

ТРАХЕОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А. Т. Алиев

Кафедра нейрохирургии АГИУВ, городская клиническая больница № 7, г. Алматы

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является основной причиной инвалидности и смертности у людей трудоспособного возраста. Актуальна данная проблема и для стран СНГ, где частота внутрочерепных повреждений составляет более 230 на 100 тыс. населения. Летальность при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ), несмотря на значительные изменения в научной и технической поддержке лечебного процесса, остается достаточно высокой. Причиной неблагоприятного течения ТЧМТ являются патофизиологические изменения в головном мозгу, приводящие к вторичным повреждениям. Интенсивная терапия при ТЧМТ преследует цель предупредить развитие неблагоприятного сценария развития каскада мозговых повреждений. Одним из основных компонентов интенсивной терапии является адекватная респираторная поддержка. Трахеостомия, как один из способов обеспечения проходимости дыхательных путей для проведения длительной респираторной поддержки, является распространенной хирургической операцией, выполняемой примерно у 15 % пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Преимуществами трахеостомии перед длительной интубацией являются: упрощение санации трахеобронхиального дерева, снижение потребности в седативных препаратах, ускорение перевода пациента на самостоятельное дыхание. Показаниями к выполнению трахеостомии у больных с ЧМТ являются:

- 1) кранио-фациальная травма;
- 2) выраженные бульбарные нарушения;
- 3) длительные коматозные состояния;

4) сочетание ЧМТ с инфекционными бронхолегочными осложнениями. В последнее время традиционный способ проведения трахеостомии уступает чрескожным методикам, в связи с этим

ее все чаще проводят в более ранние сроки. Ранняя трахеостомия способствует уменьшению продолжительности респираторной поддержки, снижению риска инфекционных осложнений. В настоящее время наиболее популярным является метод пункционно-дилатационной трахеостомии (ПДТ) по методике Сигли и Григса. Преимуществами данного метода, по данным авторов, являются возможность более раннего применения, быстрота выполнения и косметический результат. В то же время ряд авторов скептически настроены к ПДТ, указывая на вопросы безопасности, т.к. методика чревата возникновением кровотечений, повреждений стенок трахеи, пневмоторакса. За период с 2010 – 2011 гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ № 7 было проведено 134 трахеостомии пострадавшим с ТЧМТ. Средняя продолжительность респираторной поддержки составляла 14 суток. Всем пострадавшим проводилась трахеостомия классическим хирургическим методом в модификации Пальчуна В.Т. Трахеостомия выполнялась в среднем на 3-4 сутки респираторной поддержки. Средняя продолжительность медикаментозной седации составила 4-5 суток. У всех оперированных больных осложнений, в частности стеноза трахеи, не наблюдалось. Таким образом, выполняемая трахеостомия классическим хирургическим методом при своевременном наложении и соответствующей технике является операцией выбора при ТЧМТ и может выполняться в условиях отделений реанимации, т.к. выполнение ПДТ требует определенных условий и навыков. Наиболее важным в этом вопросе является раннее и квалифицированное проведение трахеостомии, от чего зависит предупреждение вторичных изменений в мозгу, а не выбор того или иного метода операции.