



COVIDIEN

positive results for life™

Rurka intubacyjna TaperGuard™

Odsysanie wydzieliny na sali operacyjnej



Pooperacyjne powikłania płucne mają duże znaczenie i zdarzają się często

- Pooperacyjne powikłania płucne są równie częste i charakteryzują się podobną chorobowością, umieralnością i wydłużeniem czasu hospitalizacji, co pooperacyjne powikłania kardiologiczne¹.
- W jednym z badań, najczęściej rozpoznawanymi powikłaniami były zapalenie płuc (3,6%), zakażenia dróg moczowych (3,5%) i niewydolność oddechowa (3,4%)².
- Niedodma, zapalenie płuc, niewydolność oddechowa i zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc są opisywane w literaturze jako najważniejsze pooperacyjne powikłania płucne, powodujące istotną chorobowość¹.

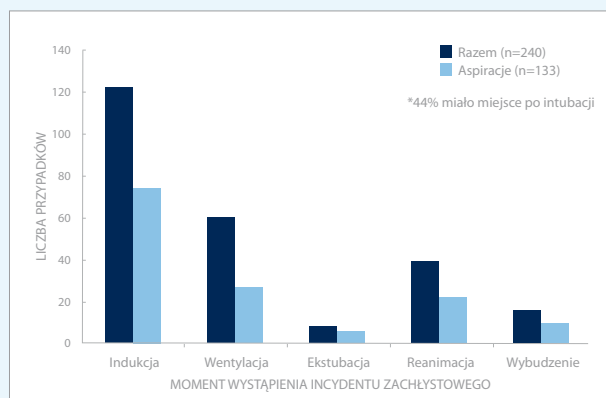


Rurka intubacyjna TaperGuard™

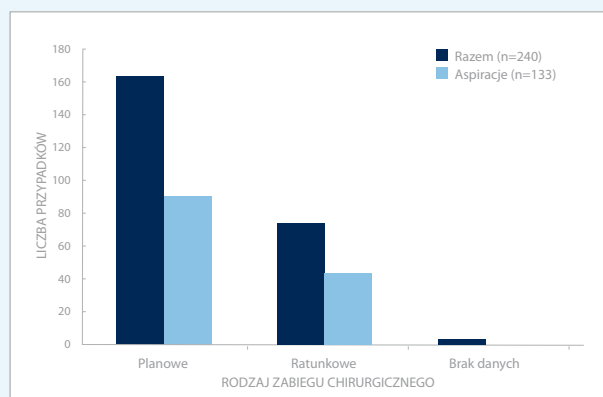
Aspiracja może być pierwotną przyczyną pooperacyjnych powikłań płucnych lub je zaostrzać

- Podczas intubacji może dochodzić do zwracania treści żołądkowej i aspiracji. W celu minimalizacji tego ryzyka należy przedsięwziąć środki ostrożności³, np.:
 - dieta przedoperacyjna
 - opróżnienie żołądka
 - manewr Sellicka
 - premedykacja
- Mimo podjęcia środków zapobiegawczych, pacjentowi może zagrażać umykająca obserwacji śródoperacyjna regurgitacja i aspiracja treści żołądkowej lub innych płynów wokół mankietu rurki intubacyjnej (ryc. 1)⁴.
- Doniesienia wskazują na dwukrotnie większą liczbę aspiracji związanych z prowadzeniem planowych zabiegów chirurgicznych, w porównaniu do zabiegów ratunkowych (ryc. 2)⁴.
- Według Klugera i wsp. „aspiracja musi być brana pod uwagę u każdego spontanicznie oddychającego pacjenta, u którego stwierdza się niewyjaśnione desaturacje, skurcz krtani, zatkanie dróg oddechowych, skurcz oskrzeli, obrzęk płuc czy zatrzymanie krążenia”⁵.

RYCINA 1: ROZKŁAD INCYDENTÓW ZACHŁYSTOWYCH W CZASIE



RYCINA 2: RODZAJ ZABIEGU, PRZY KTÓRYM WYSTĄPIŁ INCYDENT ZACHŁYSTOWY



Jednym z czynników ryzyka aspiracji jest mała skuteczność uszczelniania mankietu rurki intubacyjnej

- W bieżących badaniach wykazano, że większość mankietów rurek intubacyjnych może wykazywać małą zdolność do ochrony płuc przed aspiracją⁶.
- Aspiracja płynów lub wydzielin wokół mankietu rurki intubacyjnej może zachodzić podczas zabiegu operacyjnego. W literaturze brak danych, które pozwoliłyby określić bezpieczny poziom aspiracji⁵.

WIĘKSZOŚĆ MANKIETÓW RUREK INTUBACYJNYCH MOŻE NIE CHRONIĆ PŁUC



MANKIET HI-LO™

MANKIET TAPERGUARD™

CZYNNIKI RYZYKA ASPIRACJI OKOŁOOPERACYJNEJ OBEJMUJĄ (ALE NIE OGRANICZAJĄ SIĘ DO)¹:

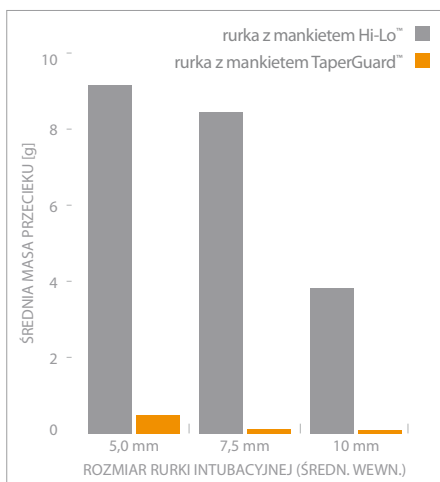
CZYNNIKI RYZYKA ZWIĄZANE Z PACJENTEM

PODESZŁY WIEK	NIEDOŁĘŻNOŚĆ
GRUPA > II W SKALI ASA	POChP
PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA	

CZYNNIKI RYZYKA ZWIĄZANE Z ZABIEGIEM

OTWARTA OPERACJA TĘTNIAKA AORTY	CHIRURGIA GÓRNEJ CZĘŚCI JAMY BRZUSZNEJ	CHIRURGIA GŁOWY I SZYI
ZABIEGI TORAKOCHIRURGICZNE	ZABIEGI NEUROCHIRURGICZNE	ZABIEGI NACZYNIOWE
ZABIEGI BRZUSZNE	DŁUGOTRWALE ZABIEGI	ZNIECZULENIE OGÓLNE

Skuteczność mankietu rurki intubacyjnej TaperGuard™



- Zmniejsza przeciek wokół mankietu o co najmniej 81% w porównaniu z rurką intubacyjną Mallinckrodt™ Hi-Lo™
- Zmniejsza ryzyko przedostania się wydzielin poniżej mankietu
- Pozwala przygotować pacjenta do ekstubacji

ZWYKŁE NISKOCIŚNIENIOWE MANKIETY O DUŻEJ OBJĘTOŚCI PRZEPUSZCZAJĄ BARDZIEJ, NIŻ MOŻNA BY SĄDZIĆ³

Unikatowe stożkowe mankiety rurki TaperGuard™ mogą pomóc pozbyć się wątpliwości związanych z powikłaniami powodowanymi przez aspirację okołoperacyjną.

Mankiet TaperGuard™ zmniejsza przeciekanie wokół mankieta o co najmniej 81% w porównaniu z mankietem Hi-Lo™ Mallinckrodt™⁷. Dzięki zmniejszeniu ryzyka okołoperacyjnej aspiracji spowodowanej przez mankiety uszczelniające tchawicę w niedostatecznym stopniu, rurka intubacyjna TaperGuard™ może zmniejszyć ryzyko pooperacyjnych powikłań płucnych spowodowanych przez aspirację.^{6,8}

¹ Smetana G, et al. Preoperative pulmonary risk stratification for noncardiothoracic surgery: Systematic review for the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2006; 144(8): 581-595.

² Nagelhout J. Aspiration prophylaxis: it time for changes in our practice. *AANA Journal*. 2003; 71(4): 299-303.

³ Rawlinson E. Pulmonary aspiration. *Anesthesia in Intensive Care Medicine*. 2007; 8(9): 365-367.

⁴ Hagberg C. *Benumof's Airway Management* 2nd ed. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2007.

⁵ Kluger MT, Short TG. Aspiration during anaesthesia: A review of 133 cases from the Australian Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). *Anaesthesia*. 1999; 54: 19-26.

⁶ Kluger MT, et al. Crisis management during anaesthesia: Regurgitation, vomiting and aspiration. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14: 1-5.

⁷ Internal Testing; Boulder 2/09

⁸ Dullenkopf A. Fluid leakage past tracheal tube cuffs: Evaluation of the new MicroCuff endotracheal tubes. *Intensive Care Medicine*. 2003; 29: 1849-1853.