТИТ, согласно приказа №430 МОЗ Украины, считается интубация при которой опытный анестезиолог не может выполнить её с первой попытки. Под термином "трудная интубация трахеи", по определению Американского общества анестезиологов, принято считать случаи, при которых интубация трахеи занимает более 10 минут и/или когда опытный анестезиолог совершает более трех попыток введения интубационной трубки в просвет трахеи [Benuhoff J.L.]. По данным различных авторов трудная интубация составляет 0,05-18% от количества попыток интубации.

Согласно статистическим данным, использованным в приказе №430 МОЗ Украины, неудачная интубация трахеи встречается в 1-3 случаях на 1000 попыток интубации трахеи. Не останавливаясь на причинах и классификациях ТИТ отметим, что при неудавшейся интубации с помощью прямой ларингоскопии "золотым стандартом" выхода из создавшейся ситуации принято считать интубацию с помощью фибробронхоскопа. Фибробронхоскопический способ интубации трахеи выполнялся как в случаях прогнозируемой трудной интубации (на основании предоперационного осмотра врача-анестезиолога, антропометрических измерений, наличие трудных интубаций в анамнезе, патологии щитовидной железы, родовспоможения), так и в случаях экстренной трудной интубации в urgentном порядке (фибробронхоскопический способ выполнялся непосредственно после неудачных попыток интубировать трахею с использованием ларингоскопов) и в плановом порядке (отсроченная интубация после неудачных попыток интубации с помощью прямой ларингоскопии).

РІДКІСНІ ФОРМИ ХОЛЕДОХОЛІТАЗУ: ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Дронов О.І., Насташенко І.Л., Стець М.М., Довбенко О.В., Негра Є.В.

Кафедра загальної хірургії №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Вступ

Алгоритм діагностики холедохолітазу (ХЛ) — первинного, залишкового, рецидивного, є загальноприйнятим, він базується на характерних клінічних проявах (тріада Шарко, пентада Рейнольдса), даних загально клінічних та біохімічних досліджень крові, інструментальних методів досліджень — УЗД, фістулохолангіографії, ЕРПХГ, КТ, МРТ. Труднощі правильної постановки діагнозу за клінічними ознаками виникають при відсутності однієї або більшості кількості характерних ознак холангіту — болю в правому підребер'ї, гіпертермії, жовтяниці. Такі форми ХЛ зустрічаються в 34,5% випадків і розглядаються як атипові, що потребують проведення більш ретельної диференціальної діагностики [9]. Можливості інструментальних методів діагностики ХЛ також обмежуються рядом об'єктивних чинників: за даними УЗД органів черевної порожнини холедохолітаз достовірно діагностується в 36,8-44,2% випадків [6]. Цей показник підвищується до 94,2% при проведенні сонографії з застосуванням ендоскопічного доступу [1]. Більшість жовчних конкрементів є рентгенконтрастними тому достовірність КТ в діагностиці

Следует отметить, что ключевым моментом, определившим успешное выполнение интубации было обеспечение наилучшего скольжения интубационной трубки по бронхоскопу (путем обработки поверхности аппарата катеджем или суспензией гидрокортизона) и улучшение эластических свойств интубационной трубки после термической обработки. При этом подставляется возможным свободно манипулировать углом среза интубационной трубки, максимально-направленным к мембранозной части трахеи, что достигается в условиях адекватной релаксации голосовых связок.

С точки зрения взаимодействия эндоскописта и анестезиолога интубацию с помощью ФБС можно проводить несколькими способами:

- в состоянии наркоза — когда больному проводится вводный наркоз с миорелаксацией, а затем интубация с помощью ФБС (12 наблюдений);
- интубация с помощью ФБС при сохраненном сознании — когда проводится классическая бронхоскопия с орошением слизистых 10% раствором лидокаина, затем проводится интубация трахеи, а в последующем больному дают наркоз и выполняют операцию (9 наблюдений);
- в состоянии наркоза — когда больной находится на самостоятельном дыхании с выключенным сознанием без миорелаксации (7 наблюдений);
- на операционном столе, после премедикации и седации, до введения гипнотиков и релаксантов проводится бронхоскопия с орошением слизистых 10% раствором лидокаина, затем проводится интубация трахеи, а в последующем больному вводят гипнотик и релаксант (54 наблюдения);
- все указанные выше способы можно выполнить без препаратов относящихся к группе наркотиков, что позволяет проводить эндотрахеальную интубацию с помощью ФБС в клиниках не имеющих лицензии на наркотики (18 наблюдений из 82).

К преимуществам первого способа можно отнести: удобства для больного, так как ФБС проводится при выключенном сознании, а высокий уровень релаксации позволяет выполнить ФБС более качественно. К недостаткам: то, что время для ФБС ограничено в связи с тем, что невозможно проводить ИВЛ на фоне ФБС. Данный способ пользуются в случаях, когда операция выполняется по жизненным показаниям, в urgentном порядке, и нет времени перевести больного на самостоятельное дыхание в случае неудавшейся интубации трахеи с помощью прямой ларингоскопии, например, при кровотечении.

Второй способ наиболее удобен для врача и безопасен для больного, однако он, как правило, плохо переносится больным. Третий способ удобен для врача эндоскописта и пациента, но сложен в исполнении для анестезиолога. Четвертый способ представляет наиболее удачный для всех, он использовался нами, в том числе и при родовспоможении. Поскольку визуализировать голосовую щель в поле зрения фибробронхоскопа, в ряде случаев, с одной попытке не удается, четвертый способ позволяет выполнить несколько попыток интубации с помощью ФБС.

При первом способе интубации допустимая длительность выполнения каждой попытки эндоскопической интубации ограничена во времени. С нашей точки зрения в условиях преоксигенации 100% кислородом у соматически здоровых людей она ни в коем случае не должна превышать 2 минут, а в остальных случаях 1 минуту. В наших наблюдениях не требовалось более четырех попыток, с изменением "укладки" пациента на операционном столе и применения "ручных" пособий для интубации с помощью ФБС. С нашей точки зрения 3-5 попыток интубации с помощью ФБС при правильной тактике проведения ФБС интубации со стороны эндоскописта и анестезиолога не приводят к серьезным ятрогенным осложнениям. В одном плановом случае (поливалентной аллергии в сочетании с патологией щитовидной железы) визуализировать голосовую щель, используя фибробронхоскоп и выполнить интубацию не удалось.

Выводы

Правильное взаимодействие эндоскописта и анестезиолога позволяют провести интубацию с помощью ФБС максимально безопасно для пациента.

Литература

1. Зильбер А.П. (1996) Респираторная медицина. Этюды критической медицины. (Петрозаводск). "Издательство ПГУ". 2: 488
2. Гринпи М.А. (1997) Патология легких. (Москва). "Восточная книжная компания". 344 с.
3. Кисиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. (1997) Респираторная поддержка: руководство по искусственной и веномоторной вентиляции легких в анестезиологии и интенсивной терапии. (Москва). "Медицина". 320 с.
4. Марино П.Л. (1998) Интенсивная терапия — перевод с англ. (Москва). "ГЭОТАР Медицина". 640 с.
5. Зенгер В. Г., Наседкин А.Н. (1991) Повреждения гортани и трахеи. (Москва).
6. Янсенс М., Харштейн Г. (2007) Тактика при трудной интубации. Анестезиология и реаниматология. 6: 62-67
7. Benuhoff J.L. (1997) Annual refresher course lectures. Park Ridge. II, 241: 1-7
8. Schwartz D.E., Wiener-Knoblitz J.P. (1991) Clin. Chest Med. 12: 483-495
9. Randell T. (1996) Acta Anesthesiol. Scand. 40: 1016-1023

ХЛ складає не більше 18,7-26,3% [15]. Діагностична цінність методів прямого контрастування жовчних проток (ЖП) обмежується випадками відсутності можливості доступу до проток (ендоскопічного чи чресфістульного) [10], та труднощами інтерпретації отриманих холангіограм через нетипове розташування конкрементів, їх розміри, форму [14], зміни ЖП внаслідок захворювання, перенесених операцій [4,8].

Матеріали і методи

Існування не звичного сполучення між внутрішніми органами у підпечінковій ділянці виявив іспанський хірург Ricardo у 1556 році. Менше 5,5% усіх жовчних нориць припадає на біло-біліарні (холестисто-холедохальні) [12]. Вони є причиною досить рідкісної форми ХЛ, яка складає 0,7-1,3% спостережень всіх конкрементів ЖП — синдром Мірізі (СМ) [11]. Особливості анатомічних змін піч час формування жовчочухрово-холедохальних нориць при рентгенологічних дослідженнях можуть імітувати пухлинне ураження ЖП. Клінічні ознаки захворювання є неспецифічними; перш за все вони характеризуються появою обструктивної жовтяниці, болем у правому підребер'ї, лихоман-