



УДК: 616.29-071:616.283.1-089.843

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ КАНЮЛЕНОСИТЕЛЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ТРАХЕОСТОМИИ

А. Н. Климов

PRINCIP'S OF REHABILITATION THE PATIENTS WITH COMPLICATION'S AFTER TRACHEOSTOMY

A. N. Klimov

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, докт. мед. наук В. В. Дворянчиков)

Разработаны и внедрены в практическое применение алгоритм и методики обследования, лечения, реабилитации пациентов-канюленосителей после трахеостомии.

Ключевые слова: трахеостомия, хирургическая реабилитация, ИВЛ.

Библиография: 4 источника.

Developed and implemented in the practical application of new diagnostic and method observing, treatment, rehabilitation patients, after tracheostomy.

Key words: tracheostomy, surgical rehabilitation, decannulation, IVP.

Bibliography: 4 sources.

В комплексе реабилитационных мероприятий у больных с различной тяжелой патологией (травмы, ожоги, сосудистые нарушения и т. д.) используется ИВЛ с интубацией трахеи. Это пособие имеет временное ограничение, и, как правило, на 5–8-е сутки показано выполнение трахеостомии.

Такое вмешательство обеспечивает адекватную поддержку дыхания у пациента в течение длительного времени и выполняется с использованием стандартных методик или наборов для чрескожной трахеостомии.

За время длительного нахождения трахеостомической трубки происходят анатомо-морфологические изменения в гортани и трахее. К ним относятся:

- формирование грануляционного «козырька» над трахеостомической канюлей, который может суживать просвет;
- образование грануляции на уровне нижнего конца трахеостомической трубки;
- развитие хондромалии перстневидного хряща (при верхней трахеостомии) и трахеи в связи с давлением неправильно подобранной канюли;
- в ряде случаев возможен перелом колец трахеи при постановке трахеостомической трубки, когда размер трахеостомического отверстия не адекватен размерам канюли.

Поэтому последующая деканюляция (удаление трахеостомической трубки) у данной группы больных возможна только в 10% случаев, у остальных пациентов формируются стенозы различной степени сложности. Это требует проведения комплекса реабилитационных мероприятий, который включает выполнение ре-

конструктивных операций с использованием современного оборудования и пластических материалов. Реабилитационный период может занимать от 3 месяцев до года и более.

Цель исследования. Создание алгоритмов лечения и реабилитации пациентов – хронических канюленосителей различного генеза.

Задачи исследования. 1. Разработать методы обследования указанной категории больных в целях определения объема их лечения и реабилитации.

2. Усовершенствовать технику оперативного вмешательства у рассматриваемой группы пациентов.

3. Определить показания для деканюляции и методы профилактики развития стенозов гортани и трахеи.

Пациенты и методы. С 2008 г. по разработанным методикам было прооперировано 18 пациентов с наличием трахеостомы, которая была наложена по поводу основного заболевания. Сроки ношения трахеостомической канюли колебались от 1,5 до 6 месяцев.

Попытки деканюляции этих больных оказались безуспешными, так как развивались явления стеноза дыхательных путей, что требовало повторного введения трахеостомической канюли и постоянного ее ношения.

Для оценки состояния верхних дыхательных путей в целом проводили эндоскопию полости носа и глотки с оценкой достаточного функционирования каждой части для поддержания адекватного дыхания пациента. Для оценки состояния гортани и трахеобронхиального дерева проводили компьютерную томографию гортани, фиброларингоскопию (для диагностики рубцово-



го стеноза и оценки функционального состояния гортани), осмотр трахеи через трахеостому и ретроградный осмотр гортани с помощью волоконной оптики.

В зависимости от причин, затрудняющих деканюляцию, все пациенты были разделены на две группы.

Первую группу составили пациенты, имеющие сочетанную патологию гортани и шейного отдела трахеи в области трахеостомы. У них имелись рубцово-грануляционный козырек над трахеостомой и грануляции, частично перекрывающие просвет трахеи (13 человек).

Во вторую группу вошли больные с изменениями со стороны гортани, обусловленными хондроперихондритом хрящей гортани, который развивался из-за высоко наложенной трахеостомы или повреждения перстневидного хряща (5 человек).

План лечения предполагал:

- устранение стеноза трахеи у пациентов с трахеостомой (удаление грануляций, грануляционного «козырька», возникших в результате ношения трахеотомической трубки) с постановкой Т-образной латексной трубки;

- выполнение реконструктивно-восстановительной операции на гортани в целях устранения стеноза, восстановление дыхательной и голосовой функций;

- проведение реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде (назначение препаратов, улучшающих передачу нервного импульса, регенерацию нервного волокна, физиотерапевтические процедуры, введение ферментативных средств);

- динамическую оценку функционального результата выполненных операций.

У данной группы пациентов мы использовали три оперативных доступа – эндоскопический, наружный и комбинированный, при этом операции выполнялись двумя бригадами хирургов с обязательным видеоконтролем на каждом этапе. Как при выполнении эндоскопических вмешательств

на гортани в условиях подвесной ларингоскопии, так и при наружном доступе мы использовали транстрахеальную высокочастотную искусственную вентиляцию легких по различным методикам.

Первым этапом проводили коррекцию трахеостомы, которая заключалась в удалении грануляционной ткани, иссечении кожных рубцов и ее расширении до размеров эндопротеза. Вторым этапом восстанавливали просвет гортани и трахеи с использованием эндоскопической техники и хирургического полупроводникового лазера «Аткус-15» в контактном режиме мощностью от 3,5 до 5 Вт, что позволяло радикально иссечь патологически измененный участок в гортани или трахее, при этом максимально сохранить хрящи. Операцию заканчивали установкой Т-образного силиконового эндопротеза соответствующего диаметра.

В целях профилактики послеоперационных осложнений антибактериальную терапию назначали за 1 ч до оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде дыхание осуществлялось через Т-образную трубку, проводили комплексную терапию. В послеоперационном периоде оценивали состояние оперированной гортани, и выполняли коррекцию высоты Т-образной трубки в просвете трахеи.

Деканюляцию пациентов осуществляли, как правило, через 3–9 месяцев в стационаре под тщательным видеоконтролем просвета гортани и трахеи. В последующем трахеостома закрылась самостоятельно у 10 пациентов, в 3 случаях выполнили ее пластическое закрытие.

Из пролеченных 18 пациентов у 13 удалось восстановить достаточный просвет гортани и трахеи для дыхания через естественные пути. Время лечения больных с данной патологией составляло от 8,5 месяца до 1,5 года. Длительность восстановительного периода обусловлена необходимостью выполнения у 4 больных корригирующих операций.

Вывод

Выполненный комплекс оперативных и реабилитационных мероприятий позволил восстановить утраченные функции гортани у 70% больных и сохранить им социальную и трудовую жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенгер В. Г. Восстановительная хирургия гортани, глотки, шейного отдела трахеи и пищевода: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1998. – 38 с.
2. Стенозы верхних дыхательных путей (клиническая картина, диагностика, неотложная помощь, профилактика осложнений) / Г. В. Вержбицкий [и др.]. – СПб.: СПб МАПО, 2002. – 32 с.
3. Фоломеев В. Н., Антонова Н. А. Влияние интубации на состояние хрящей трахеи у больных при искусственной вентиляции легких // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 4. – С. 43–46.
4. Myer C. M. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes / Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1994. – Vol. 103. – N 4. – P. 319–323.

Климов Александр Николаевич – ст. ординатор клиники (кафедры) оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, лит. П; тел.: 8-911-024-24-29; e-mail: kalalei@mail.ru