

УДК 616.231-089.85:616-083.98
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-9-106-109

ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминова, В.Г. Шевчук, Е.В. Тулинова

Аннотация. Самые решительные терапевтические методы, включающие современные патогенетические средства лечения и 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. Трахеостомия дает возможность наиболее эффективно и быстро снять явление стеноза, существенно уменьшить физическое напряжение больного и более активно вмешиваться в течение патологии, развившейся в нижних дыхательных путях. Методические основы выполнения трахеостомии и послеоперационного ведения изложены во многих руководствах и монографиях, но мы считаем целесообразным остановиться на некоторых подробностях. Был накоплен достаточный опыт в выполнении временной и стойкой бесканюльной трахеостомии, который применяется при проведении интенсивной и реанимационной терапии, при обструкциях дыхательных путей различной этиологии.

Ключевые слова: временная и стойкая бесканюльная трахеостомия; стеноз; реконструктивная хирургия; патология дыхательных путей; интенсивная и реанимационная терапия.

ТРАХЕОСТОМИЯ КЕЧИКТИРИЛГИС АБАЛДАРДА

М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминова, В.Г. Шевчук, Е.В. Тулинова

Аннотация. Эң чечкиндүү терапиялык ыкмалар, анын ичинде заманбап патогендик дарылоо каражаттары жана белгилүү кансыз манипуляциялар дем алуу жолдорунун патологиясы бар бейтаптарды дарылоо ыкмаларынан трахеостомианы жокко чыгара албайт. Трахеостомия мурдагыдай эле дарылоого баш ийбеген тышкы дем алуу органдарынын оор ооруларын дарылоодо күчтүү резервдик хирургиялык ыкма болуп саналат. Трахеостомия стенозду эң натыйжалуу жана тез алып салууга, оорулуунун физикалык чыңалуусун олуттуу түрдө төмөндөтүүгө жана төмөнкү дем алуу жолдорунда пайда болгон патологияга активдүү кийлигишүүгө мүмкүндүк берет. Трахеостомианы жана операциядан кийинки дарылоону жүргүзүүнүн методикалык негиздери көптөгөн колдонмолордо жана монографияларда баяндалган, бирок биз айрым бир деталдарга токтолууну максатка ылайыктуу деп эсептейбиз. Ар кандай этиологиядагы дем алуу жолдорунун тоскоолдугунда интенсивдүү жана реанимациялык терапия учурунда колдонулуучу убактылуу жана туруктуу канулсуз трахеостомианы жүргүзүүдө жетиштүү тажрыйба топтолду.

Түйүндүү сөздөр: убактылуу жана туруктуу канулсуз трахеостомия; стеноз; калыбына келтирүүчү хирургия; дем алуу органдарынын патологиясы; интенсивдүү жана реанимация терапиясы.

TRACHEOSTOMIES IN CASE OF EMERGENCY CONDITIONS

M.A. Nuraliev, M.A. Madaminova, V.G. Shevchuk, E.V. Tulinova

Abstract. The most decisive therapeutic, including modern pathogenetic treatments and well-known bloodless manipulations, cannot exclude tracheostomy from the methods of treatment of patients with respiratory tract pathology. Tracheostomy is still a powerful backup surgical method for the treatment of severe, non-treatable respiratory disorders. Tracheostomy makes it possible to most effectively and quickly remove the phenomenon of stenosis, significantly reduce the physical strain of the patient and more actively intervenes during the pathology that has developed in the lower respiratory tract. The methodological foundations of tracheostomy and postoperative management are described in many manuals and monographs, but we consider it appropriate to dwell on some details. Sufficient experience has been accumulated in performing temporary and persistent tubeless tracheostomy, which is used during intensive and resuscitation therapy, with airway obstruction of various etiologies.

Keywords: temporary and persistent tubeless tracheostomy; stenosis; reconstructive surgery; pathology of the respiratory tract; intensive and resuscitation therapy.

Введение. Значительные успехи реконструктивной хирургии гортани и трахеи, лечения обширных воспалительных процессов на шее и в гортани, тяжелых стенозирующих ларинготрахеобронхитов, интенсивной и реанимационной терапии при расстройствах дыхания различного генеза, достигнутые за последние три десятилетия, не избавили хирургов в силу необходимости прибегать к помощи трахеостомии [1–3]. По-прежнему, с помощью этого хирургического вмешательства решаются разнообразные проблемы лечения, жизнеобеспечения и облегчения состояния больных [4, 5]. Трахеостомию, как правило, выполняют по классической методике и затем поддерживают зияние сформированной стомы трахеостомической трубкой. К сожалению, принятая техника выполнения операции и присутствие трахеостомической трубки в респираторном тракте не безразличны для больного и не лишены недостатков. После операции и из-за наличия инородного тела в трахее развиваются осложнения, достаточно широко описанные в специальной литературе, значительно отягощающие лечение больных, а также их субъективный статус [6–8]. Неудивительно, что это обстоятельство стимулировало отдельные попытки сформировать трахеостому таким образом, чтобы ее зияние было самостоятельным [9–11].

Несмотря на то, что это стремление не получило должной популярности, наша клиника стала уделять серьезное внимание этой хирургической проблеме. В результате были отработаны техника формирования и ее использование временной и стойкой бесканюльной трахеостомии при неотложных состояниях. В итоге был накоплен достаточный опыт, который подтвердил целесообразность использования временной и стойкой бесканюльной трахеостомы [12]. Мы стали широко и повсеместно использовать данную методику выполнения временной и стойкой бесканюльной трахеостомы в реанимационных отделениях городских больниц, Национальном госпитале, родильных домах, в инфекционной больнице. Временная бесканюльная трахеостома формировалась нами в случаях, когда самостоятельное дыхание у больного можно восстановить в течение первых 10 дней после хирургического вмешательства. Стойкая бесканюльная

трахеостома формировалась, когда больные нуждались в дыхании через трахеостому в течение длительного периода времени.

Временная бесканюльная трахеостома наиболее часто производилась, когда наблюдалась острая дыхательная недостаточность, которая могла быть устранена в течение короткого промежутка времени. Мы формировали временную бесканюльную трахеостому при флегмонах шеи, ранениях органов шеи, отеках гортани, стенозирующих ларинготрахеобронхитах, папилломатозах гортани и трахеи, т. е. при всех тех состояниях, при которых регистрировалась обструкция просвета дыхательного на уровне гортани и верхних отделов трахеобронхиального дерева [13]. Реже – при ботулизме и острых отравлениях, при которых расстройства дыхания центрального генеза служили основанием для выполнения такой же операции. У этих больных дыхательные пути в момент выполнения трахеостомии были свободны от патологического содержимого. И, наконец, у части больных мы вынуждены были сформировать временную бесканюльную трахеостому в связи с необходимостью проведения операции под интубационным наркозом. Разумеется, в этих случаях такое хирургическое вмешательство производилось в связи с тем, что интубация через естественный путь была невозможна или противопоказана. У больных с относительно непродолжительной декомпенсацией дыхания центрального генеза временная бесканюльная трахеостома использовалась для ИВЛ. Временная бесканюльная трахеостома позволяла у этих больных уменьшить выраженность воспалительных изменений и благодаря этому добиться восстановления дыхания естественным путем, следовательно, их деканюлировать. У отдельных больных возникала необходимость в освобождении дыхательных путей от патологического содержимого, и в этих случаях разбираемое хирургическое вмешательство было полезно, поскольку через зияющую трахеостому можно было отсасывать патологическое содержимое или проводить лаваж [14].

Стойкая бесканюльная трахеостома была связана с тем, что потребность в наличии доступа в нижние отделы респираторного тракта оказывалась необходимой в течение длительного времени. Наиболее часто такой вид

хирургического пособия осуществлялся для ИВЛ через трахеостому. И это понятно, поскольку эти больные поступали в реанимационные отделения больниц и родильных домов с тяжелой черепно-мозговой травмой, эклампсией, после удаления опухолей головного мозга, миастений и столбняком. Именно при этих состояниях чаще всего регистрировалась длительная паралитическая дыхательная недостаточность. И только ИВЛ могла обеспечить жизнеспособность таких больных. Кроме того, у этих больных стойкая бесканюльная трахеостома использовалась для удаления слизи и мокроты из респираторного тракта и его лаважа. Стойкая бесканюльная трахеостома устраняла декомпенсацию дыхания, обусловленную обструкцией дыхательных путей различного генеза. Кроме этого, у значительной части больных бесканюльная трахеостома оказалось полезной и для решения другой, порой не менее важной задачи – для уменьшения выраженности воспалительного процесса на уровне, а также выше и ниже расположения. Это позволяло в одних случаях освободить наших пациентов от канюленосительства, у других – уточнить тяжесть рубцовой деформации просвета респираторного тракта на уровне гортани и трахеи, у третьих – устранить деформацию дыхательного горла в связи с прогибом, переломом и частичным дефектом хрящевых формирований указанных органов, у четвертых – удалять из респираторного папилломатозные разрастания, расположенные в подскладочном пространстве, на уровне трахеостомы и ниже нее вплоть до бифуркации, заодно пользуясь ею для проведения наркоза с интубацией [12, 15]. При стойких стенозах гортани и трахеи это хирургическое вмешательство явилось основным методом лечения. Оно позволяло больным в короткие сроки без осложнений в подавляющем большинстве случаев восстановить проходимость верхних дыхательных путей. В частности, при циркулярных резекциях гортани, иногда с нижним отделом гортани, заканчиваемых сшиванием проксимального и дистального отрезков респираторного тракта “конец в конец” или ларинготрахеопексией, в том числе фигурной, стойкая бесканюльная трахеостома помогала дополнительно фиксировать мобилизованный

дистальный отрезок трахеи после операции на необходимом уровне.

Все приведенное позволило нам составить перечень заболеваний, при которых может возникнуть потребность во временной или стойкой бесканюльной трахеостомии сформулировать показания к их выполнению.

Показания к временным бесканюльным трахеостомам:

А. Временная непроходимость верхних дыхательных путей.

1. Флегмона шеи.
2. Отек гортани различной этиологии (аллергия, ожоги щелочами, кислотами, термические ожоги и др.).
3. Ранения органов шеи.
4. Стенозирующий ларинготрахеобронхит.
5. Папилломатоз гортани и трахеи.
6. Реактивные изменения слизистой оболочки гортани и трахеи после длительной интубации.

Б. Острая дыхательная недостаточность при свободных дыхательных путях.

1. Ботулизм.
2. Эклампсия.
3. Острые отравления.

Показания к стойким бесканюльным трахеостомам:

А. Непроходимость верхнего отдела дыхательного тракта длительного характера.

1. Стойкие стенозы гортани и трахеи.
2. Папилломатоз гортани и трахеи.

Б. Синдром дыхательной недостаточности центрального генеза.

1. Черепно-мозговые травмы.
2. Опухоли головного мозга.
3. Эклампсия.

В. Необходимость в длительной ИВЛ (более 10 суток) при паралитической дыхательной недостаточности.

1. Черепно-мозговые травмы.
2. Миастения.
3. Столбняк.
4. Ботулизм тяжелая форма.

Методические основы выполнения временной и стойкой бесканюльной трахеостомии отличались от общепринятых методик этой операции тем, что после подхода к трахее в оптимальном месте (1–2–4–5 кольца трахеи) трахея

рассекалась по средней линии продольно. Затем удалялся избыток тканей в кожно-трахеальном канале (подкожно-жировая клетчатка, частично срединные мышцы шеи и, при необходимости, перешеек щитовидной железы). После чего края кожи сшивались с краями трахеостомы швами из монолитного капрона (леска). Концы этих швов не срезались, а увязывались позади шеи с легким натяжением. Такая методика выполнения операции обеспечивала зияние трахеостомы на короткий срок без вставления трахеостомической трубки. В течение первых 10 дней швы с нее снимались, что позволяло закрыться ей самостоятельно.

Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы, отработанное в отделении оториноларингологии хирургии головы и шеи Национального госпиталя при МЗКР [12, 13], отличалось, по сути дела, от изложенной методики тем, что при вскрытии трахеи формировался языкообразный лоскут с нижним основанием. После тех же подготовительных мероприятий и такого же сшивания краев кожи и краев трахеального отверстия по всему периметру швы снимались не ранее чем через 12 дней. Такой срок сохранения швов обеспечивал срастание кожно-трахеальных краев трахеостомы, что и обеспечивало стойкое ее зияние.

Учитывая вышеизложенное, у больных при неотложных состояниях в условиях интенсивной и реанимационной терапии целесообразней сразу же формировать временную бесканюльную трахеостому, когда самостоятельное дыхание может восстановиться в течение короткого промежутка времени – 10 первых дней после хирургического вмешательства. Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы следует рекомендовать тем больным, которые нуждаются в дыхании через трахеостому в течение длительного времени.

Поступила: 16.03.22; рецензирована: 30.03.22;
принята: 01.04.22.

Литература

1. Царенко С.В. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / С.В. Царенко. М.: Медицина, 2005. 352 с.
2. Перельман М.И. Хирургия трахеи / М.И. Перельман. М.: Медицина, 1972. 370 с.
3. Аврапов Д.А. Трахеостомия как лечебный метод при неотложных состояниях: пособие для врачей / Д.А. Аврапов, Ю.В. Исаков. М.: Медицина, 1998. С. 26–30.
4. Кирасирова Е.А. Оптимизация ведения больных после трахеостомии и реконструктивных операций на гортани и трахее / Е.А. Кирасирова, Н.В. Лафуткина, Р.Ф. Мамедов, М.И. Усова // Вестник оториноларингологии. 2021. Т. 86. № 4. С. 36–40.
5. Захарова М.Л. Трахеостомия у новорожденных и детей грудного возраста / М.Л. Захарова, О.К. Горкина, П.В. Павлова, О.П. Павлова // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2020. Т. 26. № 2. С. 24–32.
6. Бердикян А.С. Чрескожная дилатационная трахеостомия / А.С. Бердикян // Вестник интенсивной терапии. 1999. № 1. С. 12–14.
7. Шляга И.Д. Трахеостомия: показания, техника, осложнения, уход в послеоперационном периоде: учебно-методическое пособие / И.Д. Шляга, С.В. Ермолин, В.В. Редько. Гомель: ГомГМУ, 2012. – 16 с.
8. Письменный В.И. Трахеостомия как нерешенная проблема в хирургической практике / В.И. Письменный, И.В. Письменный, О.А. Зотов [и др.] // Фундаментальные исследования. 2013. № 3 (часть 2). С. 365–368.
9. Горбунов В.А. О последствиях некоторых современных методов трахеостомии / В.А. Горбунов, С.И. Кубышкин // Российская оториноларингология. 2004. № 6. С. 75–80.
10. Кубышкин С.И. Операция трахеостомии ошибки и осложнения / С.И. Кубышкин, В.А. Горбунов, Д.В. Пышный // Военно-медицинский журнал. 2006. Т. 327. № 11. С. 30–36.
11. Паршин В.Д. Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение / В.Д. Паршин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 102 с.
12. Фейгин Г.А. Что нужно знать о трахеостомии / Г.А. Фейгин, М.М. Кадыров, Д.Г. Фейгин. Фрунзе: Кыргызстан, 1989. 92 с.
13. Фейгин Г.А. Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной / Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук, Д.А. Мактыбаева, А.М. Орозалиева // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2017. Т. 23. № 3. С. 80–88.
14. Фейгин Г.А. Паллиативная терапия на этапах лечения заболеваний в оториноларингологии – хирургии головы и шеи / Г.А. Фейгин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2019. 166 с.
15. Орозалиева А.М. Трудности при выполнении бесканюльных повторных трахеостомий и ретрахеостомий, методики их преодоления / А.М. Орозалиева // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 122–124.