

ТРАХЕОСТОМИЯ В РЕАНИМАЦИИ

Талипов М.Г., Исмаилова М.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трахеостомия, как метод обеспечения проходимости дыхательных путей, известен давно. Формирование трахеостомы до сих пор не утратило своей актуальности. С развитием реаниматологии и медицины критических состояний трахеостомия значительно расширила границы своего применения. Выполняется с применением более щадящих технологий, хотя по-прежнему считается операцией, приводящей к инвалидизации пациентов. Но в целом ряде случаев трахеостома становится единственным способом поддержания жизнедеятельности человека при закупорке или сужении дыхательных путей.

ЦЕЛЬ

Оптимизировать рекомендации, проанализировать показания, сроки и осложнения пункционно-дилатационной трахеостомии выполненных в отделении реанимации клиники ТашПМИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ показаний, сроков и осложнений за период 2017–2022 гг. В исследование включены все пациенты от 1 года до 18 лет. Всем детям была выполнена операция – нижняя трахеостомия в отделении реанимации, что составило 56 операций. В 89,3% случаев была выполнена пункционно-дилатационная трахеостомия под эндоскопическим контролем (метод Griggs и метод Ciaglia), в 10,7% – открытая трахеостомия. Трахеостомии выполнялась по методике Григза и Сигли. При использовании методики Григза (набор Portex) стома формировался с помощью зажима Ховарда-Келли с внутренним каналом для проводника. При методике Сигли формирование стомы осуществлялся по проводнику с помощью серии специальных расширителей вводимых последовательно. Среднее время выполнения пункционно-дилатационной трахеостомии составило 3 ± 1 минут. Во время операции ни у одного пациента не возникли осложнения в виде нестабильности системной гемодинамики, нарушений газообмена. С учетом накопленного опыта, предпочтение отдается методике Григза (наборы «Portex»). Операция выполняется значительно быстрее (до 1-й минуты). Операция трахеостомии, производилась интубированному



больному под общей внутривенной анестезией (атропин, сибазон, пропофол, кетамин). Интраоперационных осложнений (кровотечение, перфорация задней стенки трахеи, паратрахеальная установка трахеостомы, повреждение перстневидного хряща) также как и послеоперационных (стеноз трахеи, раневая инфекции, кровотечение, трахеопищеводный свищ и т. д.) не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Трахеостомия в связи с необходимостью проведения длительной ИВЛ выполнена в 56 наблюдениях. Сроки выполнения трахеостомии колебались от трех суток до восьмидесяти. Большинство операций выполнено в течение семи суток от начала ИВЛ. В большинстве наблюдений трахеостомию выполняли для обеспечения адекватной и безопасной защиты дыхательных путей в остром периоде тяжелой механической травмы, для обеспечения санации, для облегчения адаптации к самостоятельному дыханию при длительной ИВЛ и пациентам с патологией трахеи (стеноз трахеи, постинтубационный синдром).

Осложнения в ходе операции открытым методом составили: Экстубация 2 (3,6%); Кровотечения малые 3 (5,3%); Сложности пункции трахеи 3 (5,3%); Сложности при формировании стомы 6 (10,7%); Паратрахеальная установка трахеостомической трубки 1 (1,8%); Нарушение вентиляции 5 (8,9%). Ранние послеоперационные осложнения составили: Подкожная эмфизема в области шеи 1 (1,8%); Пневмоторакс 2 (3,6%); Инфекция раны 2 (3,6%); Кровотечение малые 3 (5,3%); Нарушение вентиляции 4 (7,1%). Поздние осложнения операции трахеостомии, – это стенозы трахеи и гортани, трахео-пищеводные свищи. В анализируемом материале эти осложнения возникали при канюленосительстве три и более месяцев. Было выявлено 2 (3,6%) стенозов трахеи или гортани, 2 (3,6%) трахеопищеводных свищей. Анализ количества и тяжести осложнений при сравнении двух трехлетних периодов продемонстрировал снижение количества осложнений по мере накопления опыта выполнения пункционно-дилатационной трахеостомии.

ВЫВОД

В последние годы всё большее предпочтение отдаётся пункционно-дилатационному методу, как менее травматичному, при котором значительно уменьшается количество осложнений в детской реанимации. Дифференцированный подход к трахеостомии позволяет сократить длительность ИВЛ, снижается риск кровотечений, операция занимает меньше времени по сравнению с открытым методом, предотвратить инфицирование операционной раны, уменьшается величина послеоперационного рубца и фатальные осложнения у наиболее тяжелого контингента больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Хайдаров, М., И. Маматкулов, Н. Зокирова, и М. Толипов. «Осложнения инфузионной терапии в реанимации и интенсивной терапии», in Library, т. 22, вып. 1, март 2021 г., сс. 120- 5, <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/18898>.
2. Сатвалдиева, Э., Хайдаров, М. Б., Маматкулов, И., & Бекназаров, А. (2022). Роль симуляционного обучения в подготовке врачей детских анестезиологов и реаниматологов. in Library, 22(1), 122-125.
3. Мухитдинова, Х., Шорахмедов, LU., & Алимов, А. (2020). Циркадный ритм среднего артериального давления в период токсемии ожоговой болезни взрослых, in Library, 20(4), 71-79. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19362>