

Наиболее опасными операционными осложнениями являются повреждения крупных кровеносных сосудов, в результате чего возможны смертельные кровотечения и воздушная эмболия. Для предупреждения кровотечений необходимо сначала необходимо лигировать сосуды, а потом рассекать.

Если кончик скальпеля во время разреза проникает слишком глубоко, возможно рассечение задней стенки трахеи и передней стенки пищевода.

Для предупреждения подкожной средостенной эмфиземы необходима минимальная препаровка тканей во время операции и неплотное ушивание кожи вокруг трубки. Асфиксия и синкопэ сразу после трахеостомии наблюдается в результате быстрой ликвидации гипоксии, гиперкапнии и ацидоза с утратой возбудимости центров дыхания и кровообращения.

После трахеостомии возможно закрытие просвета трубки сгустком крови или секретом. Для предупреждения этого необходимо каждые 8 часов производить смену внутренней трубки, и каждые три дня – наружной.

Инфекция раны из бронхиального дерева лучше всего предупреждается образованием стомы с хорошим сближением краев кожной раны со стенкой трахеи.

Возможно вторичное кровотечение чаще из плече-головных сосудов. Повреждение сосуда происходит из-за контакта жесткой стенкой трахеостомической канюли пульсирующего сосуда с развитием пролежня вплоть до разрыва. Кровотечение возникает на 3-16 день после операции.

При длительном существовании трахеальной стомы возможна метаплазия эпителия трахеи и крупных бронхов. Эти изменения наступают в результате поступления неувлажненного воздуха в трахею. В связи с этим с первого дня после операции важно давать увлажненный воздух, а также закапывать в трахею физраствор и разжижающие мокроту вещества.

Как только состояние больного позволяет, начинают проводить деканюлизацию. Больного начинают приучать к дыханию через рот и нос, восстанавливают возможность говорить. Это чаще всего удается на протяжении нескольких дней, затем наружное отверстие закрывается и, если это мероприятие проходит без расстройств дыхания, то канюля удаляется. Отверстие закрывается сухой стерильной повязкой и через несколько дней затягивается.

Дренаж. Дренирование – основополагающий прием в хирургии. Оно направлено на нейтрализацию эффектов экссудативной реакции при остром воспалении. Цель: 1) удаление раневого экссудата, как питательной среды для микрофлоры, и 2) снижение внутритканевого давления.

Необходимо выделять два случая дренирования ран: а) при относительной асептичности процесса, б) при гнойных процессах.

Цель дренирования при **асептических процессах**: оперативно удалять среду, способствующую нагноению (экссудат, лимфу, кровь), контролировать возможность осложнений (несостоятельность анастомоза, кровотечение).

Варианты: 1) дренирование клетчаточных пространств (подкожной, забрюшинной), 2) дренирование полостей (брюшной).