

**МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ БЕСКАНЮЛЬНОЙ ТРАХЕОСТОМЫ  
ПРИ СОХРАНЕННОЙ ГОРТАНИ**

**М.М. Кадыров, А.Ш. Шаршенбекова, Эшболот к. Н.**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Приведены методические основы выполнения стойкой бесканюльной трахеостомы при стойком стенозе гортани, в расширенных вариантах резекции гортани, предупреждающей осложнения, присущие канюльной трахеостоме.

**Ключевые слова:** Стойкая бесканюльная трахеостома, канюльная трахеостома, трахеостомия.

**САКТАЛГАН КЕКИРТЕКТЕ ТУРУКТУУ ТҮТҮКСҮЗ ТРАХЕОСТОМАСЫН  
ТҮЗҮҮ ҮКМАСЫ**

**М.М. Кадыров, А.Ш. Шаршенбекова, Эшболот к. Н.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Кекиртек тешигинин тарып кеткендеги туруктуу түтүксүз трахеостоманын аткаруу үкмасынын негиздери, кекиртектин резекциясынын кеңейтилген түрлөрү, түтүктүү трахеостомасына тиешелүү эскертилген күчөтүүлөр тууралуу маселелер келтирилген.

**Негизги сөздөр:** туруктуу түтүксүз трахеостома, түтүктүү трахеостома, трахеостомия.

**THE FORMATION METHOD OF PERSISTENT CANNULA FREE TRACHEOSTOME  
IN PRESERVED LARYNX**

**M.M. Kadyrov, A.Sh. Sharshenbekova, Eshbolot k. N.**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** There are given the methodical bases of performing persistent cannula free tracheostome in persistent stenosis of larynx resection preventing from complications from cannule tracheostome.

**Key words:** Persistent cannula free tracheostome, tracheal cannula, tracheostomy.

**Введение.** Больным по поводу стойких стенозов гортани, обычно производят расширенное хирургическое пособие требующее выполнения трахеостомии зияние которой поддерживается трахеостомической трубкой. Имеются указания в сообщениях М.М. Кадырова [1]. Между тем, какими бы высокими и термопластичными свойствами не обладали трахеостомические трубки, они все же являются инородными телами, проведенными через кожно-трахеальный канал и введенными в трахею. А это значит, что недостатки, присущие канюльной трахеостоме, остаются, хотя и тяжесть их проявления выражена в меньшей степени. У таких больных сохраняется воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале. Его стенки покрываются грануляциями и фибринозным налетом. В его просвете имеется гнойное отделяемое. Последний задерживается на трахеостомической трубке, повышает бактериологическую обсемененность, причем патогенными представителями микромира. Такое содержимое разлагается и издает неприятный за-

пах. Та часть канюли, которая находится в трахее, оказывает давление на его стенки, нарушает функцию мерцательного эпителия. В свою очередь, это приводит к накоплению содержимого в ниже расположенном трахеобронхиальном дереве. В нем развивается трахеобронхит, а иногда и воспалительный процесс в легких. Не оказывает безразличным это воздействие и для других участков респираторного тракта, в том числе и выше расположенной гортани [2].

Если же используются ригидные трубки, то частота и тяжесть осложнений канюленосительства значительно возрастает. Появляются язвенные поверхности от давления трубки из-за их стандартной, неизменяемой формы, переломы колец трахеи, разрастание грануляций, формирование стойких рубцевых стенозов и т.д. К тому же число подобного рода осложнений значительно возрастает при поспешном выполнении экстренных трахеостомий и повторных введении трахеоканюль при неудавшихся деканюляциях.

Описанные ситуации послужили нам основанием разработать методические основы формирования временных и стойких бесканюльных трахеостом и их использования. Они во многом облегчали состояние больных, предупреждали развитие послеоперационных ближайших и отдаленных осложнений, помогали в использовании резервных механизмов разделительной функции гортани, способствовали более надежной фиксации мобилизованных отделов трахеи после циркулярной или фигурной ее резекции [3].

Поэтому изучение вопроса, связанного с исследованием различных аспектов формирования

стойкой бесканюльной трахеостомы, следует считать актуальным.

**Методика формирования стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани по Фейгину Г.А. и Кадырову М.М. (1982).** После местной инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина через срединный разрез шеи от уровня нижнего края перстневидного хряща и до нижней проекции яремной вырезки осуществляем обычный подход к трахее, но с бережным отношением к тканям, без тщательного скелетирования передней стенки трахеи и отсепаровки тканевых слоев в стороны (рис. 1).



Рис. 1. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с сохраненной гортанью (1 этап-кожный разрез) А) вид спереди Б) вид с горизонтальной плоскости.

Избыток тканей, суживающий подход к трахее (подкожная жировая клетчатка, перешеек щитовидной железы, края мышц), иссекаем. Затем через межкольцевое пространство вводим 1,0 мл

10% раствора лидокаина. После этого на уровне 2-4 колец трахеи из ее передней стенки выкраиваем лоскут языкообразной формы и широким питающим нижним основанием (рис. 2).

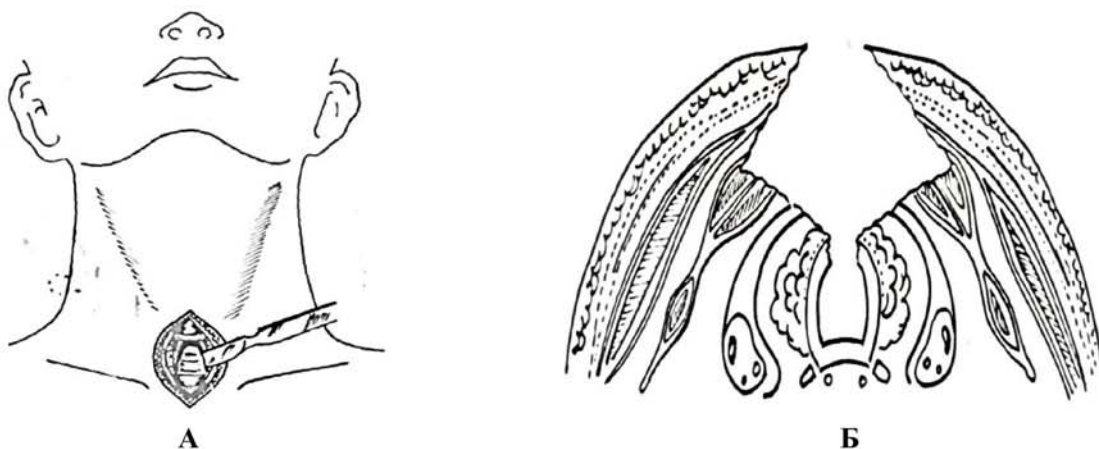


Рис. 2. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (3 этап-выкраивание языкообразного лоскута из передней стенки трахеи на уровне ее 2-4 колец. После иссечения избытка тканей) А) вид спереди, Б) вид с горизонтальной плоскости.

Языкообразный лоскут трахеи отворачиваем книзу и сшиваем с двух сторон с кожей верхнего угла и боковых краев раны монолитным капроновым шовным материалом. Длинные концы от этих нитей не срезаем. С двух сторон от сформированной трахеостомы (правой и левой) раз-

дельно их связываем узлом. К узлам привязываем марлевые тесемки. Тесемки увязываем позади шеи с легким натяжением таким образом, чтобы нити лигатур не погружались в кожу у края трахеостомы и не оставляли в ней «странгуляционных следов» (рис. 3).

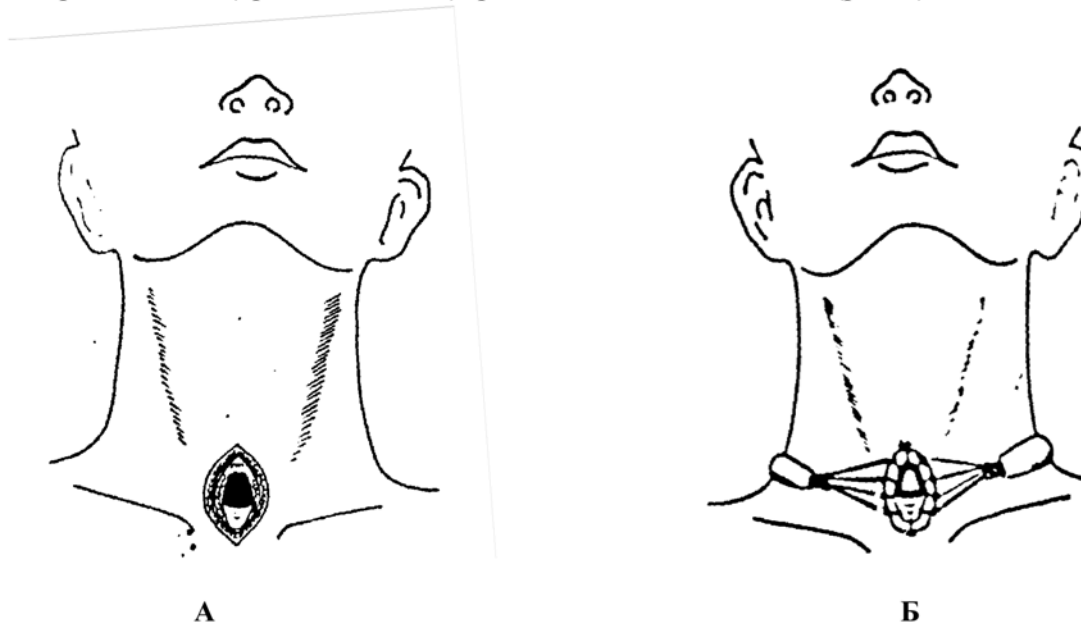


Рис. 3. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (4 этап)  
а) языкообразный лоскут трахеи отвернут книзу и б) сшит с нижним углом раны.

Швы со стойкой бесканюльной трахеостомы снимаем через 10-12 дней после операции. Сформированная таким образом стойкая бесканюльная трахеостома широко и стойко зияет. Через нее осуществляется достаточная вентиляция легких, что позволяет избавить больных от введения в сформированный просвет трахеостомической трубки.

Стойкую бесканюльную трахеостому формировали в следующих патологических и хирургических ситуациях: 1) при травматических повреждениях гортани, сопровождающихся размозжением анатомических элементов гортани, пересечением или повреждением ниже-гортанных или возвратных ветвей блуждающих нервов (5 наблюдений); 2) при стенозах гортани, обусловленных двусторонним поражением ниже-гортанных нервов или возвратных ветвей блуждающих нервов инфекционной этиологии (4 наблюдения); 3) при стойких стенозах гортани, когда в названном органе имелись выраженные воспалительные изменения, грануляции, язвенные поверхности и активное келлоидное рубцевание, временно препятствующие визуальному и анатомическому выполнению операции, направленной на устранение стойкого стеноза гортани (2 наблюдения); 4) при длительном канюленосительстве после

крико-конико-тиреостомий (4 наблюдения); 5) при тяжело протекающем и быстро рецидивирующем папилломатозе гортани и с распространением опухоли на нижний этаж органа и трахею (2 наблюдения); 6) при стенозах гортани, обусловленных послелучевым хондроперихондритом (4 наблюдения); 7) при развитии стойкого рубцового стеноза гортани после органосохраняющих операций на ней, когда трахеостома либо не формировалась, либо выполнялась по общепринятой методике и закрылась самостоятельно после удаления трахеостомической трубки (5 наблюдений); 8) при стенозах гортани, обусловленных инкурабельным раком органа (3 наблюдения); 9) при стенозах гортани, обусловленных курабельной опухолью, как этап перед основными лучевым, хирургическим, или комбинированным лечением (5 наблюдений); 10) при планировании лучевого лечения после резекций гортани (67 наблюдений); 11) при выполнении расширенных вариантов резекций гортани (174 наблюдения) [4].

Результаты оценки сформированной стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани у 275 больных в отдаленном послеоперационном периоде (табл. 1).

Клиническая оценка состояния стойкой бесканюльной трахеостомы в отдаленном послеоперационном периоде (через 12 мес.)

<b>Клиническая оценка по</b>			
Конечному исходу	Размеру сформированной трахеостомы (см), количество больных	Дыхание через трахеостому	Состоянию краев трахеостомы и мягких тканей вокруг нее
Сформировалась достаточных размеров	1,2*1,0 и более 206 наблюдений	Свободное в покое и физической нагрузке	Края раны гладкие с нежными послеоперационными рубцами. Окружающие ткани не изменены
Сформировалась малых размеров	1,0*0,8 42 наблюдений	Свободное в покое и слегка затруднено при физической нагрузке	Края раны ровные, гладкие. Местами прилегающая кожа и мягкие ткани замещены рубцом.
Сформировалась недостаточных размеров или рубцово заросла	0,7*0,3 и менее 27 наблюдений	Невозможно без вставления трахеостомической трубки или трахеостомии	Вокруг трахеостомы грубые келоидные рубцы

**Заключение.**

Стойкая бесканюльная трахеостома, освобождая больного от канюленосительства, облегчает послеоперационное состояние больных. Ее наличие обеспечивает свободное дыхание. При такой трахеостоме не появляются нежелательные осложнения (воздушная эмфизема, гнойно-воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале, трахее и бронхах, нарушение транспортной функции слизистой оболочки). Сформированная стойко зияющая трахеостома освобождает больных от тягостных ощущений больного и окружающих, проявляющихся неприятным запахом, пароксизмами кашля и бессонницей. Стойкая трахеостома, при правильном ее формировании, избавляет больных от повторных небезопасных введений трахеоканюль, переломов колец, появления грануляций и рубцовых деформаций в

просвете трахеи, ее трехеомалаций, пролежней в ее стенке, порою жизненно опасных и т.д. [2].

**Литература**

1. Фейгин, Г.А. *Что нужно знать о трахеостомии: монография* / Г.А. Фейгин, М.М. Кадыров, Д.Г. Фейгин. - Фрунзе: Изд-во Кыргызстан, 1989. - 92 с.
2. Крюков, А.И. *Диагностика, лечение и профилактика осложнений у хронических канюленосителей* / [А.И. Крюков и др.] // *Медицинский совет*. - 2014. - №3. - С. 88-91.
3. Сулайманов, Ж.С. *К проблеме трахеотомии и трахеостомии* / Ж.С. Сулайманов // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2009. - №4. - С. 80-81.
4. Кассиль, В.Л. *Искусственная и вспомогательная вентиляция легких* / В.Л. Кассиль, М.А. Выжигина, Г.С. Леснин. - М., 2009. - 81 с.