

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Е.М.Кондрашева
С.-Петербург, Россия

Трахеальные свищи – частое позднее осложнение трахеостомии, возникающее после деканюляции в результате сужения просвета трахеостомы рубцовой тканью, или врастания эпидермиса (аспирационный свищ). Под свищом мы понимаем канал между трахеей и кожей, который, хотя и пропускает воздух, не способен обеспечить адекватное дыхание. Репарация свища происходит в течение 3-6 месяцев, после ликвидации воспалительных процессов в мягких тканях и при отсутствии таковых в области краев трахеальных колец. Однако этот процесс бывает затруднен из-за наличия обширной рубцовой ткани, слизистогнойных выделений, а также вследствие деформации краев стомы, что препятствует их соприкосновению и заживлению.

По данным литературы количество трахеальных свищей у детей после стандартной трахеостомии составляет от 3 до 43 %, процент максимален при выполнении трахеостомии в грудном возрасте, и возрастает длительностью канюленосительства.

Цель работы: проанализировать частоту и причины возникновения трахеальных свищей, оценить эффективность применяемой в СПбГПМА методики их хирургического лечения и возможные осложнения.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни, осуществление хирургического вмешательства и наблюдение пациентов в отдаленном периоде.

В ЛОР клинике СПбГПМА с 1998 г. по 2008 г. была произведена деканюляция у 71 пациента. После этого у 20 (28,2 %) из них сформировались трахеальные свищи. Трахеостомия у данных пациентов производилась в связи со следующими состояниями: папилломатоз гортани – 1 (5 %), паралитический стеноз гортани – 1 (5 %), рубцовый стеноз гортани – 18 (90 %). Пол детей: 6 (30 %) девочек и 14 (70 %) мальчиков. Средний возраст детей 10,0±4,5 года (диапазон 3–17 лет). Средний срок канюленосительства 4,9±2,6 года (диапазон 2–12 лет).

Всем пациентам была произведена операция – послойная пластика свища с несвободной кожной пластикой.

Под эндотрахеальным наркозом производился окаймляющий разрез вокруг трахеального свища, затем свищ выделялся до трахеи и подвергался иссечению. Дефект трахеальной стенки закрывался двумя кожными лоскутами, которые выкраивались вокруг свища и сшивались конец в конец дермой внутрь просвета трахеи, после чего производилось орошение раны раствором NaCl 0,9 % с одновременным нагнетанием давления в трахее выше атмосферного, чтобы уменьшить риск осложнений, связанных с просачиванием воздуха. Следующий слой формировался из мышц, которые после мобилизации ушивались отдельными узловыми швами. На передней поверхности шеи, несколько выше свища, выкраивался кожный лоскут на ножке, который перемещался на рану и фиксировался.

Результаты: Трахеальный свищ сформировался у 28,2 % деканюлированных пациентов. Основным показанием к трахеостомии в исследуемой группе был рубцовый стеноз гортани (90 %). Хирургическое лечение по данной методике не дало рецидивов и показало хорошие косметические результаты. Осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у двоих пациентов и было успешно купировано. Учитывая значительный процент возникновения трахеальных свищей необходимо совершенствовать методики их лечения и профилактики.