

УДК 616.231-089.86-089.193.4(575.2)(04)

ТРУДНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БЕСКАНЮЛЬНЫХ
ПОВТОРНЫХ ТРАХЕОСТОМИЙ И РЕТРАХЕОСТОМИЙ
И МЕТОДИКИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

А.М. Орозалиева – аспирант

Описаны трудности, встречающиеся при повторной трахеостомии и ретрахеостомии, и способы их преодоления.

Ключевые слова: трахеостомия; ретрахеостомия.

Причины, затрудняющие и осложняющие выполнение трахеостомий, отличаются разнообразием. Это анатомические особенности строения шеи, патологические изменения в органах и тканях, имеющих паратрахеальную локализацию, а также изменения в тканевых структурах, расположенных между кожей и передней стенкой шейного отдела респираторного тракта, обусловленных предшествующими хирургическими вмешательствами [1–2]. Каждая из названных ситуаций требует некоторых особенностей выполнения операции [3–5].

В доступной литературе сообщений о возможности формирования бесканюльной трахеостомы при изменениях в тканях и органах шеи, обусловленных предшествующей трахеостомией, явно недостаточно, затронутый вопрос актуален и важен сегодня для практического здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В течение 1997–2007 гг. в нашу клинику поступило 98 больных, из них 6 человек было госпитализировано для повторной трахеостомии, а 92 – для ретрахеостомии.

Выполнение повторной бесканюльной трахеостомии в трех случаях оказалось необходимо из-за стеноза, обусловленного раком гортани, в двух – из-за стеноза в связи с обструкцией просвета гортани, обусловленной острой респираторной инфекцией и в двух – с папилломатозом гортани.

Среди больных, у которых возникла необходимость выполнить ретрахеостомию, 12 человек с неоднократными неудачными попытками деканюляции; 25 – с сужением ранее сделанной

бесканюльной трахеостомии, обусловливающим дыхательную недостаточность; 14 – с желанием заменить канюльную трахеостому на бесканюльную, 9 – с необходимостью проведения дилатационной терапии с помощью Т-образных силиконовых трубок; 20 пациентов с ларингэктомией, которым до этой операции по экстренным показаниям была сделана трахеостомия по поводу стенозирующего рака гортани; и, наконец, 12 пациентов с рубцовым стенозом и трахеомалацией, которым была выполнена циркулярная резекция трахеи для повышения возможности реконструктивной операции шейного отдела респираторного тракта.

Результаты проведенных операций оценивались с помощью клинического обследования больных. Обращалось внимание на строение шеи, на изменения, обнаруживаемые в области перифокальных тканей, на состояние кожного трахеального канала той области шеи, где в прошлом была трахеостома, и, разумеется, на состояние трахеи в регионе формирования бесканюльной трахеостомы.

Эти данные позволяли объективно оценить ситуацию и избрать как до, так и во время операции оптимальную методику выполнения хирургического вмешательства.

Результаты исследования. Трудности, с которыми приходится встречаться при формировании стойкой бесканюльной повторной трахеостомы и ретрахеостомы, не всегда одинаковы. Основные требования такие же, как и при первичном вмешательстве. Среди них – формирование трахеостомы с пологими краями и с достаточной шириной просвета. Это необходимо для

того, чтобы вновь сформированная трахеостома оказалась действующей без трахеоканюли как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после выполненного вмешательства.

Различные исходные состояния в этих двух группах больных в конечном итоге определяют как разные показания к повторной операции, так и отличающиеся методы ее выполнения.

Повторная трахеостомия, выполняемая в связи с рестенозом, так же как и первичная, часто проводится в условиях, требующих от хирурга решительных и быстрых действий. В этой ситуации задача может осложниться тем, что у большинства таких больных невозможна оро-трахеальная интубация и ориентировка в измененных тканях после предшествующей трахеостомии не всегда бывает легкой. В этих случаях мы вскрывали трахею по ходу рубца, сформировавшегося на месте предшествующей трахеостомии. Выбор такой тактики, прежде всего, оправдан отсутствием в толще рубца крупных кровеносных сосудов и меньшей вероятностью травмы щитовидной железы, ткани которой после предшествующего хирургического вмешательства либо замещены в зоне перешейка рубцом, либо оказываются смещенными.

При выполнении повторной операции с формированием стойкой бесканюльной трахеостомы желательно иссечение рубцовой ткани в ее окружении и выполнение других условий, необходимых для получения стойко функционирующего отверстия. Заключительный этап такой операции может, как и при первичном выполнении хирургического вмешательства, осуществляться с формированием окончатого отверстия, либо отверстия, в котором нижняя часть бесканюльной трахеостомы представлена вшитым в ее нижний угол языкообразным лоскутом трахеи.

Стенки трахеи в зоне бывшего вмешательства из-за наростшей с их наружной стороны рубцовой ткани и оссификации оказываются ригидными, и открыть отверстие смещением их в сторону невозможно. Поэтому по периметру будущей трахеостомы их иссекали и даже слегка истончали. Эти манипуляции, наряду с иссечением части передней стенки трахеи для формирования в ней окна, достаточного просвета, позволяли сформировать трахеостому необходимого размера.

Иногда повторную трахеостомию у больных с рецидивом рака гортани приходится производить с одновременным ее удалением. Во время выполнения такой операции следует включить

рубцовую ткань в удаляемый блок и осуществить косое рассечение трахеи. Остальные этапы операции сходны с таковыми при обычно выполняемой ларингэктомию.

В тех случаях, когда по тем или иным причинам невозможно было восстановить дыхание естественным путем либо в связи с рубцовым заращением, либо сужением, заполнением патологической тканью просвета гортани, при которых необходимо было воздержаться на какое-то время от реконструктивного хирургического вмешательства или лечение выше перечисленных изменений было бесперспективно, ретрахеостомию с формированием стойкой бесканюльной трахеостомы взамен канюльной начинали с иссечения кожнотрахеального канала. Последний, как уже было отмечено, имел большую длину, рубцово-измененные кожные края и выраженную перифокальную инфильтрацию окружающих тканей. При такой его характеристике кожно-трахеальный канал с измененными вокруг него тканями иссекали полностью до передней стенки трахеи. Такое выполнение первого этапа операции, осуществляемого для обеспечения дыхания без трахеостомической трубки, позволяло освободиться от избытка тканей и обеспечить мобильность кожного края по всему периметру. Этому способствовал дефицит тканей в претрахеальной области за счет удаленного избытка тканей шеи: перешейка щитовидной железы, инфильтрированных тканей и части срединных мышц.

Следующий этап операции заключался в иссечении или удалении патологических изменений в отверстии трахеи, образовавшихся после предшествующей операции и длительного канюленосительства. Чаще они были вызваны постоянным присутствием в трахее трубки и травматическим воздействием на ее края и просвет. Обработку такого отверстия осуществляли осторожно, чтобы она не уменьшала диаметр просвета трахеи. Отдавалось предпочтение острому способу освежения краев отверстия и расширению размера отверстия с помощью продольного рассечения ее передней стенки. После тщательного гемостаза мы сшивали края кожи с краем рассеченной трахеи по всему периметру формируемой трахеостомы. При этом края их сближали до соприкосновения и ни в коем случае не перекрывали кожей слизистую оболочку. Дефицит тканей, возникающий после иссечения избытка тканей, позволял нам с помощью накладываемых швов из несрезаемой монолитной лески создать натяжение краев

трахеостомы посредством их увязывания позади шеи и тем самым обеспечить достаточное зияние трахеостомы и пологий контур ее кожных краев.

Операцию у больных раком гортани, которые поступили в стационар с суженной трахеостомой, мы начинали со срединного разреза, который окаймлял суженную трахеостому. После общепринятой мобилизации пораженной гортани последнюю удаляли в одном блоке с кожнотрахеальным каналом и частью трахеи. Удаление гортани с отмеченной частью трахеи осуществляли снизу вверх после косоого рассечения трахеи на указанном уровне.

Поступая таким образом, мы стремились, во-первых, повысить абластическую надежность хирургического вмешательства, во-вторых, формировать трахеостому после удаления гортани в пределах ее неповрежденного отдела, разумеется уже укороченного. В итоге трахея незначительно или даже не выступала над уровнем яремной вырезки. Это усложняло формирование стойкой бесканюльной трахеостомы, без мобилизации трахеи из грудной клетки. Для этого мы вначале отделяли частично острым, частично тупым путем заднюю стенку трахеи от пищевода. Затем осуществляли мобилизацию трахеи аналогичным приемом по ее остальному периметру на протяжении иногда до 3–4 колец. После этого удавалось вывести трахею из грудной клетки и по принятой в нашей клинике методике сформировать стойкую трахеостому с вышеупомянутыми пологими контурами.

Результаты описанных методик выполнения ретрахеостомии и повторной трахеостомии оказались эффективными у подавляющего числа больных. Стойкое зияние бесканюльной трахеостомы оказалось достаточным для свободного дыхания у 81 из 98 оперированных больных. И только в 17 случаях наступило сужение трахеостомы, что потребовало дополнительного вмешательства.

В тех случаях, когда в процессе лечения дыхание естественным путем у больных восстанавливалось (разумеется, речь идет не о больных, перенесших ларингэктомию), производилась пластическая операция по закрытию стойкой бесканюльной трахеостомы.

Литература

1. *Ситников В.П.* Способ лечения посттрахеостомических стенозов трахеи // Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. Матер. междунар. науч.-практ. конф. оторинолар. в Иркутске. – М., 1992. – С. 379–380.
2. *Шахсуварян С.Б.* Трахеостомия у больных с опухолями головы и шеи. – СПб., 2004. – 116 с.
3. *Бочковский Ф.И., Пастухов Ю.Н., Яговский В.Ф.* Пластика при трахеомалиции // Вопросы клинической медицины. Сб. научн. труд. – Пермь, 1995. – С. 70–72.
4. *Молчанова К.А.* Пластика зияющих дефектов глотки, шейного отдела пищевода и рубцово-суженной трахеостомы. – М., 1970. – 176 с.
5. *Фейгин Д.Г.* Повторная трахеостомия при заболеваниях гортани и трахеи: Дис... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1986. – 209 с.