



мирует медиальную стенку правой верхнечелюстной пазухи. После внутривенного усиления отмечается неоднородное контрастирование образования с градиентом 25–30 ед. X. В нижних отделах левой гайморовой пазухи и в ячейках решетчатой кости слизистая оболочка неравномерно утолщена. Пневматизация пазух сохранена.



Рис. 3. Макропрепарат удаленного новообразования во время операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1953. – Vol. 8, №6 – P. 944–948.
2. Абызов Р. А. ЛОР онкология / Р. А. Абызов. – СПб.: Диалог, 2004. – 256 с.
3. Анютин Р. Г. Возможности компьютерной томографии в диагностике новообразований носоглотки и придаточных пазух носа / Р. Г. Анютин, Е. К. Колесникова, Л. В. Туманова // Вестн. оторинолар. – 1981. – №1. – С. 30–33.
4. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей / Н. А. Дайхес, С. В. Яблонский, Х. Ш. Давудов и др. – М.: Медицина, 2005. – 256 с.
5. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. – М.: Медицина, 1983. – 415 с.
6. Giamminola E. Recurrent myxofibroma of the upper jaw / E. Giamminola, U. Ripamonti // Riv. Ital. Stomatol. – 1983. – Vol. 52, №10 – P. 775–779.
7. Myxofibroma of the upper jaw / E. Martucci, G. Iannetti, P. Cascone et al. // Riv. Ital. Stomatol. – 1981. – Vol. 50, №6 – P. 487–493.
8. Giardino C. The myxofibroma of the jaw. Anatomic-pathologic and clinical contribution / C. Giardino, C. Manfredi, F. Gombos // Arch. Stomatol. – 1967. – Vol. 8, №3 – P. 139–157.
9. Feingold M. Myxofibroma of the maxilla / M. Feingold // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 1956. – Vol. 9, №8 – P. 826–829.
10. Quinn J. H. Central ossifying myxofibroma of the maxilla / J. H. Quinn, H. M. Fullmer

УДК: 616. 231–089. 85–089. 819. 4

МОДИФИКАЦИЯ ПРОВОДНИКА (МАНДРЕНА) ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ

В. М. Бобров

*Городская клиническая больница №8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск
(Главный врач – А. А. Есипов)*

Операция по рассечению передней стенки трахеи и вскрытие дыхательного горла (горло-сечение) называется трахеотомией. Но если после рассечения дыхательного горла слизистая оболочка вскрытого участка подшивается к краям кожного разреза или в просвет трахеи через трахеостомическое отверстие вводится канюля, то операция называется трахеостомией [5, 6]. Процедура трахеостомии является достаточно травматичной с большим процентом осложнений как в период ее выполнения так и в послеоперационном периоде, особенно при выполнении трахеостомии по экстренным показаниям. Выполняя трахеостомию пациенту по жизненным показаниям и, тем самым спасая ему жизнь при экстренной трахеотомии, хирургу приходится встречаться в последующем с трудностями при деканюляции (по возможности и по показаниям) по ряду объективных причин: выполняемая экстренно, а порой в непригодном месте и без должной подготовки экстренная трахеотомия не лишена недостатков т. к. при этом повреждаются хрящи трахеи, образуется «козырек» или грануляции над трахеос-



томой, происходит деформация трахеи вследствие несоответствия трахеостомической канюли и трахеи, образуется стеноз трахеи ниже трахеостомической канюли [2]. Когда над трахеостомой имеются грануляции, прогиб или перелом кольца трахеи и рубцы, а это чаще всего бывает у детей и при выполнении трахеостомии по обычной методике без подшивания кожи к краям отверстия в трахее (по данным Митина у каждого третьего ребенка), требуются хирургические манипуляции по устранению указанных причин, затрудняющих прохождение воздуха вверх от трахеостомы, а затем хотя бы кратковременная дилатация просвета [4, 6, 7, 8].

После трахеостомии у 10–15% больных встречаются различные осложнения, связанные непосредственно с операцией, которые у 0,25–1% больных являются причиной летальных исходов [5, 9]. Ранние и поздние послеоперационные осложнения могут наблюдаться:

- со стороны канюли (смещение, выпадение из трахеи, закупорка, упирание в карину, вклинивание в правый бронх, отламывание части);
- со стороны трахеостомы и трахеи (нагноение раны, трахеобронхит, разрастание грануляций, некроз стенки трахеи, аррозивные кровотечения, рубцовые деформации, трахеомалиция, стенозы, трахеопищеводные свищи);
- окружающих органов, тканей и дыхательных путей (стеноз гортани, кровотечения, эмфизема мягких тканей и средостения, пневмоторакс, ателектаз легкого, аспирационная пневмония) [1–10].

В практической работе мы обычно пользуемся отечественными металлическими канюлями широкого диаметра (№5 и №6 для взрослых). G. Busch и S.J. Zoennecken (1967) на основании 1057 трахеостомий также отдают предпочтение металлическим двойным канюлям перед пластмассовыми [10].

Последние 5 лет мы используем эластический наконечник из полимерного медицинского материала (ТУ 64-1-3014-82) длиной 12 см в качестве проводника трахеостомической канюли (рационализаторское предложение №1-2007, выданное БРИЗ ом ГКБ№8 09.01.2007г.). На дистальном конце имеющего полушаровидное закругление, отверстие на конце 3 мм и два отверстия на боковой поверхности проводника (мандрена). Данный проводник №27 идеально соответствует своим наружным диаметром внутреннему диаметру стандартной металлической канюли №5. Проводник вставляют в трахеостомическую канюлю так, чтобы дистальный (закругленный) конец эластического проводника выступал за край трахеостомической канюли на 1,0–1,5 см. Таким образом, в собранном виде трахеостомическая трубка и эластический проводник составляют единое целое без «порожка». Проводник плавно переходящий в трахеостомическую трубку, минимально будет травмировать трахеостому больного. Дистальный конец имеет закругленный конец, что исключает применение трахеорасширителя Труссо. Таким образом происходит щадящее введение трахеостомической канюли в трахеостому. Проводник извлекается из канюли, встается внутренний вкладыш.

Эластические наконечники из полимерного медицинского материала ТУ 64-1-3014-82 выпускаются отечественной медицинской промышленностью по номерам №24-27 и подходят для трахеостомических металлических канюль №4, №5, №6. Они подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Стерилизация данных проводников проводится 6% раствором перекиси водорода ГОСТ 177-77 при температуре 18гр С в течение 360+-5 минут или при температуре раствора 50+-2 гр С в течение 180+-5 минут с последующим споласкиванием дистиллированной водой ГОСТ 6709-72. После стерилизации эластический проводник трахеостомической канюли упаковывается в стерильный прозрачный пакет VP STERICLIN и хранится после стерилизации 1 год. По мере необходимости используется по назначению одноразово.

В нашем отделении при выполнении хирургической трахеостомии во всех случаях осуществляется вертикальный разрез кожи и обязательное формирование стомы с использованием кожно-трахеальных швов.

У 98% больных во время операции перешеек щитовидной железы смещали книзу, у остальных вверх. После обнажения трахеи, ее просвет вскрывали в «оптимальном» месте, иными словами с вскрытием просвета трахеи между 2-ым и 3-им кольцами у взрослых и 3-им и 4-ым –



у детей, независимо от их расположения по отношению к перешейку щитовидной железы. После вскрытия трахеи формировали стойкую трахеостому, подшивая кольца трахеи к коже за ее межкольцевые промежутки на длинных узловых швах в количестве 4, по 2 с каждой стороны. Затем их использовали в качестве ранорасширителя для введения трахеостомической канюли. В просвет трахеи у взрослых, в зависимости от ее диаметра вводили трахеостомическую трубку №5 или №6 по проводнику в нашем исполнении.

Трахеорасширитель Труссо при этом не использовали, что исключало подлом колец трахеи. Проводник трахеостомической канюли извлекали, заменяя на внутренний вкладыш. Трубку меняли на 6–7 день после операции, одновременно удаляли швы и проводили ревизию трахеостомы. На 7 сутки после операции снимали швы-держалки. За это время трахеостома была хорошо сформирована. После снятия швов по желанию больного и при необходимости устанавливаем пластмассовую трахеостомическую канюлю или канюлю типа «Portex».

Во всех случаях трахеостомии мы выполняем ее так, чтобы в последствии (при благоприятных условиях) можно было провести деканюляцию.

Для предупреждения развития стеноза гортани и трахеи необходимо: подшивать края колец трахеи к коже, что облегчает введение трахеоканюли, а главное – препятствует деформации трахеи, которая возникает под давлением трахеоканюли. Не реже 1 раза в 2 месяца менять положение канюли и номер канюли (профилактика развития стеноза трахеи ниже трахеостомической канюли). Правильно подобрать трахеостомическую трубку по размеру, диаметру и форме.

Известно, что одним из отдаленных осложнений трахеостомии является стеноз трахеи. Пациенты с трахеостомой в нашем отделении, в отделении реанимации ГKB №8 после длительной ИВЛ, а также с выездом в реанимационное отделение Республиканской клинической инфекционной больницы в период 1985–2007 гг. были успешно деканюлированы.

Если под рукой не оказалось нужного по диаметру эластического проводника, а трахеостомическая канюля меньшего диаметра, то из полимерного эластического проводника большего диаметра можно сделать проводник меньшего диаметра. Поступаем следующим образом. Вдоль полимерного эластического проводника от дистального конца делаем продольный разрез в направлении проксимального конца не доходя 3–4 см до проксимального конца проводника. Следующий продольный разрез делаем параллельно первому отступя от первого 2–3 мм и убираем эту полоску. За счет удаленной полоски внутренний диаметр проводника уменьшается соответственно на 2–3 мм. За счет этого среза можно добиться нужного диаметра проводника для трахеостомической канюли меньшего диаметра. При этом свои свойства эластический проводник не теряет после срезания и удаления наружной части полоски.

Недостаток стандартного металлического проводника трахеостомической канюли в том, что внешне он похож на внутренний вкладыш. При трахеостомии можно в спешке забыть поменять проводник на внутренний вкладыш. Через некоторое время боковые отверстия вкладыша забиваются мокротой, слизью. Нарушается дыхание.



Рис. 1. 1. Стандартный металлический проводник к металлической трахеостомической канюле.
2. Внутренний вкладыш к металлической трахеостомической канюле.
3. Трахеостомическая канюля с эластическим наконечником из полимерного материала ТУ 64-1-3014-82 в качестве проводника трахеостомической канюли в собранном виде.
4. Эластические наконечники из полимерного медицинского материала ТУ 64-1-3014-82 отдельно.



Выводы:

Преимущества эластического проводника в нашей модификации:

1. Выпускается отечественной медицинской промышленностью по номерам №24–27 и подходят для металлических трахеостомических канюль №4, №5, №6.
2. Проводник прозрачный и эластичный.
3. В собранном виде металлическая трахеостомическая канюля и эластический проводник составляют единое целое без «порожка».
4. Эластический проводник плавно переходящий в трахеостомическую трубку, минимально будет травмировать трахеостому больного.
5. Легко стерилизуется, укладывается в прозрачный стерильный пакет VP STERICLIN и хранится после стерилизации 1 год. По мере необходимости используется по назначению одноразово.
6. После введения в трахеостому эластический проводник меняется на внутренний вкладыш.
7. При наложении кожно-трахеального шва исключается применение трахеорастирителя Труссо.
8. Эластический проводник можно использовать самостоятельно для бужирования трахеостомы.

Мы разделяем точку зрения G. S. Fitz-Hugh и соавторов, J. H. Ogura и Ch. L. Roper и др., что предупредить развитие стеноза легче, чем лечить его [11–12].

Считаем целесообразным применение данной модификации эластического проводника трахеостомической канюли из полимерного мединструмента в практике врачей оториноларингологов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А. Трахеостома в современной клинике /Д. А. Арапов, Ю. В. Исаков. – М.: Медицина, 1974. – 208 с.
2. Бобров В. М. Хронические стенозы гортани и трахеи, их лечение и профилактика /В. М. Бобров //Рос. оторинолар. – 2003. – №4. – С. 149–154.
3. Конков М. Н. Транскутанная трахеотомия – основа профилактики рубцовых стенозов трахеи /М. Н. Конков// Вестн. интенсивн. терапии. – 2002. – №6. – С. 156–157.
4. Митин Ю. В. Острый ларинготрахеит у детей /Ю. В. Митин. – М.: Медицина, 1986. – 208 с., ил.
5. Перельман М. И. Хирургия трахеи /М. И. Перельман. – М.: Москва, 1972. – 208 с.
6. Сухоруков В. П. Трахеостомия: современные технологии. Показания – техника – осложнения – комментарии / В. П. Сухоруков. М., 2000. – 62 с.
7. Фейгин Г. А. Что нужно знать о трахеотомии /Г. А. Фейгин, М. М. Кадыров, Д. Г. Фейгин-Ф.: Кыргызстан, 1989. – 92 с.
8. Фоломеев В. Н. Постинтубационные стенозы гортани и трахеи, их диагностика и лечение /В. Н. Фоломеев, Е. Г. Ежова //Вестн. оторинолар. – 2001. – №3. – С. 42–45.
9. Шантуров А. Г. Трахеотомия и трахеостомия: Метод. Рекомендации для врачей, интернов и студентов медицинского института /А. Г. Шантуров. – Иркутск, 1983. – 12 с.
10. Busch G. Die Tracheotomie in Rahmen der modernen Wiederbelebungsverfahren. Z. prakt. Anasth. / G. Busch, S. J. Loennecken// 1967, Bd 2, S. 257–263.
11. Injuries of the larynx and cervical trauma / G. S. Fits-Hugh et al// Ann. Otol. (St. Louis). – 1962. – Vol. 71. – P. 419–442.
12. Ogura J. H. Surgical correction of traumatic stenosis of larynx and pharynx / H. J. Ogura, Ch. L. Roper // Laryngoscope. – 1962. – LXX11, №4. – P. 468.