



Манайбекова Ж.А.

УДК 616.21:616.215.-089.0-75

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ТРАХЕИ

Ж.А. МАНАЙБЕКОВА, А.И. САПАРОВ, Н.Е. СЕИТОВА

КФ УМС «Национальный Научный Центр Материнства и Детства», г. Астана, Республика Казахстан

**Цель исследования.** Адаптация и внедрение в клиническую практику алгоритма послеоперационного ведения и лечения детей после пластики трахеи в раннем послеоперационном периоде в условиях реанимации.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2017 году в КФ УМС «Национальный Научный Центр Материнства и Детства» совместно с зарубежными специалистами из Италии проведены 4 операции пластики трахеи из аутоотрансплантата из реберного хряща детям в возрасте от 1 года до 4-х лет с диагнозом "постинтубационный стеноз трахеи". Все четверо пациентов до данной госпитализации неоднократно получали стационарное лечение, перенесли оперативное вмешательство: баллонная дилатация, бужирование трахеи. Ввиду не- или малоэффективности предыдущих операций, данные пациенты были кандидатами на операцию пластики трахеи. Пациенты за несколько дней перед операцией в плановом порядке поступали в профильное отделение, где проходили необходимый перечень исследований и проводилась предоперационная подготовка. На момент поступления в операционную у всех детей в той или иной степени имелась хроническая дыхательная недостаточность, обусловленная основной патологией. Суть самой операции, т.е. первого этапа операции, заключалась в удалении рубцовоизмененного кольца трахеи и замены его аутоотрансплантатом из собственного реберного хряща с установкой Т-образной трахеостомической трубки для последующего ухода и тренировки нормального дыхания в послеоперационном периоде. Все пациенты после данной операции поступали в отделение реанимации в состоянии медикаментозного сна на интубационной трубке. Для оптимального заживления аутоотрансплантата и послеоперационной раны всем пациентам кроме основной терапии требовались продленная интубация трахеи и частичное парентеральное питание в течение первых 2-3-х суток. Аппаратное дыхание проводилось стандартными возрастными параметрами аппаратом Hamilton G5. Главным требованием положения пациента была фиксация головы и шеи. С целью анальгезии, седации и синхронизации с ИВЛ использовались фентанил из расчета 1-3 мкг/кг/час, диазепам 0,1-0,2 мкг/кг/час. Данным сочетанием вышеуказанных препаратов удалось добиться достаточной глубины седации и анальгезии. С целью профилактики пролежней пациенты укладывались на специальные противопролежневые матрасы, а при возникновении необходимости смены положения тела движения осуществлялись одновременным поворотом

тела и головы, избегая изолированного поворота головы по отношению к телу пациента, таким образом, исключались смещение и травмирование послеоперационной зоны. Вторым не менее важным требованием по уходу и лечению были своевременная правильная санация и лаваж дыхательных путей от секрета с самой операционной раны, также из нижних дыхательных путей. Санация через Т-образную трахеостомическую трубку требовала специальных маневров, таких как поочередные наклоны наружного конца трубки вверх и вниз. Первые 2-е суток пациенты получали полное парентеральное питание по калоражу, последующие дни устанавливались назогастральные зонды и постепенно переводились на энтеральное питание по физиологическим потребностям. Так же в добавок к продленной ИВЛ, седации, анальгезии и парентерального питания проводились антибактериальная, гемостатическая и симптоматическая терапии. На 3-е сутки в плановом порядке седация отключалась, пробуждение наступало в течение полусуток после отключения седации. В плановом порядке по общим правилам пациентам проводились экстубация трахеи и перевод на спонтанное дыхание. В течение первых суток после экстубации требовалась кислородотерапия на минимальных потоках (0,5-1,0 л/мин). Лабораторные и инструментальные исследования проводились по показаниям по общим правилам. В последующем пациенты активизировались и в течение 2-3-х дней переводились в профильное отделение.

В результате выбранной тактики ведения и лечения детей после операции пластика трахеи в раннем послеоперационном периоде всех четверых детей удалось выводить в отделение реанимации без послеоперационных и других осложнений. В дальнейшем через определенное время пациенты в плановом порядке поступали в профильные отделения, где им проводились необходимые исследования и лечение, последним этапом данного лечения было удаление Т-образной трахеостомической трубки. В данное время у всех прооперированных детей самостоятельное дыхание через естественные дыхательные пути адекватное, клинических признаков стеноза трахеи не наблюдается, что подтверждается результатом прямой ларингоскопии.

**Контакты:** Манайбекова Жазира Акпаровна, врач анестезиолог-реаниматолог отделения детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии КФ УМС «Национальный Научный Центр Материнства и Детства», г. Астана, пр. Туран, 32, индекс 010000. E-mail: makenti\_1982@mail.ru

**Contacts:** Zhazira Manaibekova., Anesthesiologist-Resuscitator of Pediatric Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Care Unit of CF "UMC" National Scientific Center of Maternal and Child health, Astana c., uran avenue, 32, index 010000. E-mail: akenti\_1982@mail.ru

Анализируя результаты наблюдения, отмечены основные моменты полученного опыта в лечении в раннем послеоперационном периоде детей после пластики трахеи. Продленная интубация трахеи в течение первых 2-3-х дней является обязательным компонентом лечения в раннем послеоперационном периоде, что способствует быстрому заживлению аутотрансплантата и послеоперационной раны. Для обеспечения адекватной анальгезии, седации и синхронизации с ИВЛ сочетанное введение фентанила и диазепама путем внутривенного титрования является оптимальным. Правильный уход за пациентом, фиксация головы и шеи и специальные маневры, применяемые для смены положения пациента в состоянии медикаментозно-

го сна, такие как одновременный поворот тела и головы, избегая изолированного поворота головы по отношению к телу пациента, исключают смещение и травмирование послеоперационной зоны и развитие послеоперационных осложнений. Проведение парентерального питания в первые сутки после операции с последующим поэтапным переходом на энтеральное питание дает возможность покрыть энергетические потребности организма в достаточном объеме. Путем выполнения конкретных рекомендаций по лечению и уходу можно добиться предотвращения послеоперационных осложнений, сокращения длительности пребывания в отделении реанимации и раннего восстановления в послеоперационном периоде.