

К ВОПРОСУ О ТРАХЕОСТОМИИ**Г.А. Фейгин, М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминава, С.Ю. Комиссарова**

Кыргызско-Российский Славянский Университет

(ректор – д.т.н., профессор Нифадьев В.И.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m.munira.a@mail.ru

Резюме: Данное сообщение посвящено изучению проблем, связанных с хирургической техникой. Даже после улучшений её достижения прогресса в хирургии головы и шеи до сих пор сталкиваются с проблемами и трудностями во время операции и в послеоперационном ведении больного. Эти вопросы, а также пути их решения обсуждаются в данной статье.

Ключевые слова: трахеостомия, трахеотомия, травма, канюля, кашель.

ТРАХЕОСТОМИЯ БОЮНЧА СУРООЛОР**Г.А. Фейгин, М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминава, С.Ю. Комиссарова**

Кыргыз-Россия Славян университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул биддирууну хирургиялык техникарга байланыштуу койгойлорду изилдоого арнаса болот. Ал тургай коптон жетиш кендиктерге, прогресстин жакшыртуусунан кийин дагы баш, моюн хирургиясында операцияга киргизуу же операция болгон бейтаптар менен проблемаларга жана кыйынчылыктарга дуушор болууда. Бул койгорло боюнча жана койгойлорду чечуу боюнча ушул статьяда талкууланган.

Негизги сөздөр: трахеостомия, трахеотомия, канюля, травма, жөтөл.

TO THE ISSUE OF TRACHEOSTOMY**G.A. Feygin, M.A. Nuraliev, M.A. Madaminova, S.Y. Komissarova**

Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This message is dedicated to the study of problems related to the surgical technique. Even after improving its progress in head and neck surgery, it still faces challenges and difficulties during surgery and in the postoperative management of patients. These issues, as well as their solutions are discussed in this article.

Key words: tracheostomy, tracheotomy, injury, shiley, cough.

Введение

Значительные успехи реконструктивной хирургии гортани и трахеи, лечение обширных воспалительных процессов на шее и в гортани, интенсивная и реанимационная терапия при расстройствах дыхания различного генеза, достигнутые за последние три десятилетия, не избавили хирургов прибегать к помощи трахеостомии. Самые решительные терапевтические и современные патогенетические средства лечения, а также известные бескровные манипуляции, не могут исключить трахеостомию из методов лечения пациентов с патологией дыхательных путей. Трахеостомия

по-прежнему остается мощным резервным хирургическим способом лечения тяжелых, не поддающихся терапии, нарушений внешнего дыхания [1,2,3].

Трахеостомия дает возможность наиболее эффективно и быстро снять явление стеноза, существенно уменьшить физическое напряжение больного и более активно вмешаться в течение патологии, развившейся в нижних дыхательных путях [4,5]. Методические основы выполнения трахеостомии и послеоперационного ведения изложены во многих руководствах и монографиях [6,7], но

мы считаем целесообразным остановиться на некоторых ошибках и осложнениях.

Материал и методы

Материалом послужили данные 171 больного, в возрасте от 2 до 79 лет, находившихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении Национального госпиталя при МЗ Кыргызской Республики по поводу патологии верхних дыхательных путей. Мужчин среди них было 93, женщин - 78. Использовалась методика наложения временной и стойкой бесканюльной трахеостомы.

Результаты

Осложнения при трахеостомиях наблюдались как в момент самой операции, так и в различные сроки после нее и были напрямую связаны с тем, насколько грамотно хирург владеет техникой оперативного вмешательства. Экстренную трахеостомию на фоне резкого нарушения внешнего дыхания производили быстро. Во время ее проведения отмечалась значительная экскурсия грудной клетки, резко повышалось отрицательное давление в грудной клетке и кровенаполнение вен в операционном поле. В такой напряженной обстановке вероятность появления технических неточностей выполнения операции и её осложнений значительно возрастала. При проведении кожного разреза хирург может отойти от средней линии, и тем самым затруднит себе дальнейшую ориентировку в тканях. В свою очередь это ведет к неанатомичному, непослойному выполнению трахеостомии и удлиняет время операции. Конкретные примеры негативных последствий следующие: кровотечение, затекание кровяной массы в трахею, повреждение плевры, что ведет за собой пневмоторакс, случайное рассечение передней стенки пищевода, подкожная эмфизема в области шеи и средостения.

К развитию выраженной подкожной эмфиземы может привести слишком большой разрез трахеи, сильный продолжительный кашель больного, плотное ушивание кожных покровов вокруг трахеостомы, отслойка слизистой оболочки трахеи при введении канюли, повреждение трахеостомической канюли, задней стенки пищевода больного вплоть до сквозной перфорации. По всем правилам проведенная операция не исключает негативных последствий и в дальнейшем. Последние могут быть связаны и с ошибками в уходе за пациентом: если наблюдается недостаточное разжижение и удаление (откашливание, аспирация) слизи из

трахеобронхиальной системы, то велика угроза ателектазов (особенно левого легкого), пневмонии. Высохшая или загустевшая слизь, что поступает в канюлю из трахеобронхиального дерева, может частично или полностью закупорить устройство. Это самое распространенное негативное последствие трахеостомии.

Постоянная опасность сохраняется во время нахождения канюли в трахее. Если возникшее осложнение не замечено вовремя, то оно может привести к тяжелым проявлениям гипоксии. Если слизь из трахеостомы собирается при помощи широкого катетера с мощным отсосом, то данный факт приводит к резкому понижению внутрилегочного давления. При этом лёгкое сжимается, уменьшается, что ведет за собой острую гипоксию. Самым верным способом будет правильный выбор канюли, ведь инородный предмет, введенный в трахею, может сам по себе стать причиной многих осложнений: неблагоприятное механическое воздействие трубки на слизистые и хрящи, что обуславливает возникновение и возможное развитие пролежней, различных эрозивных кровото-чений, стенозирование трахеи, после удаление из нее устройства. Чем большего размера (несоизмеримо диаметру самой трахеи больного) канюля была введена, чем дольше она находилась в организме и чем дольше манжетка трубки сохранялась в сильно раздутом положении, тем большая вероятность развития осложнений. Трахеостомическая канюля может незаметно для персонала выпасть из отверстия, такой случай - причина беспокойного поведения больного и сильного кашля.

Были изучены недостатки классической трахеостомии, как в плане технических особенностей её выполнения, основным ориентиром при производстве которой является перешеек щитовидной железы (верхняя, средняя, нижняя), так и необходимости сохранения её зияния с помощью трахеостомической трубки. Последняя, какими бы положительными качествами не обладала, остается инородным телом и находится в кожно-трахеальном канале и трахее. Поэтому в подавляющем большинстве случаев мы стали производить трахеостомию в оптимальном месте (в пределах 2-5 полуколец трахеи), ориентиром для определения которого не может быть перешеек щитовидной железы. А самое главное, стали формировать трахеостому бесканюльную, временную или постоянную.

Были определены методические основы выполнения такой операции и показаны её преимущества. Последние оказались настолько значительными, что намного облегчили послеоперационное состояние больных. Кроме того, необходимость поддерживать зияние просвета трахеостомы трахеоканюлей не безразлично для больного. Канюлю необходимо периодически извлекать, чистить и вновь вставлять, а каждая такая манипуляция, как известно, не лишена отрицательных сторон и появления тяжелых осложнений. Методические основы выполнения временной и стойкой бесканюльных трахеостом и их использование в послеоперационном периоде были отработаны при различных патологических ситуациях. Они были неидентичны при временном, продолжительном или постоянном расстройстве дыхания. Были разработаны способы использования стойкой бесканюльной трахеостомы при нарушении акта глотания, а также для проведения дилатационной терапии и ликвидации патологических процессов в гортани и трахее. Многие из них отличаются особым упорством и угрожают тяжелыми осложнениями и жизни больного. В частности, так бывает при затянувшейся интубации, сроки использования которой ограничены определенными временными рамками. В процессе выполнения значительного числа вмешательств по формированию временных и стойких бесканюльных трахеостом были выявлены технические погрешности и недостатки послеоперационного лечения, которые обуславливали несостоятельность трахеостом. Они послужили основанием для отработки корректирующих приемов, предупреждающих такого рода осложнения. Кроме этого, эти материалы, а также возникающая необходимость выполнять у части больных повторно трахеостомию через различные промежутки времени, послужили стимулом для проведения методических основ выполнения повторных вмешательств по формированию стойких бесканюльных трахеостом взамен канюльных.

Заключение:

Количество и выраженность рефлекторных реакций после операции стали минимальными. Отсутствие трахеостомической трубки в кожно-трахеальном канале, избавило оперированных от выраженного перифокального воспаления, гранулирующего процесса и фибринозно-гнойного воспаления в нем. Также

отсутствие инородного тела избавило пациентов от выраженных воспалительных изменений в респираторном тракте и вероятности появления пролежней в районе его расположения. Последнее можно объяснить тем, что трахеоканюля иногда является ригидной и по изгибу может не соответствовать профильному контуру кожно-трахеального канала и трахеи, поскольку у пациентов он отличается большим разнообразием, как по отмеченному показателю, так и по просвету.

Литература

1. Фейгин, Г.А. *Паллиативная терапия на этапах лечения заболеваний в оториноларингологии – хирургии головы и шеи.* - Бишкек: Изд-во КРСУ, 2019. - 166 с.
2. *Редкие варианты органосохраняющих и реконструктивных операций в пределах шейных отделов, дыхательных и пищевода путей* / [Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Т.М. Сулайманов и др.] // *Folia Otorhinolaringologiae et Pathologiae Respiratoriae.* – Спб.: Изд-во ДИАЛОГ, 2018. – Т. 24 - № 1. – С. 48-59.
3. *Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной* / [Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Д.А. Мактыбаева и др.] // *Folia Otorhinolaringologiae et Pathologiae Respiratoriae.* – Спб.: Изд-во ДИАЛОГ, 2017. - Т. 23. - №3. - С. 80-88.
4. Паршин, В.Д. *Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение.* – ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 102 с.
5. *Трахеостомия как нерешенная проблема в хирургической практике* [В.И. Письменный, И.В. Письменный, О.А. Зотов и др.] // *Фундаментальные исследования.* – 2013. – № 3 (ч. 2). – 365-368 с.
6. Киртчиев, А.А. *Трахеостомия - безусловная необходимость или индивидуальный выбор при хирургическом лечении обширных флегмон головы и шеи* / А.А. Киртчиев, В.Я. Лукашов // *Кубанский научный медицинский вестник.* - 2014. - №1 (143). - С.106-109.
7. *Трахеостомия в хирургической практике* / [В.И. Письменный, Е.П. Кривоцеков, И.В. Письменный и др.] // *Самарский медицинский журнал.* – 2011. – № 5-6 (т. 63–64). – С. 25-29.