

# ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ТРАХЕИ.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская областная клиническая больница

Н.В. Красносельский, С.Н. Балака, С.-А. Гони

**Актуальность.** Трахеогортанные резекции (ТГР) занимают особое место в структуре реконструктивно-пластических операций на трахее. Сложность обусловлена преимущественно как техническими трудностями выполнения разрушительного и восстановительного этапов оперативного вмешательства, так и особенностями анестезиологического ведения интра- и послеоперационного периодов, включая профилактику и лечение послеоперационных осложнений на всех этапах.

**Цель.** Целью данной работы явилось определение особенностей хирургического лечения больных с трахео-гортанными резекциями.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели нами были проанализированы результаты хирургического лечения 71 больных со стенозами гортани и шейного отдела трахеи, обусловленными в 29 случаях опухолевым поражением и в 23 – с посттравматическими рубцовыми стенозами. Из них, 25 пациентов имели III-IV ст. стеноза, а 46 – I-II ст. Ургентно оперировано 24 больных и планово – 47. Из них, наложение трахеогортанного анастомоза выполнено у 19 больных (трахеоперстневидного – 15, трахеощитовидного – 4).

**Результаты и их обсуждение.** Проведенный анализ хирургических вмешательств позволил выявить следующие технические особенности выполнения ТГР:

Особенностью операций на шее является сложность анатомического строения, которая отличается наличием в ограниченном объеме множества анатомических структур, которые являются частью различных систем организма. Это требует прецизионного выделения и сопоставления концов

сшиваемых структур. При этом, особое внимание уделяется применению атравматического шовного материала, гемостазу и аэростазу.

При переходе к реконструктивному этапу операции необходимо учитывать разность диаметров проксимального и дистального отделов дыхательной трубки. При значительном несоответствии сшиваемых концов накладывать анастомоз с выкраиванием фигурных лоскутов.

Следующей особенностью резекции было использование ИВЛ или спонтанного дыхания в зависимости от степени стеноза. При значительном стенозе, как правило, выделяли поврежденный участок трахеи под местной анестезией с последующим использованием системы «шунт-дыхание». При создании анастомоза в первую очередь накладывали узловые швы (викрил 3/0) на заднюю полуокружность трахеи, а затем – на переднюю полуокружность с последующей трансназальной интубацией трахеи. Область анастомоза укрепляли мышечным аллотрансплантатом в виде муфты. Время экстубации больных определялось индивидуально.

Резекция трахеи в пределах 5 полуколец позволяла выполнить сведение без значительного натяжения краев дыхательной трубки. При более обширном дефекте обязательным является широкая мобилизация гортани, а также каудального конца трахеи после стернотомии.

Непременным условием также является щадящее отношение к дуге и пластинке перстневидного хряща, необоснованные повреждения которого приводят к нарушению каркасности гортани, парезу и параличу голосовых связок.

Обширная травма возвратных нервов, приводящая к параличу гортани, требовала одно- или двусторонней пликотомии, а в случае рубцовых изменений – иссечения голосовых связок для профилактики в послеоперационном периоде дыхательной недостаточности.

**Выводы.** Особенности трахеогортанных резекций являются: 1) доскональное знание топографической анатомии шеи; 2) использование прецизионной техники и атравматичного шовного материала; 3) тщательное

сопоставление сшиваемых концов дыхательной трубки; 4) содружественная работа хирургической и анестезиологической бригад; 5) умение предвидеть развитие различных по характеристике послеоперационных осложнений.