

Odpowiedź na komentarz do artykułu „Complications after using the Airtraq laryngoscope for a predicted difficult intubation”

Reply to commentary on article: ”Complications after using the Airtraq laryngoscope for a predicted difficult intubation”

Magdalena Łasińska-Kowara

Zakład Kardioanestezjologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Dziękuję za komentarz do artykułu „Complications after using the Airtraq laryngoscope for a predicted difficult intubation”, który ukazał się w numerze 1/2013 „Anestezjologii Intensywnej Terapii” oraz za istotne uwagi dotyczące planowania oraz przeprowadzenia postępowania w przypadku przewidywanych trudności w zabezpieczeniu dróg oddechowych. Dziękuję również za uzupełnienie piśmiennictwa o najnowsze pozycje dotyczące tego tematu.

Uważam, że łatwo jest pisać o swoich sukcesach, ale tylko dzięki pokazywaniu niepowodzeń i rzeczowej dyskusji można uniknąć ich powtarzania.

Planowanie bezpiecznego znieczulenia obejmuje nie tylko zabezpieczenie dróg oddechowych na czas zabiegu operacyjnego, ale również przewidywanie trudnych sytuacji w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. W opisanym przez nas przypadku jednym z kluczowych aspektów był fakt, że zabieg dotyczył wysokiego odcinka kręgosłupa szyjnego, co stwarza poważne ryzyko wystąpienia ostrej niewydolności oddechowej w dowolnym momencie doby pooperacyjnej (a nawet kilku kolejnych). Wiadomo że intubacja fiberoskopowa nie jest postępowaniem z wyboru w sytuacji nagłej — z tego powodu, o którym Panowie wspomnieli — wymaga dobrego przygotowania i współpracy pacjenta. Dlatego odważyliśmy się sprawdzić, czy możliwa jest intubacja tej chorej za pomocą sprzętu, który można zastosować także w sytuacji ratunkowej. Zdawaliśmy sobie sprawę z możliwości niepowodzenia tej próby. Być może, należało z niej zrezygnować już wtedy, gdy okazało się, że pomimo wcześniejszego przygotowania oraz wykonania znieczulenia miejscowego chora nie współpracuje podczas próby intubacji i wymaga pogłębienia sedacji.

Podzielim zdanie Panów (co umieściłam w dyskusji), że planowa intubacja fiberoskopowa w znieczuleniu miejscowo-

wym zajmuje pierwsze miejsce wśród metod zabezpieczania tak zwanych „trudnych” dróg oddechowych. To prawda, że czynność ta znajduje się wśród wymaganych umiejętności praktycznych w programie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii. Niestety, wymaganie to jest lekceważone w wielu ośrodkach prowadzących specjalizację z anestezjologii. Prawdopodobnie wynika to między innymi z faktu, że wielu kierowników specjalizacji, szkolonych w okresie, kiedy fiberoskopy intubacyjne były w naszym kraju praktycznie niedostępne, nie potrafi nadzorować prawidłowego wykonania intubacji fiberoskopowej. Opisany przypadek miał miejsce kilka lat temu. Niestety, zmiany zachodzą bardzo powoli. Na liście kursów specjalizacyjnych pod kierownictwem CMKP w 2012 i w 2013 roku nie znalazł się ani jeden kurs dotyczący trudnych dróg oddechowych, umożliwiający szkoleńcym się w anestezjologii naukę intubacji fiberoskopowej przynajmniej na symulatorze. Kursy takie są dostępne jedynie jako kursy doskonalące dla osób posiadających specjalizację. Wiele spośród nich to kursy płatne. W bieżącym roku rekrutacja jest już zamknięta.

Uważam, że sposób szkolenia stosowany w ośrodkach, w których Panowie pracują, jest jak najbardziej godny rozporozważenia. Najwyższy czas, aby intubacja fiberoskopowa stała się dla polskich anestezjologów umiejętnością praktyczną, a nie tylko wymaganą na papierze. Jednak potrzeba do tego nie tylko większej dostępności sprzętu, symulatorów i szkoleń, ale także zmian mentalności.

Mam nadzieję, że powyższy opis przypadku oraz komentarz Panów przyczyni się do poprawy tej sytuacji.

Adres do korespondencji:

*dr n. med. Magdalena Łasińska-Kowara
Klinika Anestezjologii Kardiologicznej GUMed
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
e-mail: magda@gumed.edu.pl*