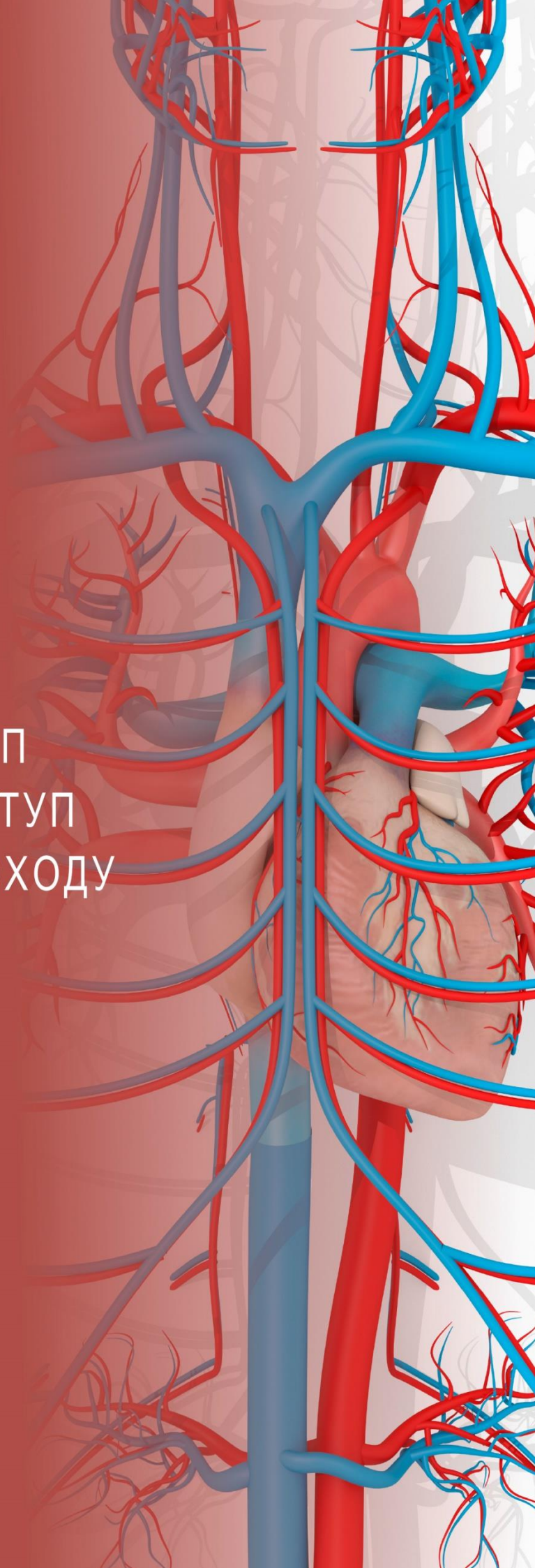


РОЗДІЛ 8

ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП
ПРИ ТРАВМІ ШИЇ: ДОСТУП
ДО ТРАХЕЇ ТА СТРАВОХОДУ
В ДІЛЯНЦІ ШИЇ



Оперативний доступ при травмі шиї: доступ до трахеї та стравоходу в ділянці шиї

У цьому розділі розглянуто доступ до явних чи підозрюваних ушкоджень трахеї та стравоходу в області шиї. Хоча основний акцент робиться на оперативному доступі, також буде представлено загальний огляд принципів діагностики та ведення таких пацієнтів.

Цілі навчання

До кінця курсу ASSET учасники повинні вміти наступне:

1. Описати ознаки та симптоми ушкоджень трахеї та стравоходу.
2. Описати діагностичні способи виявлення ушкоджень цих структур.
3. Описати і продемонструвати рекомендоване позиціонування та підготовку пацієнта до хірургічного втручання.
4. Продемонструвати варіанти розрізів для доступу до трахеї та стравоходу.
5. Продемонструвати етапи хірургічного доступу до трахеї та стравоходу в ділянці шиї.

Особливості

- Поранення трахеї може виникнути в результаті тупої чи проникаючої травми. Проникаючі поранення шиї зустрічаються частіше і вимагають оперативного втручання.
- Гематоми можуть стати причиною зовнішньої компресії дихальних шляхів.
- Найбільш поширеною причиною пошкодження стравоходу є ятрогенія (наприклад, ендоскопія); проникаючі механізми травмування зустрічаються набагато частіше, ніж тупі.
- Фізикальні ознаки, що вказують на травму трахеї та гортані, включають стридор, захриплість, кровохаркання та підшкірну емфізему.
- Фізикальні ознаки, що вказують на пошкодження стравоходу, включають дисфагію, одиофагію, кров у ротоглотці та підшкірну емфізему.
- Виявлення повітря в середостінні або глибоких структурах шиї на комп'ютерній

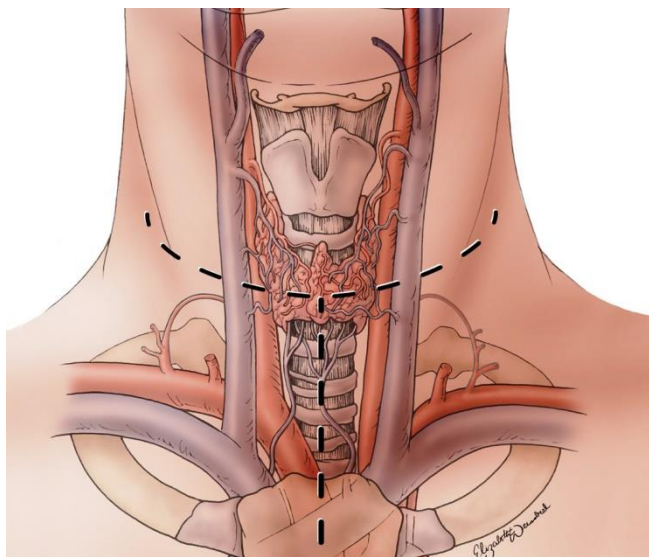
томографії чи на оглядовій рентгенограмі також свідчить про пошкодження трахеї чи стравоходу.

- Пріоритетом є контроль прохідності дихальних шляхів і подальша діагностична оцінка за допомогою бронхоскопії, ендоскопії або КТ - залежить від стабільності стану та підозри на травму.
- Слід якомога швидше призначити антибіотики широкого спектру дії.
- Позиціонування та підготовка пацієнта такі ж, як і для доступу до судин (див. розділ 7).

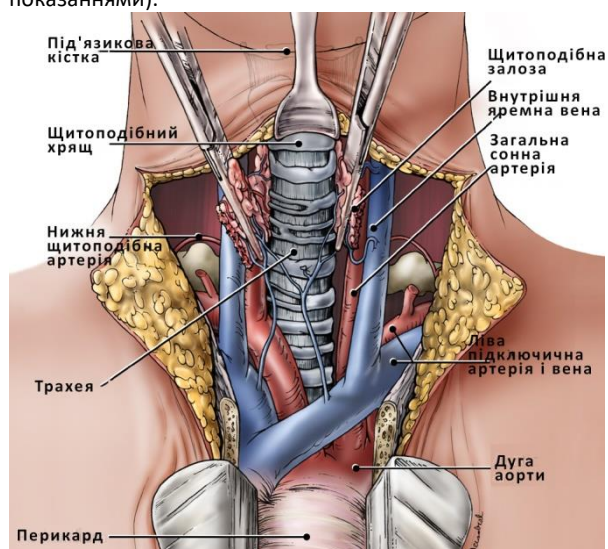
Хірургічний доступ

Травми трахеї (шийної частини)

- Пошкодження шийного відділу трахеї (верхня третина) найкраще виявляти через комірцевий (шийний, англ., collar) розріз, зроблений на 1–2 см вище вирізки груднини та розширений латерально за межі медіальної межі грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Якщо травма поширюється на грудну частину трахеї, розріз можна розширити на грудну клітку за допомогою стернотомії (Мал. 1).
- Платизму (підшкірний м'яз шиї) розділяють у такому ж напрямку, щоб відкрити ремінні м'язи, уникаючи або контролюючи передні яремні вени.
- Субплатизмальні клапті відводять догори і донизу; ремінні м'язи відділяють або розсікають по середній лінії. Це дозволяє оголити передню частину щитоподібної залози, шийний відділ трахеї та сонні артерії з обох боків (Мал. 2).
- Доступ до решти трахеї вимагає розсічення перешийка щитоподібної залози та розширення розрізу на грудну клітку шляхом часткової або повної серединної стернотомії (Мал. 3).
- При виділенні трахеї важливо не відсікати її кровоносні судини по всій окружності, оскільки успішне відновлення залежить від достатнього кровопостачання.
- Принципи хірургічного лікування ушкоджень трахеї полягають у висіченні нежиттєздатних тканин (включаючи хрящі), накладенні анастомозу «кінець в кінець» розсмоктуючим швом і позиціонування шиї в зігнутому положенні для уникнення натягу анастомозу.

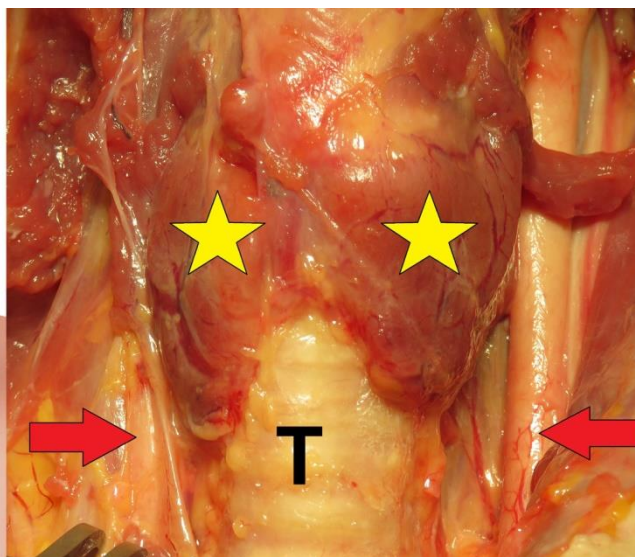


Малюнок 1. Доступ до шийного відділу трахеї виконується через комірцевий (шийний, англ., collar) розріз, який можна розширити на грудну клітку (за показаннями).



Малюнок 3. Доступ до трахеї після розсічення перешийка щитоподібної залози та пов'язаних із ним анатомічних структур як наступний крок після комірцевого (шийного) розрізу, розширеного до часткової стернотомії

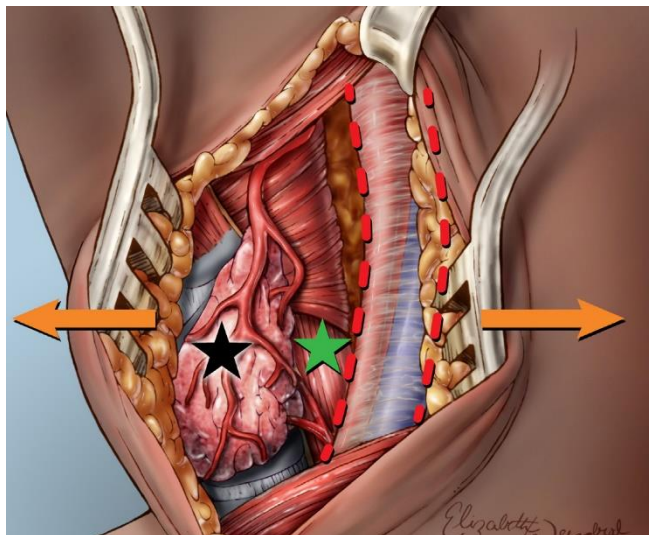
- Цілісність при неускладнених «чистих» травмах без деваскуляризації можна в основному відновити простими розсмоктуючими швами.



Малюнок 2. Відкриття шийного відділу трахеї (Т), сонних артерій з обох сторін (стрілки) і щитоподібної залози (жовті зірочки) через комірцевий розріз у нижній частині шиї.

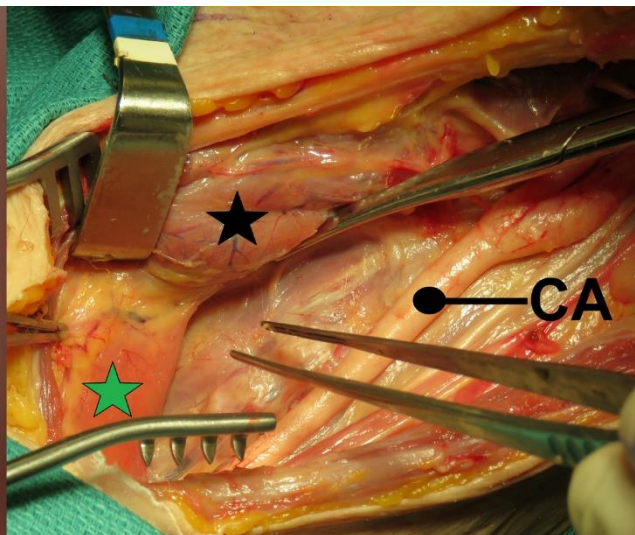
Травми стравоходу (шийної частини)

- Оптимальний доступ до стравоходу можна отримати через розріз попереду грудинно-ключично-соскоподібного м'яза.
- Хоча до стравоходу можна отримати доступ з обох сторін шиї, розріз зліва є кращим, оскільки верхній відділ стравоходу розташований переважно в лівій частині шиї.
- Стравохід починається на рівні нижніх відділів конусоподібних перстне-глоткових м'язів; кругове виділення стравоходу може бути здійснене лише нижче цих м'язів. Зважаючи на це, стравохід, як правило, знаходять нижче в ділянці шиї, ніж можна було б очікувати, і часто його найлегше охопити на рівні ключиці.
- Виділення стравоходу полегшується введенням назогастрального або орогастрального зонду.
- Фасцію сонної артерії слід мобілізувати латерально, а трахею - медіально, що дозволить візуалізувати верхній відділ стравоходу від перстне-глоткових м'язів до його входу в заднє середостіння (Мал. 4 і 5).



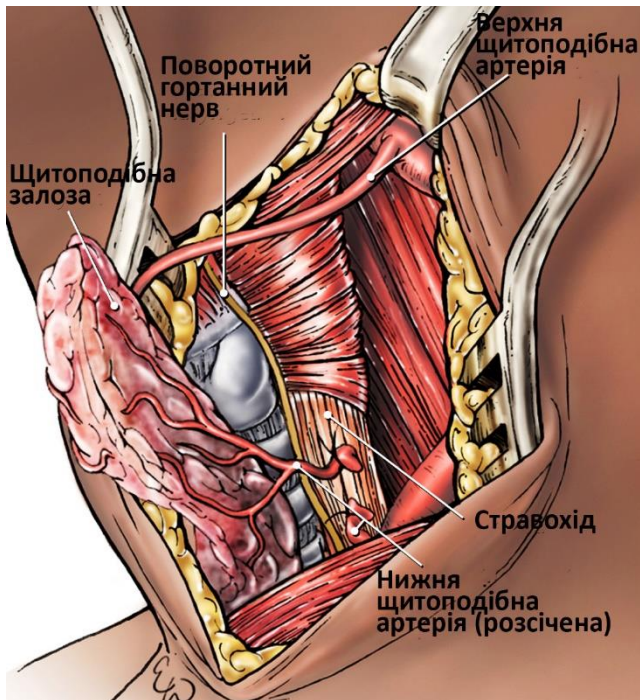
Малюнок 4. Стравохід (зелена зірочка) відкривають для огляду шляхом мобілізації фасції сонної артерії (позначеної червоними пунктирними лініями) латерально та щитоподібної залози (чорна зірочка) медіально.

- Мобілізація щитоподібної залози медіально може потребувати розсічення середньої щитоподібної вени та нижньої щитоподібної артерії. Слід бути обережним, щоб не пошкодити поворотний гортанний нерв, який проходить у трахео-стравохідній борозні (Мал. 6). Якщо нерв одразу не видно, не намагайтеся його візуалізувати, оскільки це загрожує непотрібною травмою.
- Щоб запобігти пошкодженню поворотного гортанного нерва внаслідок натягу, слід відводити щитоподібну залозу допереду та медіально. Особливо слід уникати відведення щитоподібної залози догори.
- Після входу в підфасціальний простір виконується дисекція стравоходу вигнутим затискачем. Кінчики затискача повинні рухатись навколо м'язового шару стравоходу, щоб створити простір навколо нього, працюючи спочатку позаду, а потім попереду від цієї структури.
- Дисекцію стравоходу слід виконувати значно нижче перснеподібного хряща та персне-глоткових м'язів з обережною медіальною тракцією трахеї, щоб уникнути пошкодження поворотного гортанного нерва.
- Використовуючи вигнутий затискач, дренаж Пенроуза обводять навколо стравоходу. За допомогою дренажа стравохід обережно відводять латерально та догори (Мал. 6–9); для подальшого

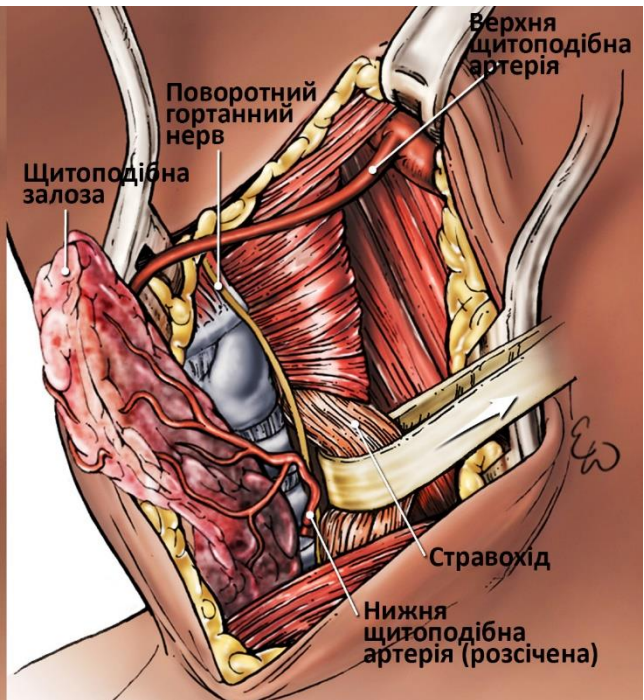


Малюнок 5. Стравохід (зелена зірочка) відкривають для огляду шляхом мобілізації сонної артерії (CA) латерально та щитоподібної залози (чорна зірочка) медіально.

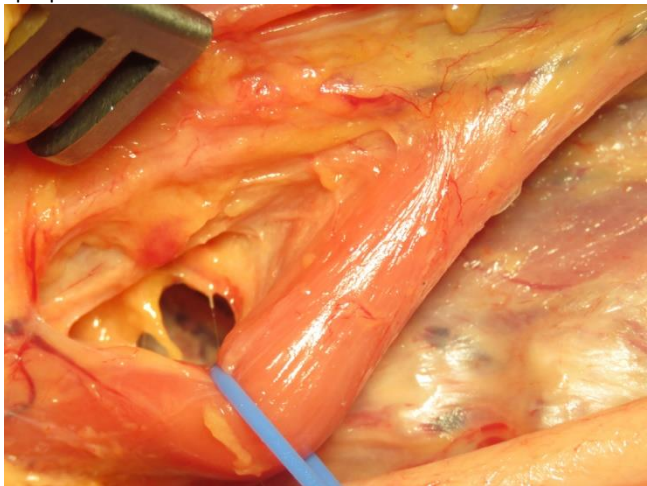
- виділення стравоходу комбінують розсічення та сепарацію тупим шляхом.
- Слід бути обережним, щоб уникнути пошкодження задньої стінки трахеї під час виконання дисекції.
- Доступ до шийного відділу стравоходу по всій його довжині також можна отримати через комірцевий розріз, як описано вище (при травмах трахеї).
- При пошкодженнях стравоходу можна відновлювати його цілісність одразу (вже під час першого оперативного втручання).
- Якщо трахея чи стравохід потребують відновлення, для їх покриття слід використовувати м'язи зі збереженим кровопостачанням (ремінні). Це особливо важливо при комбінованих ушкодженнях, щоб запобігти розривам і утворенню норниць між двома структурами.



Малюнок 6. Щитоподібна залоза відводиться медіально; при необхідності розсікається нижня щитоподібна артерія.



Малюнок 7. Стравохід, охоплений дренажем Пенроуза; намагайтеся уникнути поворотного гортанного нерва.



Малюнок 8. Створення простору навколо стравоходу шляхом дирекції



Малюнок 9. Подальша дисекція та мобілізація стравоходу.