

Общая анестезия эндотрахеальным способом.

И. А. Сокольников

Общая анестезия - это искусственно вызванная гипорефлексия с полным исключением сознания, болевой чувствительности и торможением широкого спектра соматических и вегетативных рефлексов, достигаемая с помощью фармакологических средств.

Классификация общей анестезии.

- Неингаляционная общая анестезия.
- Ингаляционная общая анестезия.
- Комбинированная общая анестезия.

Показания к общей анестезии:

1. Операции в условиях ИВЛ (обязательное условие – назначение миорелаксантов).
2. Аллергия на местные анестетики.
3. Выраженные нарушения витальных функций.
4. Психоэмоциональное возбуждение пациента.
5. Категорический отказ пациента от проведения местной или проводниковой анестезии.

Преимущества:

1. Незаметное для больного введение в анестезию.
2. Максимально быстрое устранение психологической травмы.
3. Амнезия периоперационного, раннего послеоперационного, в ряде случаев, дооперационного периодов.
4. Получение возможности для быстрой коррекции состояния пациента.

Недостатки:

1. Низкая управляемость анестезии.
2. Недостаточная фармакологическая защита.
3. Кумуляция продуктов метаболизма анестетика.
4. Судорожная активность ряда анестетиков.
5. Необходимость более тщательно



лезвие MAC



лезвие Миллера

Виды интубации

трахеи:

- Оротрахеальная
- Назотрахеальная

Показания к интубации трахеи:

1. Значительное снижение pO_2 ниже возрастной нормы ($StO_2 < 90\%$)
2. Значительное повышение pCO_2 ($pCO_2 > 40$ мм. рт. ст.)
3. Частота дыхания больше 40 и меньше 7 в минуту.
4. Невозможность поддержать проходимость дыхательных путей иными способами.
5. Угроза остановки дыхания и сердечной деятельности (сепсис, тяжёлый ожог и др.)
6. Необходимость бронхоскопического исследования (???)

Противопоказания (для назотрахеальной интубации):

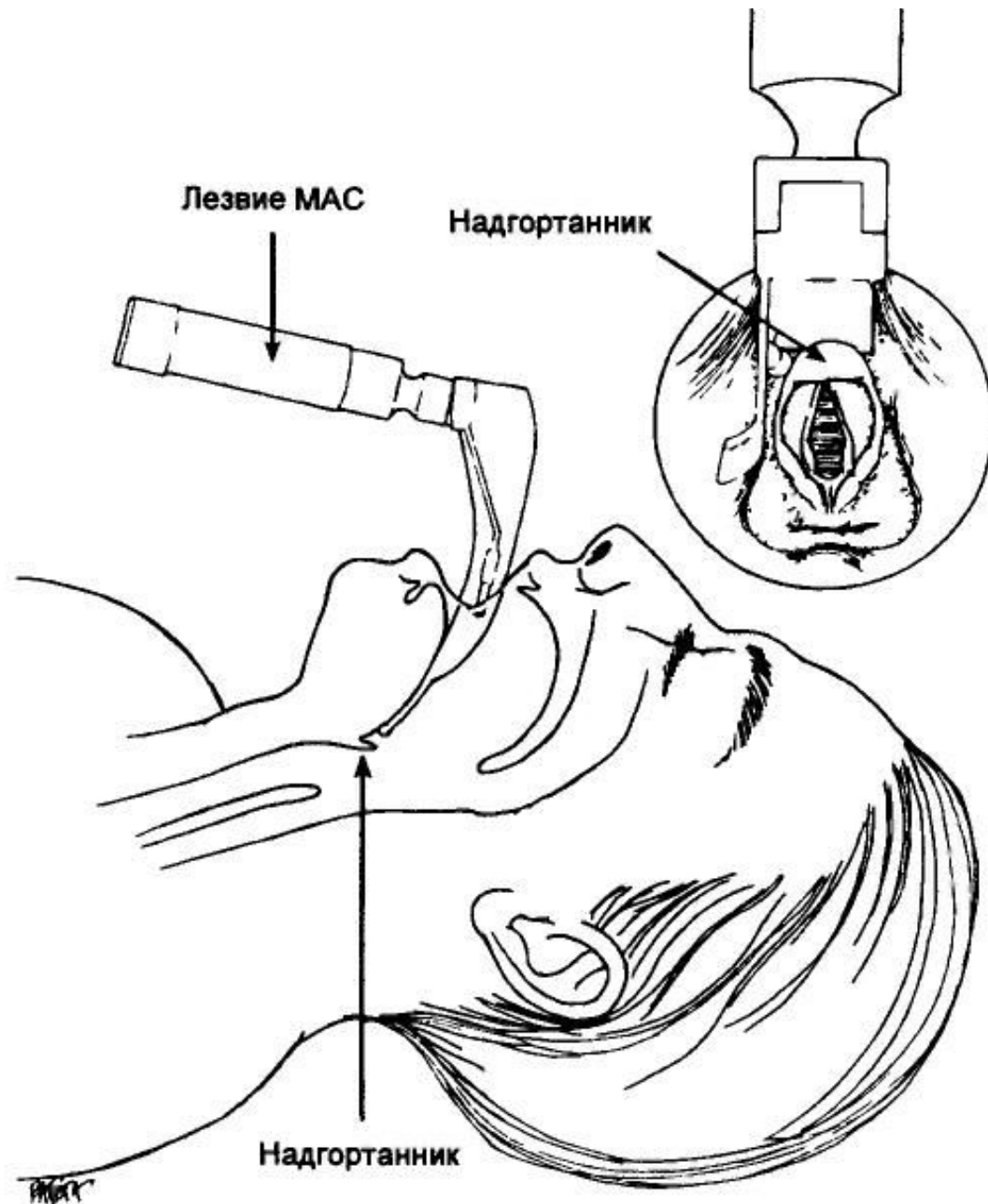
1. Беременность после 1 триместра (из-за сосудистого застоя в полости носа).
2. Коагулопатия (ПТИ меньше 80%, МНО больше 1,2)
3. Окклюзия полости носа.
4. Искривление носовой перегородки.
5. Переломы костей носа.
6. Истечение СМЖ в нос (при травмах основания черепа)
7. Транссфеноидальная гипофизэктомия в анамнезе.
8. Закрывание краниофасциального дефекта в анамнезе.

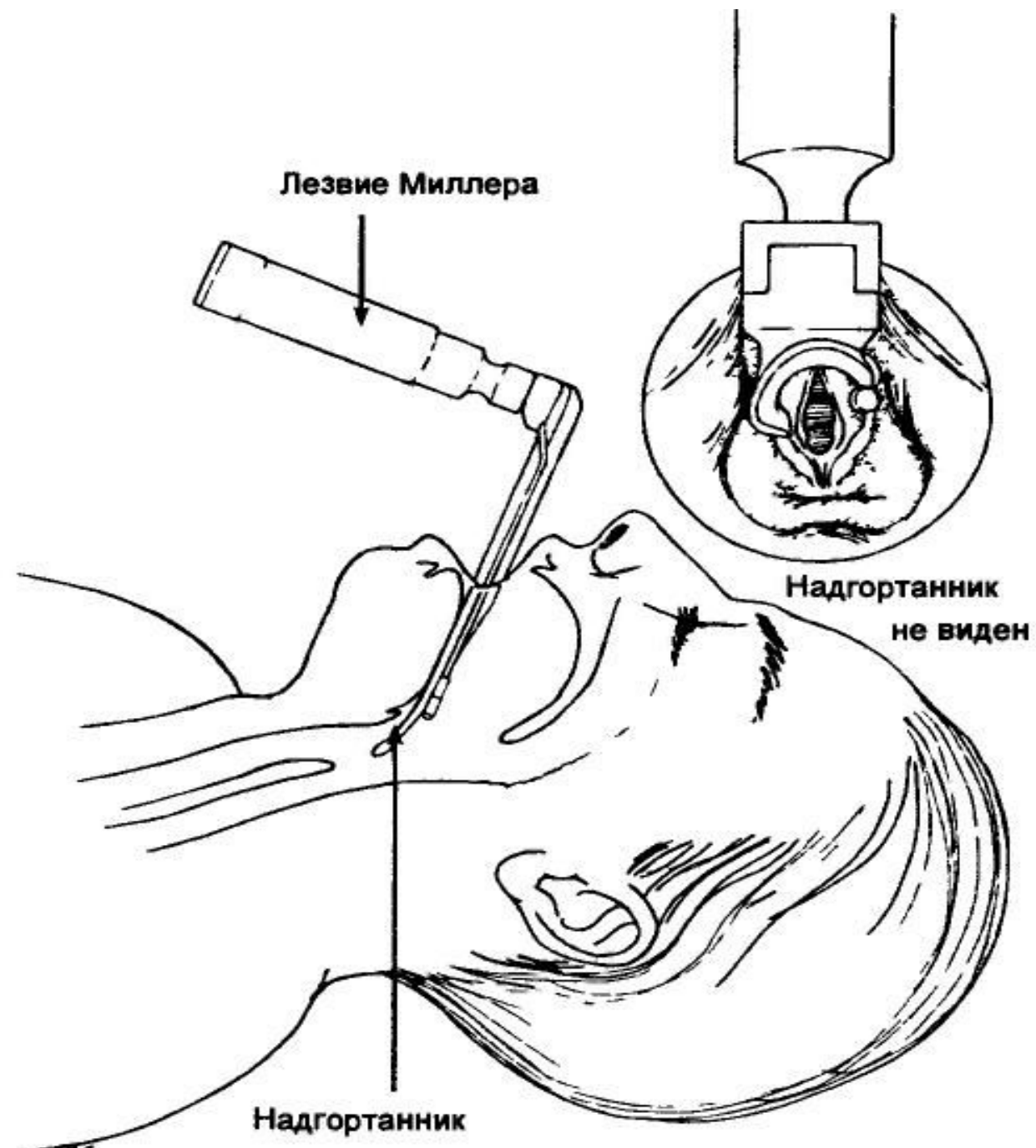
Показания к отсроченной интубации:

1. Наличие недренированного пневмоторакса
2. Разрыв трахеи.

Техника оротрахеальной интубации.

1. Проверить манжетку на прочность – 10 мл. Сдуть.
2. Проверить ларингоскоп – горит ли лампочка.
3. Проведение преоксигенации через маску.
4. Установить ротовой воздуховод.
5. Открыть рот пациенту (либо попросить открыть рот).
6. Осторожно ввести клинок в правую часть рта пациента, не касаясь зубов.
7. Сдвинуть язык в левую сторону клинком.
8. Поместить конец клинка в валекуле либо под надгортанником.





9. Зафиксировать левое запястье и провести движение по направлению к левой стопе пациента (чтобы визуализировать голосовые связки)

10. Аккуратно вводим интубационную трубку в трахею через голосовые связки так, чтобы манжета трубки оказалась за ними.

11. Подсоединяем аппарат ИВЛ, проводим аускультацию, капнографию.

12. Фиксация трубки, повторная аускультация.

13. Рентгенологический контроль легких для определения положения трубки.

Техника назотрахеальной интубации

1. Проверить манжетку на прочность -10 мл. Сдуть.
2. Опустить трубку на 3 минуты в тёплый изотонический раствор, после чего согнуть её немного (примерно 3 см от конца)
3. Проверить ларингоскоп – горит ли лампочка.
4. Подготовить носовой ход для интубации.
5. Носовым зеркалом расширить ноздрю.

6. Прогретую трубку завести в одну из ноздрей.
7. Провести ларингоскопию.
8. С помощью корнцанга провести трубку в трахею.
9. Подсоединяем аппарат ИВЛ, проводим аускультацию, капнографию.
10. Фиксируем трубку.

Осложнения интубации.

1. Повреждения ВДП.
2. Непреднамеренная экстракция зубов.
3. Интубация в пищевод.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**