

ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ

**Для того чтобы
уменьшить вероятность
инфицирования при
проведении интубации,
необходимо:**

- ✓ планировать выполнение манипуляции заранее, до развития критического состояния, что увеличивает вероятность благоприятного исхода и снижает риск заражения медицинских работников (есть время, чтобы собрать команду и надеть средства индивидуальной защиты (СИЗ));
- ✓ минимизировать количество медперсонала в палате (минимально возможное для обеспечения безопасности пациента количество сотрудников);
- ✓ медицинские работники, участвующие в проведении манипуляции, должны быть хорошо подготовлены и знать порядок действий;
- ✓ все медицинские работники отделения, участвующие в проведении манипуляции, должны иметь полный комплект СИЗ;
- ✓ обувь должна быть непроницаема для жидкостей, с возможностью дезинфекции;
- ✓ все лекарственные средства и оборудование должны быть подготовлены заранее, чтобы минимизировать вход и выход из палаты во время проведения манипуляции;
- ✓ интубацию должен выполнять самый опытный врач-анестезиолог-реаниматолог, который имеет наибольший опыт в обеспечении проходимости дыхательных путей, чтобы гарантировать успешное выполнение с первой попытки и свести к минимуму риск инфицирования;
- ✓ по возможности необходимо использовать видеоларингоскопию, предпочтительно клинком с увеличенным углом;
- ✓ во избежание спазмов/кашля во время интубации пациенту проводится быстрая последовательная индукция с дитилином;
- ✓ преоксигенация выполняется 100 % кислородом в течение 1–3 минут с использованием плотно прижимаемой двумя руками лицевой маски;
- ✓ чтобы снизить вероятность распространения аэрозоля во время введения эндотрахеальной трубки (ЭТТ) в дыхательные пути пациента, требуется выполнить определенную последовательность действий. Врач-анестезиолог-реаниматолог, выполняющий интубацию, визуально контролирует момент, когда манжетка зашла за голосовую щель, и дает команду медсестре-анестезисту раздуть манжетку. После чего врач-анестезиолог-реаниматолог извлекает проводник из ЭТТ. Как только проводник подошел к краю ЭТТ, медсестра-анестезист накладывает зажим Кохера на верхнюю часть ЭТТ. Врач соединяет ЭТТ с дыхательным контуром аппарата, медсестра-анестезист снимает зажим Кохера и укладывает марлю вокруг ЭТТ (абсорбция секрета ротовой полости). Врач-анестезиолог-реаниматолог контролирует уровень стояния трубки с помощью аускультации грудной клетки и регулирует параметры ИВЛ.
- ✓ в течение 20–30 минут после выполнения интубации палата должна быть дезинфицирована (пациент находится в палате).

Актуально Эксперты ответили на вопросы, волнующие медиков в связи с распространением коронавирусной инфекции



Александр Дедков,
заведующий отделением
интенсивной терапии
и реанимации Городской
инфекционной клинической
больницы Минска



Василий Захаревич,
научный сотрудник
Минского НПЦ хирургии,
трансплантологии и гематологии,
врач-анестезиолог-реаниматолог,
инфекционист

Как взять у эпидопасного пациента согласие на экспериментальное лечение и медицинские манипуляции и чем дезинфицировать такой документ?

Александр Дедков: «Информированное согласие пациента оформляется на отдельном листе бумаги, в соответствующей форме. Текст его может быть примерно следующим: «Информированное согласие на применение альтернативного лечения препаратом (тоцилизумаб в дозе 400 мг однократно внутривенно или гидроксихлорохин (иммард) в дозе по 200 мг внутрь каждые 8 часов), не входящим в протокол лечения Министерства здравоохранения Республики Беларусь, но показанным к лечению международными рекомендациями у пациентов с подозрением (подтверждением) на CoViD-19». Таким же образом берется согласие на проведение той или иной медицинской манипуляции.

Вносить и выносить из помещения, где находится пациент, истории болезни не рекомендуется. Но в целом стоит понимать, что коронавирус не летучий: он достаточно тяжелый и быстро с микрокаплями оседает на поверхности. Поэтому если пациент находится в маске, при взятии согласия активно не кашляет и не чихает, то риск распространить вирус из «грязной» зоны в «чистую» минимален.

Вместе с тем, для дополнительной безопасности, оформленный лист бумаги можно оставить в санпропускнике (шлюзе-переходнике) на 15 минут под ультрафиолетовым излучением (кварцевая лампа), после чего забрать и вклеить в историю болезни.»

Как в условиях сложившейся эпидемиологической обстановки выполнять контроль стояния центрального венозного катетера (ЦВК) у пациента с подтвержденной коронавирусной инфекцией, находящегося в условиях изоляции? Что включают в себя рекомендации по обработке портативного рентген-аппарата? Существуют ли альтернативные способы верификации правильности стояния ЦВК?

Александр Дедков: «Правильное стояние катетера ЦВК осуществляется по обычным правилам: через 4 часа от момента постановки проводится рентгенологический контроль, для чего используется передвижной рентген-аппарат. Прежде чем зайти к пациенту, рентгенолаборант надевает СИЗ согласно установленным протоколам. В палате он выполняет рентген-снимок, после чего в шлюзе-переходнике проводится экстренная дезинфекция аппарата соответствующими средствами (наносится из пульверизатора на все поверхности): «Экстра-дез» с экспозицией по вирулицидному режиму на 1 минуту, «Квикдез» с экспозицией по вирулицидному режиму на 30 секунд.

Если есть возможность, то верификацию правильности стояния ЦВК можно осуществлять и УЗИ-аппаратом. Правда, стоит отметить, что его дезинфекцию необходимо проводить ультрафиолетовым излучением (кварцевая лампа) в течение 15 минут. Возможна обработка средствами экстренной дезинфекции, если это разрешено инструкцией по применению аппарата.»

Необходимо ли медработнику — контакту первого уровня без клинических проявлений — обследование на CoViD-19?

Александр Дедков: «По действующим нормативно-правовым актам медработники считаются контактами первого уровня и подлежат обязательному контролю на CoViD-19 каждые 14 дней. Кроме того, 3 раза в сутки им проводится термометрия, а данные заносятся в специальный журнал. Ответственным за его ведение, как правило, является старшая медсестра отделения, в котором работает конкретный сотрудник.»

Допустимо ли использовать бедренный доступ постановки катетера?

Александр Дедков: «Принципиального значения способ доступа к центральной вене не имеет. Предпочтение отдается тому, которым конкретный врач владеет лучше. Для катетеризации бедренной вены противопоказаний нет, при условии соблюдения стандартного режима асептики и антисептики во время постановки катетера и последующем уходе за ним.»

Как в условиях эпидемиологической обстановки выполнять контроль стояния ЦВК у пациента с подтвержденной ковид-инфекцией?

Василий Захаревич: «Стандартом подтверждения положения ЦВК является рентгенография с визуализацией положения кончика катетера. В настоящее время нет никаких данных в пользу того, что у пациентов с коронавирусной инфекцией необходимо менять данный подход. Обработка портативных рентгеновских аппаратов и УЗИ-аппаратов должна производиться в соответствии с рекомендациями производителя с использованием средств, разрешенных для применения по таким показаниям. Необходимость рентген-контроля положения катетера не должна становиться основанием для изменения доступа при постановке ЦВК.»