

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНЫХ И ТРАХЕАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ

Татур А. А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Гончаров А. А., Пландовский А. В., Стахивич В. А.,

Богачев В. А., Новиков С. В., Кардис В. И., Скачко В. А.

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В лечении рубцовых ларинготрахеальных стенозов (РЛТС) в настоящее время применяются циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с формированием ларинготрахеального анастомоза (ЛТА), этапные реконструктивно-восстановительные операции (ЭРВО) с использованием Т-образного стента и эндоскопические методики реканализации. Только ЦРТ является радикальным методом лечения РЛТС, которая позволяет одновременно удалить рубцово-измененный участок трахеи и стойко восстановить ее адекватную проходимость. Вместе с тем ЦРТ в лечении РЛТС продолжает оставаться технически сложным вмешательством, многие проблемы практического применения которой пока не решены.

Цель. Анализ результатов выполнения ЦРТ у 46 пациентов при рубцовых трахеальных и ларинготрахеальных стенозах различной этиологии.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ г. Минска в 1994-2016 г.г. на лечении находилось 173 пациента с РСТ, из которых у 42 – (24,9 %), как окончательный метод лечения, была эффективна эндоскопическая лазерная реканализация (ЭЛР), у 85 (49,1 %) выполнены ЭРВО, у 46 (26,0 %) – ЦРТ с формированием межтрахеального анастомоза у 26 (61,9 %) и ЛТА у 20 (38,1 %) анастомозов с их укреплением различными васкуляризированными аутоотканями.

Результаты и обсуждение. Преобладали пациенты в возрасте 20-50 лет (76 %), мужчин было 58,7 %, а женщин – 41,3 %. У 27 больных РСТ возник после интубации трахеи и ИВЛ (58,7 %), у 15 – после интубации и наложения в процессе ИВЛ трахеостомы (ТС) (32,6 %), у 3 – после поперечного разрыва трахеи (6,5 %), и лишь у 1 больного после перенесенной склеромы и трахеостомии – (2,2 %). Т.о. преобладали пациенты со стенозами трахеи постинтубационной этиологии (91,3 %).

Комплексное рентген-эндоскопическое обследование позволило установить локализацию, степень, протяженность стеноза, определить показания и противопоказания к выполнению ЦРТ. В соответствии с применяемым в РЦТХ лечебно-диагностическим алгоритмом ЦРТ является *операцией выбора* только при ее ограниченном ($\geq 1,0$ см – $\leq 4,0$ – $4,5$ см) рубцовом стенозе I - III ст. с рубцовой трансформацией гор-

тани на уровне арки перстневидного хряща. Предоперационная подготовка включала деканюляцию (4), бужирование (4), электроэксцизию грануляций и лазерную реканализацию зоны стеноза III ст. 12), лечение гнойного трахеобронхита (10), продолжение лечения основной патологии. При поступлении ТС была у 8 больных, причем у 2-х концевая.

На первом этапе работы 3 пациента были оперированы с функционирующей ТС с развитием больших осложнений у 2. 4 пациента были деканюлированы и просвет трахеи у них до ЦРТ поддерживали с применением эндоскопической лазерной вапоризации до заживления свища и репарации эпителия. У 4 пациентов (8,7 %) РСТ сочетался с трахеопищеводным свищом (ТПС) постинтубационной (75 %) и травматической этиологии (25 %). Оротрахеальная интубация трахеи выполнена у 44 больных, через ТС – у 2. Интубационная трубка через зону стеноза проведена у 23 больных со стенозами I–II ст., у 23 с РСТ II–III ст. конец трубки устанавливали над верхним краем сужения. При выполнении ЦРТ, в т.ч. при РЛТС обращали внимание на: 1) протяженность резекции в пределах здоровых тканей и применение адекватных ей мобилизационных маневров; 2) технику формирования анастомоза с обеспечением минимального натяжения швов; 3) укрепление трахеального анастомоза васкуляризированным лоскутом тимуса, мышцы или щитовидной железы.

На 1-м этапе работы 1996–1999 гг. у 6 пациентов была использована традиционная техника ЦРТ с ограничением трахеального анастомоза лоскутом грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на 2-м в 2000–2013 гг. у 34 пациентов ЦРТ выполнена из цервикомедиастинального доступа с окутыванием анастомоза ВЛТ по оригинальному способу, причем у 4 при сочетании РСТ с ТПС. Наш опыт выполнения ЦРТ с окутыванием трахеального анастомоза лоскутом тимуса позволяет отметить его достоинства: 1) обеспечение первичного герметизма швов в зоне анастомоза при резекции до 4,0–4,5 см трахеи; 2) достижение надежного ограничения трахеальных швов от магистральных сосудов и пищевода. Относительным недостатком его является необходимость выполнения стернотомии при резекции шейного отдела трахеи. На 3-м этапе работы в 2014–2016 гг. при РЛТС у 6 пациентов крикотрахеальная резекция нами выполнена из U-образного цервикотомного доступа с формированием заднего полупериметра ЛТА непрерывным швом, переднего – узловыми швами с укрытием зоны соустья долями щитовидной железы и ограничением плечеголового ствола короткими мышцами шеи. У одного пациента с отсутствием разделительной функции гортани после ее отрыва от трахеи и формирования ларинготрахеостомы ЛТА сформирован на T-образном стенде. На первом этапе работы несостоятельность швов ЛТА с неблагоприятным исходом вследствие сепсиса с СПОН (1) и аррозионного кровотечения (1) развилась у 2 больных, оперированных на фоне функционирующей трахеостомы (2), трахеопищеводного свища (1) и гормонзависимой бронхиальной астмы (1).

На 1 и 2 этапах работы стенозирование зоны ЛТА отмечено у 4 пациентов (20 %), межтрахеального – у 3 (11,5 %). У пяти из них по-

сле лазерной вапоризации просвет трахеи был стойко восстановлен. У 2 больных лазерная реканализация была неэффективной и потребовалась постановка T-стента дистальнее анастомоза с этапным достижением стойкого восстановления просвета. На третьем этапе работы послеоперационных осложнений не было.

Выводы. 1) Комплексная видеотрахеоскопическая и МСКТ диагностика в условиях РЦТХ позволяет определить параметры РСТ и выбрать дифференцированный метод лечения; 2) Крикотрахеальная резекция с формированием ЛТА является методом выбора в лечении ограниченных ($>1,0 - \leq 4,0-4,5$ см) РЛТС I – III ст.; 3) При крикотрахеальной резекции из U-образного цервикотомного доступа оптимально формирование ЛТА однорядным швом с укрытием зоны соустья васкуляризованными лоскутами щитовидной железы.