



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.321–089.193.4

МОДИФІКОВАНА ЧЕРЕЗШКІРНА ДИЛАТАЦІЙНА ТРАХЕОСТОМІЯ

А. А. Ілько, І. О. Бабін, І. В. Винницький

Нововолинська центральна міська лікарня,
Волинська обласна клінічна лікарня

MODIFIED TRANSCUTANEOUS DILATATIONAL TRACHEOSTOMY

A. A. Ihlko, I. O. Babin, I. V. Vynnytskyi

Novovolynsk Central Municipal Hospital,
Volyn Regional Clinical Hospital

Запропонований спосіб надійної штучної вентиляції легень (ШВЛ) під час виконання операції черезшкірної дилатаційної трахеостомії (ЧШДТ) шляхом заміни інтубаційної трубки на ларингеальну маску. Під час проведення ШВЛ через ларингеальну маску немає необхідності ідентифікувати місце формування трахеостомного отвору за допомогою бронхофіброскопа, підвищується ефективність ШВЛ і, відповідно, збільшується забезпечення організму пацієнта киснем під час оперативного втручання.

ЧШДТ є альтернативою класичній трахеостомії у хворих, яким показано проведення тривалої ШВЛ [1, 2]. В останні роки цьому методу віддають перевагу у зв'язку з меншою травматичністю і невеликою частотою ускладнень. По даним літератури [3–5] і нашому досвіду, зменшуються ризик виникнення кровотечі після операції, тривалість операції у порівнянні з відкритим методом, ймовірність інфікування операційної рани, розміри післяопераційного рубця. Крім того, за достатнього досвіду роботи, немає необхідності надавати хворому особливе положення (запрокидування голови, валик під плечі). Це особливо важливо для нейрохірургічних хворих при ушкодженні задньої черепної ямки, переломах шийних хребців [5, 6]. Частота ускладнень зменшується у міру набуття досвіду лікарів.

В умовах відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії Нововолинської центральної міської лікарні ЧШДТ виконана у 28 хворих, у 18 з них — під час ШВЛ через інтубаційну трубку, у 10 — ШВЛ здійснювали через ларингеальну маску.

ЧШДТ виконують за допомогою чотирьох способів, основаних на методиці Сельдингера. Ми використовуємо метод вкручування (Rusch) з використанням стандартного набору PercuTwist (виробник фірма Teleflex Medical, Ірландія).

Пропонуємо методику, що спрощує виконання ЧШДТ завдяки надійній герметизації контуру „пацієнт—апарат ШВЛ”, не потребує використання бронхоскопа, може бути здійснена бригадою у складі лікаря і медичної сестри у відділенні інтенсивної терапії.

Основні етапи операції.

Горизонтальний надріз шкіри довжиною 8 — 10 мм на рівні 1 або 2 міжкільцевих проміжків трахеї.

Проколюємо трахею в зазначених міжкільцевих проміжках голкою з пластиковою канюлюю.

Виймаємо з канюлі голку і вводимо в трахею J—подібний гнучкий металевий провідник.

Видаляємо з трахеї канюлю, на провідник нанизуємо конусоподібний гвинт, обертовими рухами якого по часовій стрілці формуємо трахеостомний канал потрібного діаметра. Конусоподібний гвинт видаляємо.

На металевий провідник нанизуємо пластиковий провідник з трахеостомною трубкою і вводимо їх в трахею на потрібну глибину. Видаляємо провідники, залишаємо в трахеї трахеостомну трубку, яку під'єднуємо до апарата ШВЛ.

ЧШДТ здійснювали:

— за необхідності тривалої підтримки прохідності дихальних шляхів

— для покращення умов санації трахеобронхіального дерева

— для оптимізації умов припинення вентиляції легень

— для зменшення тривалості перебування хворого у стані медикаментозного сну при адаптації до апарата ШВЛ

— для попередження аспірації вмісту глотки або травного каналу.

Запропонована методика тархеостомії має переваги:

— простота техніки виконання;

— не потрібні умови операційної, можна здійснити у відділенні інтенсивної терапії;

— використання ларингеальної маски створює умови для надійної підтримки прохідності дихальних шляхів, чого неможливо досягти при виконанні операції з інтубаційною трубкою;

— відсутність інтубаційної трубки в трахеї дозволяє вільно, без обмеження часу, формувати трахеостомний канал, що підвищує якість оперативного втручання;

— при формуванні отвору між кільцями трахеї кровоносні судини, як правило, не пошкоджуються, отже, кров не потрапляє в трахеобронхіальне дерево;

— відсутність кровотечі під час операції унеможливує обтурацію згортками крові дихальних шляхів, що виключає необхідність проведення санаційної бронхоскопії, обов'язкової після виконання відкритої трахеостомії;

— частота інфекційних ускладнень після ЧШДТ становить 0 — 3,3%, після відкритої трахеостомії — до 36%;

— частота виникнення стенозу після ЧШДТ становить 0 — 9%, залежно від якості догляду за трахеостоמוю і частотою заміни трахеостомної трубки. Частота пізніх ускладнень після відкритої трахеостомії, зокрема, стенозу трахеї, трахеомаляції, нориці і рубцювання значно вища;

— методика може бути запропонована для навчання медперсоналу в умовах відділення інтенсивної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Эпштейн С. Л. Чрескожная трахеостомия — оптимальная альтернатива стандартной методике / С. Л. Эпштейн, Ю. Я. Романовский, В. В. Назаров // Вестн. интенсив. терапии. — 1997. — № 4. — С. 33.
2. Comparison of percutaneous and surgical tracheostomies / J. S. Friedman, J. Fildes, B. Mizok [et al.] // Chest. — 1996. — N 110. — P. 480 — 485.
3. Бердикян А. С. Чрескожная дилатационная трахеостомия / А. С. Бердикян // Вестн. интенсив. терапии. — 1999. — № 1. — С. 22 — 27.
4. Транскутанная дилатационная трахеостомия в детском возрасте / И. А. Савин, А. С. Горячев, К. М. Горшков [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 1. — С. 65 — 69.
5. Транскутанная дилатационная трахеостомия в остром периоде у больных с проникающей черепно—мозговой травмой, осложненной внутричерепной гипертензией / И. А. Савин, А. С. Горячев, К. М. Горшков [и др.] // Там же. — № 6. — С. 65 — 69.
6. Mayberry J. C. Cervical spine clearance and neck extension during percutaneous tracheostomy in trauma patient / J. C. Mayberry, I. C. Wu, R. K. Goldman // Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 28, N 10. — P. 3436 — 3440.

ВИСНОВКИ

1. Здійснення ШВЛ через ларингеальну маску під час операції ЧШДТ є ефективним способом підтримки прохідності дихальних шляхів пацієнта завдяки надійній герметизації контуру „пацієнт—апарат ШВЛ”.

2. ШВЛ через ларингеальну маску не потребує використання бронхоскопа для ідентифікації місця формування трахеостомного отвору.

3. Лікар під час виконання ЧШДТ не обмежений в часі через відсутність загрози розгерметизації дихального контура, виникнення гіпоксії при проколі манжети інтубаційної трубки або надмірного її підтягування над голосовими зв'язками.

4. Використання конусоподібного гвинта з різьбою значно пришвидшує процес формування трахеостомного отвору, запобігає виникненню інтра— та післяопераційної кровотечі, не потребує проведення повторної бронхоскопії для видалення з трахеобронхіального дерева згустків крові.

5. Операцію можна виконувати в лікувальних закладах за відсутності умов для здійснення бронхофіброскопії.

