

Целесообразность временной трахеостомии у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению с нарушением непрерывности дуги нижней челюсти

Д.В. Сикорский¹, С.О. Подвязников², А.А. Чернявский³, А.Н. Володин¹

¹Первое онкологическое отделение ГБУЗ НО «Онкологический диспансер», Филиал № 1, Нижний Новгород;
²кафедра онкологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва;
³кафедра онкологии, лучевой терапии, лучевой диагностики ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

Контакты: Дмитрий Валентинович Сикорский sikorski@freemail.ru

Представлен анализ клинических наблюдений за 40 больными местно-распространенным и рецидивным орофарингеальным раком, которым была проведена многокомпонентная операция с одновременным удалением первичной опухоли и путей лимфооттока шеи, сопровождавшаяся нарушением непрерывности дуги нижней челюсти с сопутствующей трахеостомией.

Ключевые слова: орофарингеальный рак, трахеостомия, трахеостома

Expediency of temporal tracheostomy in patients surgically treated for discontinuity of the mandibular arch

D.V. Sikorsky¹, S.O. Podvyaznikov², A.A. Chernyavsky³, A.N. Volodin¹

¹Oncology Unit One, Oncology Dispensary, Branch One, Nizhny Novgorod;
²Department of Oncology, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Moscow;

³Department of Oncology, Radiotherapy, Radiodiagnosis, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Ministry of Health of Russia

The paper analyzes clinical observations of 40 patients with locally advanced and recurrent oropharyngeal cancer, who underwent multi-component surgery with simultaneous removal of a primary tumor and cervical lymph outflow tracts, which was accompanied by discontinuity of the mandibular arch with concurrent tracheostomy.

Key words: oropharyngeal cancer, tracheostomy, tracheostoma

В основу данной работы положены клинические наблюдения за 40 больными местно-распространенным и рецидивным орофарингеальным раком, оперированными в 1-м онкологическом хирургическом отделении ГБУЗ «Нижегородский областной онкологический диспансер», Филиал № 1 (до 2010 г. — ГУЗНО «Онкологический диспансер г. Нижний Новгород») в период с 2005 по 2011 г.

Хирургическое лечение заключалось в выполнении многокомпонентной операции с одновременным удалением первичной опухоли и путей лимфооттока шеи. Обязательным компонентом операции было нарушение непрерывности дуги нижней челюсти: сегментарная резекция нижней челюсти ($n = 31$, в том числе и с одномоментной реконструкцией титановой пластиной, $n = 8$) и мандибулотомия как доступ к опухолям «задних» локализаций ($n = 9$).

Всем пациентам интраоперационно была наложена трахеостома. После выполнения вмешательства на путях лимфооттока шеи («чистого» этапа операции)

производилась переинтубация через трахеостому для выведения оротрахеальной интубационной трубки из операционного поля. В послеоперационном периоде трахеостома использовалась для санации дыхательных путей, так как во время операции выполняется резекция анатомических образований, участвующих в высококоординированном акте глотания. В ближайшем послеоперационном периоде содержимое полости рта (слюна и раневое отделяемое) беспрепятственно стекает в трахею, и трахеостома является жизненно необходимой. Критерием удаления трахеостомической трубки (а также зонда) считаем возможность адекватного глотания без аспирации пищевых масс. Поэтому интраоперационную переинтубацию через трахеостому мы предпочитаем назотрахеальной интубации.

Вследствие необходимости длительного нахождения трахеостомической трубки у пациентов в послеоперационном периоде мы выполняли трахеостомию с формированием «окна» в передней стенке трахеи с резекцией 2 полуколец трахеи и подшиванием стенки трахеи

к коже. Посредством этого приема обеспечивается беспрепятственное поступление воздуха в дыхательные пути с возможностью полного извлечения трахеостомической трубки для очищения ее от загрязнений и обработки краев трахеостомы во время перевязок.

В случаях же без формирования «окна» в передней стенке трахеи с вертикальным рассечением стенки трахеи или с использованием приема бужирования на проводнике, при выполнении трахеостомии большую техническую сложность представляет замена трахеостомической трубки.

После извлечения трахеостомической трубки в случаях формирования «окна» в трахее заживление отверстия в трахее, конечно же, происходит более длительно, вторично, с краев раны. При трахеостомии без резекции передней стенки трахеи после извлечения трахеостомической трубки рассеченная или бужированная стенка трахеи и мягкие ткани шеи перед трахеей практически сразу смыкаются, обеспечивая более быстрое заживление. С целью ускорения закрытия трахеостомы, сформированной посредством выполнения «окна» в трахее, после того, как отпала потребность в наличии трахеостомы, возможно снятие швов, удерживающих трахею у кожи, и выполнение разобщения кожи и стенки трахеи путем разрыва рубца между ними. При выполнении данной рекомендации закрытие трахеостомы происходит быстрее за счет роста грануляций на образованной раневой поверхности между кожей и стенкой трахеи.

В случаях проведения хирургического лечения местно-распространенного и рецидивного орофарингеального рака с нарушением непрерывности дуги нижней челюсти (мандибулотомия, сегментарная резекция нижней челюсти) на фоне предшествовавших лучевой и химиотерапии, когда послеоперационный отек ротоглотки и обильное раневое отделяемое со слюной препятствуют адекватному поступлению воздуха в дыхательные пути и крайне высок риск развития послеоперационных осложнений с увеличением продолжительности послеоперационного периода, трахеостомия с формированием «окна» в передней стенке трахеи более предпочтительна по сравнению с методиками без резекции полуколец трахеи, несмотря на функциональное преимущество этих методик после деканюляции.

Определенное удобство представляет использование металлических трахеостомических трубок (медицинская нержавеющая сталь, титан), которые при обработке лучше очищаются от загрязнений, содержащих примесь крови.

Некоторый интерес представляли пластиковые трахеостомические трубки с манжетой, раздувание которой препятствует стеканию содержимого полости рта и ротоглотки в трахею и бронхи. Но длительное их использование приводит к ишемии стенки трахеи в месте контакта раздутой манжетки со слизистой оболочкой трахеи с формированием пролежня. Применение трахеостомических трубок с манжетой низкого давления, которые по заявлению фирм-производителей более физиологичны, не оправдало себя, так как данные манжеты не удерживают скопившийся над ними секрет. Так же материал, из которого изготовлены трахеостомические трубки с манжетой, весьма плохо очищается от загрязнений, которые весьма обильны в первые дни после операции, т. е. в те сроки, когда манжета на трахеостомической трубке наиболее необходима для изоляции дыхательных путей от раневого отделяемого.

Так же представляет сложность эвакуация накопившегося над манжетой трахеостомической трубки раневого отделяемого со слюной. Манжета препятствует стеканию в трахею, а следствием является заполнение гортани раневым отделяемым со стимулированием кашлевых зон в гортани. Повторяющиеся эвакуации из гортани отсосом мучительны для больного и могут травмировать голосообразующие структуры. Сдувание манжетки для эвакуации раневого отделяемого и слюны через трахеостому приводит к аспирации в трахею.

Таким образом, организация в послеоперационном периоде индивидуального поста с целью адекватной регулярной санации трахеи через трахеостому по мере аспирации слюны и раневого отделяемого полости рта и глотки является жизненно необходимой для больного местно-распространенным и рецидивным орофарингеальным раком, перенесшего многокомпонентную операцию, сопровождающуюся нарушением непрерывности дуги нижней челюсти.