



Рис. 1 а,б. Пластика ларинготрахеостомы у больного Б.

Примечание: а) ларинготрахеостома после гемиларингоэктомии по поводу плазмоцитомы; б) сформирована внутренняя выстилка, уложено две пластинки хряща.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллотрансплантация трахеи в эксперименте. /А. В. Король, Г. Г. Автонденов, В. В. Ключников и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1990. – №10. – С. 44–47.
2. Микрохирургическая аутопластика обширных дефектов трахеи /Н. О. Миланов, Л. М. Гудовский, В. Д. Паршин и др. // В журнале пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. – №2. – С. 9–17.
3. Первичная и отсроченная комбинированная пластика фарингоэзофагостом у больных раком гортаноглотки. /Е. Т. Мотякин, В. С. Алферов, Р. И. Ахедов и др. // Вестн. оторинолар. – 1996. – №1. – С. 39–41.
4. Пластика окончатых дефектов трахеи. /М. Г. Сачек, В. В. Аничкин, А. С. Коринцкий и др. // Там же. – 1993. – №1. – С. 38–41.

616. 22+616. 231–089. 844–089. 166–06

О ЖИЗНЕННО ОПАСНЫХ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПРИ ЛАРИНГОТРАХЕОПЛАСТИКЕ

Г. А. Гаджимирзаев

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Согласно многочисленным публикациям количество больных со стойкими стенозами гортани и трахеи в современных условиях увеличивается [2, 5, 7]. Это обусловлено широким применением в клинической практике пролонгированной интубации и трахеостомии; увеличением числа больных с последствиями бытовых, автодорожных, производственных и огнестрельных травм органов шеи; ростом различного вида операций на щитовидной железе и органах грудной полости, после которых развивается стеноз паралитического генеза [3, 15, 16].

За последние 15 лет под нашим наблюдением находилось 58 больных с хроническими рубцовыми стенозами и дефектами гортани и трахеи. Причинами стенозов были интубация трахеи и ИВЛ – у 7 больных; продленная интубация – у 3; трахеостомия – у 8; повреждение возвратного нерва – у 3; бытовая, производственная, автодорожная и огнестрельная травма органов шеи – у 20; рубцовые стенозы и дефекты гортани и трахеи после органосохраняющих операций по поводу рака гортани – у 17 больных.

Постинтубационные стенозы гортани и трахеи у наших больных возникали в основном из-за несоответствия размера трубки и возраста пациента, травмы слизистой оболочки гортани и трахеи в период смены трубок, длительного пребывания интубационной трубки в гортани и трахее, несоблюдения сроков переинтубации и правил асептики.



Посттрахеотомические стенозы гортани и трахеи у обследованных пациентов развивались вследствие использования металлических трахеоканюль, деформации трахеи /прогиб или перелом колец/ из-за несоответствия трахеоканюли и просвета трахеи, рассечения первого кольца трахеи и травмы дуги перстневидного хряща, деканюляции больных в общехирургических отделениях без консультации оториноларинголога и без учета имеющихся патологических реакций со стороны гортани и трахеи.

Из общего количества больных оперативному лечению подвергнуто 49 человек с использованием стентов различных типов, в том числе и самодельных. В качестве опорного материала для пластики дефектов гортани и трахеи применяли хрящ перегородки носа самого больного, редко консервированный материал из хрящевой ткани. 6 больных со сложной травмой и стойкой трахеостомой, нарушением разделительной функции гортани, органической посттравматической патологией головного и спинного мозга, направлены в лечебные учреждения г. Москвы. 3 пациента со срединными стенозами гортани получали консервативное лечение. На различных этапах реабилитации в настоящее время под наблюдением находятся 5 больных. У остальных дыхание через естественные пути восстановлено, и они не являются «канюле-носителями».

Оперативные вмешательства в области передней поверхности шеи, тем более при вовлечении в рубцовый процесс полых органов и крупных сосудов, относятся к категории высшей сложности, и они таят смертельно опасные осложнения. В процессе выполнения ларинготрахеофиссуры мы наблюдали повреждение безымянной артерии/ плече-головного ствола/ и тотальный бронхиолоспазм.

Повреждение безымянной артерии встречается во время трахеостомии, вследствие врожденного или приобретенного (выполненные ранее оперативные вмешательства в области шеи) аномалийного расположения указанного сосуда [1, 9, 10, 13]. Описание ранения безымянной артерии во время пластической операции по поводу рубцового стеноза гортани и трахеи в литературе мы не встретили.

Больная М., 23 года, переведена в ЛОР-клинику из отделения реанимации и интенсивной терапии Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Махачкала 16.02.99 по поводу рубцового сужения гортани и трахеи.

Из истории болезни стало известно, что в родильном отделении районного (сельского) ТМО 09.01.99 была произведена операция – кесарево сечение. Послеоперационный период осложнился отеком легких, острой дыхательной недостаточностью. До 15.01.99 пациентка находилась в реанимационном отделении районной больницы, а 16.01.99 санитарным транспортом (реанимобиль) доставлена в РКБ г. Махачкала и госпитализирована в общее реанимационное отделение с диагнозом – дисстресс синдром, полиорганная недостаточность, гипоксическая энцефалопатия, состояние после кесарева сечения. При поступлении в РКБ дыхание аппаратное, через интубационную трубку. На вторые сутки после перевода в РКБ г. Махачкала (17.01.99) развилась брадикардия с экстрасистолией. Подобное состояние было расценено как результат длительного нахождения интубационной трубки в трахее, и решено было наложить трахеостому. Выполнена трахеотомия на уровне 4–5 колец и вставлена трубка №4 фирмы «Портекс». Больная отключена от аппаратного дыхания 20.01.99. Проводилась интенсивная терапия с включением антибиотиков, сердечных препаратов, антигипоксантов, витаминов, препаратов крови и др. В реанимационном отделении больной дважды проводилось фиброскопическое исследование гортани и трахеи, во время которого выявлен рубцовогрануляционный стеноз в области подскладкового пространства гортани и сегментарно на всем протяжении шейного отдела трахеи.

В день перевода в ЛОР клинику (16.02.99) кожные покровы вокруг стомы мацерированы, ниже трахеостомы определяется келоидный линейный рубец, спускающийся до уровня вырезки грудины. Дыхание через трахеоканюлю свободное. Больная астенизирована, раздражительна, капризна. При фибротрахеобронхоскопии через трахеостому от 18.02.99 определяется рубцовая деформация трахеи на уровне и ниже трахеостомы.

В ЛОР-клинике больная проконсультирована: невропатологом, терапевтом, пульмонологом, гинекологом. Получала нейролептики, общеукрепляющее лечение, витаминотерапию, рассасыва-

ющие. Общее состояние стабилизировалось, показатели гемограммы улучшились, биохимические параметры крови в пределах физиологической нормы, в анализах мочи изменений нет.

01.03.99 начата операция под интубационным (через трахеостому) наркозом. На первом этапе разрезом от вырезки щитовидного хряща до верхнего края трахеостомы обнажены гортань и трахея выше стомы. При этом выяснилось, что от перстневидного хряща сохранилась лишь печатка, верхние три кольца трахеи рубцово деформированы и как анатомические образования трудно дифференцируемы. Соответствующий этим кольцам участок мембранозной части трахеи отсутствовал, вследствие чего в просвет дыхательной трубки выступала стенка шейного отдела пищевода. Непосредственно над верхним краем трахеостомы полость трахеи облитерирована рубцовой тканью. Последняя расслоена, частично иссечена и сформировано ложе для стента. Вторым этапом произведен разрез кожи от нижнего края трахеостомы до рукоятки грудины. Иссечен довольно глубоко проникающий келоидный рубец кожи. Для мобилизации трахеи, вовлеченной в рубцовый массив, ниже уровня трахеостомы производилась ревизия паратрахеальных тканей. В процесс расслаивания рубцовой ткани в области яремной ямки открылось массивное артериальное кровотечение, которое удалось остановить путем введения указательного пальца под рукоятку грудины и прижатия сосуда с последующей тампонадой зоны кровотечения салфеткой Микулича, введенной по пальцу. Потеря крови составила приблизительно 0,7–0,8 л. В операционную вызван специалист по сосудистой хирургии, который констатировал, что А/Д 90/60 мм. рт. ст., пульс 130 в 1 мин, слабый, пульсация на правой сонной и правой подключичной артерии ослаблена, рана не кровоточит. Бригадой сосудистых хирургов было принято решение перевести больную в реанимационное отделение, стабилизировать гемодинамику, после чего приступить к ревизии места кровотечения. Операция ларинготрахеофииссуры завершена тампонадой мобилизованной части гортани и трахеи и наложением асептической повязки на операционную рану. Ближе к полуночи того же дня в реанимационном отделении у больной открылось небольшое кровотечение мимо интубационной трубки, которое усиливалось при движении головой. Больная переведена в сосудистое отделение хирургической клиники и взята на операционный стол.

Под интубационным наркозом произведена стернотомия. В процессе рассечения грудины открылось кровотечение из поврежденного сосуда, и наступила остановка сердца. Сердечный ритм восстановлен путем прямого массажа сердца и дефибриляции. При ревизии средостения выяснилось, что плече-головной ствол поврежден на расстоянии 1,5 см от дуги аорты и подтянут рубцовым тяжом к срединной линии шеи. Хирургами предпринимались попытки для ушивания дефекта поврежденного сосуда, однако из-за выраженного воспалительного процесса в стенке сосуда швы прорезывались, в связи с чем произведена перевязка безымянной артерии. Операция завершена дренированием переднего средостения и зашиванием грудины металлической нитью. По ходу операции стернотомии переливались одногруппная (AB II-Rh-отр.) кровь, эритроцитарная масса, плазма, полиглокин, физиологический раствор. К 5 часам утра появились признаки декортикации и несмотря на продолжающиеся реанимационные мероприятия больная скончалась.

Анализируя данное наблюдение, следует выделить два основных момента. Первый – развитие обширной хондромалиции гортани /перстня/ и трахеи с формированием в течение короткого времени тяжелого рубцового стеноза дыхательной трубки и паратрахеального фиброза не только в шейном, но и в грудном отделе. Второе – паратрахеальный фиброз привел к вовлечению в рубцовый конгломерат безымянной артерии и ретракции /оттягиванию/ ее к срединной линии шеи, что и способствовало повреждению сосуда по ходу операции.

Второе наше наблюдение касающееся бронхиолоспазма также относится к категории редких осложнений в клинической практике.

Тотальный бронхиолоспазм /бронхоспазм/или «остановка легких» может возникать при различных заболеваниях органов дыхания, отравлениях и как осложнение при хирургических и бронхоскопических вмешательствах [4, 12]. Определенное значение в патогенезе бронхоспазма отводится рефлекторным влияниям с различных рефлексогенных зон дыхательных путей [6, 14]. Недостаточная глубина анестезии, гиперкапния и гипоксия во время или после наркоза могут спровоцировать бронхоспазм [12].



Авторы, наблюдавшие тотальный бронхиолоспазм в операционной, указывают на неэффективность медикаментозной терапии для ликвидации этого опасного для жизни осложнения. В целях купирования бронхиолоспазма В. П. Смольников (10) предложил проведение прямого массажа легких, посредством неотложной торакотомии и добился положительных результатов. Это предложение получило дальнейшее развитие в работах Н. Ф. Мистакопуло, создавшего аппарат воздушно-кислородного массажа легких и успешно примененного в клинической практике [8].

В оториноларингологической литературе мы не встретили сообщений о развитии бронхиолоспазма при ЛОР-операциях. Приводим выписку из истории болезни нашего наблюдения.

Больная П., 22 года, поступила в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы г. Махачкала 09.10.2001г. с направляющим диагнозом – Рубцовое сужение трахеи, постгипоксическая энцефалопатия, судорожный и астеноневротический синдромы. Из истории болезни выяснено, что 25.08.2001г., она была госпитализирована в реанимационное отделение клинической больницы скорой помощи г. Махачкала, с диагнозом: Состояние после утопления в морской воде, гипоксическая кома 2–3 степени, судорожный синдром. При поступлении в реанимационное отделение, больная была в крайне тяжелом состоянии, сознание отсутствовало, клонико-тонические судороги, выраженный акроцианоз. В легких дыхание жесткое, частота дыхательных движений (ЧДД) – 34 в 1 мин., поверхностное; тоны сердца приглушены, пульс 102 в 1 мин., А/Д-110/70. Срочно наложена ИВЛ. В реанимационном отделении 04.09.2001г., произведена верхняя трахеотомия и вставлена пластмассовая трубка №4. Больную неоднократно осматривали невропатолог, кардиолог, пульмонолог, терапевт, оториноларинголог. Получала антигипоксическую, противосудорожную, противоотечную, антибактериальную, дезинтоксикационную, антигистаминную и седативную терапию. Состояние улучшилось и 24.09.2001 г., больная была деканюлирована. Через несколько дней после удаления трахеотомической трубки дыхание стало постепенно стенотическим, в связи с чем, по рекомендации оториноларинголога, пациентка переведена в ЛОР-клинику.

При поступлении в ЛОР-клинику больная жаловалась на затрудненное дыхание, общую слабость, периодические судороги. Объективно: общее состояние средней тяжести, в сознании, на вопросы отвечает адекватно. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание жесткое, ЧДД-24 в 1 мин, тоны сердца ясные, ритмичные, А/Д-110/70, пульс – 76 в 1 мин. На ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренные неспецифические изменения миокарда.

На передней поверхности шеи на уровне нижнего края щитовидного хряща и яремной ямки имеется линейный рубец. ЛОР-органы: уши, нос, глотка – без отклонений от физиологической нормы. В гортани слизистая оболочка розовая, голосовые складки белого цвета, хорошо подвижны, деформаций нет; при фонации складки смыкаются плотно, голос звучный.

В анализе крови СОЭ повышенное (16 мм/час), остальные показатели без особенностей, в моче – без патологии. Биохимические показатели крови: сахар – 5,6 ммоль/л, билирубин – 16,4 ммоль/л, тимоловая проба – 4,0 Ед.

В ЛОР-клинике больная осмотрена невропатологом и терапевтом, которые внесли соответствующие коррективы в программу предоперационной подготовки.

10.10.2001 выполнена фиброларинготрахеобронхоскопия, во время которой в просвете трахеи на уровне бывшей трахеостомы обнаружено рубцовое сужение по типу «песочных часов», другие отделы нижних дыхательных путей не изменены.

Консультация анестезиолога от 14.10.2001г. – самочувствие больной удовлетворительное, А/Д-120/80, пульс – 80 в 1 мин, ритмичный, дыхание затрудненное, слышимое на близком расстоянии. Учитывая наличие рубцового сужения в начальном отделе трахеи, и связанные с этим возможные затруднения при проведении интубации, рекомендовано операцию по устранению рубцового стеноза трахеи начать с наложения трахеостомы под местным обезболиванием с последующим подключением общего обезболивания путем подачи газо-наркотической смеси через стому.

Накануне больной проведена подготовка к операции: на ночь внутримышечно 1,0 мл 2% раствора димедрола и 3,0 мл 50% раствора анальгина. Утром 16.10.2001 за 30 минут до операции

– подкожно атропин 0,1% – 0,5 мл, промедол 1% – 1,0 мл. В операционную больная взята в удовлетворительном состоянии, спокойной, пульс – 80 в 1 мин., А/Д – 110/70 мм. рт. ст.

На операционном столе путем пункции локтевой вены налажена внутривенная инфузия физиологического раствора. Под местным 1% новокаиновым обезболиванием в количестве 30,0 мл произведен разрез от перстневидного хряща до яремной ямки. Обнажены верхние три кольца трахеи, во время освобождения их от рубцовой ткани у больной появилось затрудненное дыхание, цианоз слизистых губ, в связи с чем немедленно вскрыта трахея и вставлена трахеотомическая трубка №4, к которой подсоединен аппарат для ИВЛ. Введены 2 мл кетамина и 100 мг дитилина. Цианоз лица начал усиливаться, зрачки расширились. При аускультации дыхательные шумы не прослушивались. Многочисленные попытки осуществить вдох с помощью аппарата закончились безрезультатно, грудная клетка в фазе максимального вдоха. Трахеотомическая трубка заменена интубационной. Удостоверена проходимость интубационной трубки, трахеи и главных бронхов. Внутривенно введен 10,0 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 0,5 мл 0,1% атропина, 30 мг преднизолона. Состояние продолжало ухудшаться: пульс нитевидный, артериальное давление упало до нуля. Проводился закрытый массаж легких и сердца, а также безуспешные попытки сделать вдох и выдох через аппарат. Реанимационные мероприятия эффекта не дали и наступила смерть. Неблагоприятный исход был обусловлен остро развившимся тотальным бронхоспазмом, что, в свою очередь, привело к нарушению газообмена, гипоксии и связанной с ними остановке сердечной деятельности. Вскрытие трупа не было проведено.

Анализируя данный случай следует подчеркнуть, что бронхоспазм, по-видимому, спровоцировало оперативное вмешательство на трахее, выполняемое под местным обезболиванием. Способствующими бронхоспазму факторами могли быть гипоксическая энцефалопатия и судорожный синдром, которыми страдала больная.

Заключение. Реабилитация больных с рубцовыми стенозами гортани и трахеи является не простой задачей. Часто возникают ситуации, требующие индивидуального подбора стента, сконструированного непосредственно у операционного стола. На местах лечебно-диагностические учреждения все еще недостаточно обеспечены стентами и трахеоканюлями различных конструкций и типов, современной дезинтегрирующей технологией. Наконец, приведенные клинические случаи с фатальным исходом свидетельствуют о возможности развития опасных для жизни осложнений по ходу ларинготрахеопластики. Подобного рода наблюдения желательно публиковать на страницах профессиональных журналов, так как они учат врачей предусматривать варианты профилактики указанных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А., Трахеостомия как лечебный метод при неотложных состояниях / Д. А. Арапов, Ю. В. Исаков. М.: Медицина, 1964. – 164 с.
2. Гаджимирзаев Г. А. Рубцовые стенозы гортани и трахеи / Г. А. Гаджимирзаев // Вестн. оторинолар. – 2007. – №5. Приложение. – С. 228–229.
3. Гюсан А. О. Этиология стенозов гортани и трахеи у больных реанимационного отделения / А. О. Гюсан, С. А. Гюсан // Росс. оторинолар. – 2004. – №5. – С. 64–66.
4. Козлов С. В. Открытый массаж легких при тотальном бронхоспазме / С. В. Козлов // Вестн. хирургии. – 1972. – Т. 109. – №7. – С. 97–101
5. Кошель В. И. Хирургическое лечение больных с постинтубационными рубцовыми стенозами шейного отдела трахеи / В. И. Кошель, С. А. Гюсан, Н. А. Осипова // Рос. оторинолар. – 2004. – №6. – С. 73–75.
6. Кудубаев Д. К. О рефлекторных влияниях верхних дыхательных путей на кровообращение и дыхание. Автореф. дис...канд. мед. наук / Д. К. Кудубаев. Алма-Ата, 1950. – 14 с.
7. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани / М. С. Плужников, М. А. Рябова, С. А. Каргишенко и др. // Вестн. оторинолар. – 2003, №1. – С. 4–8.
8. Мистакопуло Н. Ф. Лечение бронхоспазма прямым и воздушно-кислородным массажем легких. Автореф. дис. ...докт. мед. наук / Н. Ф. Мистакопуло. М., 1963. – 28 с.
9. Перельман М. И. Хирургия трахеи / М. И. Перельман. М.: Медицина, 1972. – 208 с.
10. Повреждение безымянной артерии во время трахеостомии / З. С. Шурук, Я. С. Сагальчик, А. Г. Лень и др. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1991. – №6. – С. 73–75.
11. Смольников В. П. Открытый массаж легких при бронхоспазме / В. П. Смольников // Грудная хирургия. – 1959. – №4. – С. 72–76.
12. Смольников В. П., Бронхоспазм и массаж легких / В. П. Смольников, Н. Ф. Мистакопуло. М.: Медицина. – 1969. – 184 с.



13. Тумарцев И. Н. Кровотечение из плече-головного ствола после нижней трахеостомии/И. Н. Тумарцев// Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1971. №6. – С 99–100.
14. Успенская Е. П. Экспериментальная терпия бронхоспазма и изыскание лекарственных средств для лечения бронхиальной астмы. Автореф. дис...канд. мед. наук / Е. П. Успанская. Л., 1954. – 12 с.
15. Хасанов У. С. Этиология и патогенез постинтубационных рубцовых стенозов гортани и трахеи /У. С. Хасанов // Вестн. оторинолар. – 2005. – №4. – С 56–57
16. Чайковский В. В. Применение стентов различных типов при лечении хронических стенозов гортани и трахеи / В. В. Чайковский, С. Н. Моради // Вестн. оторинолар. – 2003. №2. – С. 235–236.

УДК: 616.288.1-003.6: 616.715.28+616.316.5

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ПРОНИКАЮЩЕЕ В КРЫЛОНЕБНУЮ ЯМКУ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. В. Зеленов

*МУЗ «Подольская городская клиническая больница», Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)*

Инородные тела уха в доступной нам литературе [1–4] чаще всего описываются как инородные тела наружного слухового прохода, значительно реже как инородные тела, проникшие в полость среднего уха. Предлагаем вашему вниманию случай инородного тела с анатомически сложным необычным расположением: с проникновением в крылонебную ямку и повреждающим околоушную слюнную железу.

Приводим наш клинический случай.

Больной Н., 1962 г. р., житель г. Подольска, 25.09.02г. самостоятельно обратился в приемное отделение Подольской городской клинической больницы с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, гноетечение из правого уха.

Со слов, был избит неизвестными 22.09.02г., обстоятельств травмы достоверно не помнит.

В день травмы обращался в травмпункт ПГКБ, произведена обработка ссадин лица, ушибленных ран (3) волосистой части головы. В связи с подозрением на ЧМТ предлагалась госпитализация, от которой больной отказался.

25.09.02г. госпитализирован в нейрохирургическое отделение, ИБ №Х14410-2002.

При поступлении: по органам и системам без грубой патологии. АД 120 и 90 мм рт. ст. Неврологический статус: сознание ясное, в месте и времени ориентирован. Язык по средней линии. Отмечалась однократная рвота. Очаговых, менингеальных симптомов не выявлено. Оживление сухожильных рефлексов слева. Эхо-ЭГ: смещения срединных структур нет. Люмбальная пункция: ликвор в первой порции мутный, в последующих прозрачный, бесцветный, вытекает под давлением 160 мм водн. ст.

При ЛОР-осмотре: ушная раковина справа и заушная область не изменены. В наружном слуховом проходе обильное (до 5–6 ватников) жидкое гнойное отделяемое без запаха. Надавливание на козелок болезненно. После очистки наружного слухового прохода в глубине его видно инородное тело (кусочек стекла), неподвижное. Барабанная перепонка необозрима. В остальном ЛОР-органы без видимой патологии.

Диагноз при поступлении: сотрясение головного мозга. Инородное тело (стекло) правого наружного слухового прохода. Госпитализирован для наблюдения в отделение нейрохирургии, назначены седативные, десенсибилизирующие средства, антибактериальная терапия.

Проведено обследование.

На серии рентгенограмм в различных проекциях определяется слабой интенсивности инородное тело размерами 8,0 Δ 0,5 см, идущее от уровня правого наружного слухового прохода медиально и несколько книзу от правого височно-нижнечелюстного сустава.