

УДК 616-089-031.81

ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ С ПОМОЩЬЮ ФИБРООПТИЧЕСКОГО БРОНХОСКОПА

Г.Ж. Ыגיעв

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ФИБРООПТИКАЛЫҚ БРОНХОСКОП КӨМЕГІМЕН ТРАХЕЯНЫҢ ҚИЫН ИНТУБАЦИЯСЫ

Г.Ж. Ыגיעв

«Қиын интубация» термині жалпы қабылданған термин болып табылады, мәселе интубация кезіндегі қиындықтан гөрі кең көлемде ұсынылады және тыныс жолдарының бақылауының барлық элементтерін, оксигенацияны және көмір қышқыл газының элиминациясын кірістіреді. Интубация қиын деп есептеледі, егер анестезиологқа стандартты ларингоскопия жасау 3 мүмкіндіктен артса немесе эндотрахеалды трубканың дұрыс орналастыруына 10 минуттан артық уақыт кетсе.

Summary

DIFFICULT INTUBATION OF TRACHEA BY MEANS OF FIBROOPTICAL BRONCHOSCOPE

G.Zh. Ygiev

The term of «difficult intubation» is considered standard; the problem is represented more widespread, than difficulty at intubation, and includes all elements of the control of respiratory tract, oxygenation and elimination of dioxides of carbon. Difficult is considered intubation when is required to the anesthesiologist more than three attempts of standard laryngoscopy or more than 10 minutes for achievement of correct position of endotracheal tube.

Термин «трудная интубация трахеи» разными авторами трактуется по-разному. По мнению G. Samsoon и J. Young, трудная интубация - это невозможность ввести интубационную трубку в трахею способом прямой ларингоскопии; по мнению M. Norton и A. Brown, когда количество ларингоскопий больше 2; по ASA три и более трех попыток правильного введения эндотрахеальной трубки или длительность манипуляции более 10 минут [1]. Осложнение интубации трахеи до настоящего времени является одной из основных причин анестезиологической летальности и составляет 28% всех случаев смерти, связанных с проведением анестезии [2]. Последствиями трудной интубации является гипоксемия, травма дыхательных путей и зубов, аспирация [3].

Врожденные и приобретенные изменения челюстно-лицевой области, ожирение, неадекватное разгибание шеи (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, скелетное вытяжение за теменные бугры...) могут явиться причиной трудной интубации трахеи и показанием для ее проведения с помощью бронхоскопа.

Цель исследования: оценка метода трудной интубации трахеи с помощью фиброоптического бронхоскопа.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей, в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Исследование было проведено у 53 больных (39 мужчин и 14 женщины), оперированных по поводу экстренных хирургических патологий.

Основным прогностическим признаком трудной интубации трахеи является оценка по шкале Маллампасти (тест основан на визуализации фарингеальных структур при полном открытии рта пациента). Структуры глотки, видимые при этом, и составляют основу классификации.

Класс 1: видны мягкое небо, дужки миндалин и язычок.

Класс 2: видны мягкое небо, дужки миндалин, но язычок скрыт языком.

Класс 3: видно только мягкое небо.

Класс 4: нельзя разглядеть и мягкого неба.

У 12 пациентов определен IV класс теста Маллампасти, у остальных - III класс. Во всех случаях операции проводились по экстренным показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех случаях проводили интубацию «вслепую». Когда первая попытка интубации трахеи оказалась неудачной, вторая ларингоскопия не предпринималась, проводили масочную вентиляцию с последующей интубацией трахеи с помощью фиброоптического бронхоскопа. Интубация трахеи с помощью бронхоскопа проводилась у 3-х больных (ожирение, ревматоидный артрит, аномалий челюстно-лицевой области). В подобных случаях использование фиброоптического бронхоскопа может повысить безопасность больного на этапе обеспечения проходимости дыхательных путей. Показатели газообмена (SpO₂, Etco₂), существенно не изменялись. Серьезных осложнений, связанных с методикой, не зарегистрировано. У одного больного отмечались боли в горле.

Таким образом, проведение интубации трахеи с использованием фиброоптического бронхоскопа снижает риск развития опасных для жизни осложнений, в первую очередь связанных с расстройствами газообмена. Отсутствие ограничений во времени позволяет применить оптимальный вариант интубации трахеи, а также способствует атравматичному проведению процедуры.

Выводы: следовательно, данный метод обеспечивает необходимые условия для выполнения трудной интубации трахеи у больных с врожденными и приобретенными изменениями челюстно-лицевой области.

Литература:

1. Молчанов И.В., Заболотских И.Б., Магомедов М.А. Трудный дыхательный путь с позиции анестезиолога-реаниматолога. Петрозаводск, 2006. - С.10-11.
2. Браун У. Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Освежающий курс лекций. - Архангельск, 2000. - С. 197-203.
3. Морган Дж. Э., Мэвид С. Клиническая анестезиология: Пер. с англ. - М., 2005г - С. 85.