

одного из них. При видеобронхоскопии определялся гнойный бронхит, отек устья 7-го сегментарного бронха. После предоперационной подготовки из правостороннего бокового торакотомного доступа выполнена аппаратная дивертикулэктомия с дополнительной герметизацией линии швов пищевода лоскутами плевры и краевая резекция легкого. Послеоперационный период протекал гладко. С целью исключения несостоятельности швов пищевода пациентка в течение 8 суток получала зондовое и неполное парентеральное питание, антибактериальную терапию. На 21-е сутки после хирургического разобщения БПС пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное лечение. При клинико-рентгенологическом обследовании через год после операции жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Приобретенные БПС неопухолевой этиологии – редкое заболевание с неспецифическими клиническими проявлениями, которое требуют целенаправленной рентгенэндоскопической диагностики.
2. Выбор метода хирургического разобщения БПС должен быть дифференцированным в зависимости от его этиологии, параметров фистулы и состояния легкого.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Татур А. А.¹, Гончаров А. А.², Пландовский А. В.¹,
Протасевич А. И.¹, Богачев В. А.², Стахивич В. А.²,
Климович А. Е.², Попов М. Н.², Кардис В. И.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь
УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Проведение реконструктивных и восстановительных операций на трахее (РВОТ) при ее рубцовых стенозах (РСТ) остается актуальной проблемой торакальной хирургии,

поскольку количество пациентов с этой жизненно-угрожающей патологией не уменьшается. Этиология РСТ в большинстве случаев ятрогенная и связана в первую очередь с проведением длительной респираторной поддержки у критических реанимационных пациентов. Предупредить развитие РСТ проще и дешевле, чем проводить в последующем лечение. Вопросы профилактики развития РСТ, ранней диагностики и проведения дифференцированного хирургического и эндоскопического лечения требуют дальнейшего изучения.

Цель работы: оценка результатов радикальных и паллиативных хирургических и эндоскопических вмешательств при РСТ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с 1996 по 2017 гг. РВОТ выполнены 168 пациентам с РСТ. Диагностика и верификация основных параметров РСТ (локализация, степень и протяженность стеноза, трахеомалиция, трахеостома, ТПС) проводилась с использованием клинических, эндоскопических, лучевых и лабораторных методов исследования. Лечебная тактика определялась коллегиально с участием торакального хирурга, эндоскописта, реаниматолога-анестезиолога.

Результаты и обсуждение. Лечение РСТ направлено на восстановление стойкого адекватного (>9 -10 мм) просвета трахеи. Дифференцированный подход к выбору метода лечения основывался на оценке клинико-КТ-эндоскопических параметров РСТ. ЦРТ нами выполнена у 50 пациентов с ограниченными (1-4 см) РСТ II-III ст. с формированием межтрахеального ($n=28$; МТА) или гортано-трахеального ($n=22$) анастомозов. У 30 пациентов при использовании цервикомедиастинального доступа проведено укрепление швов анастомоза васкуляризированным лоскутом тимуса, что обеспечило их надежный герметизм. У 20 пациентов ЦРТ выполнена из U-образного цервикотомного доступа с укрытием анастомоза долями щитовидной железы или мышечным лоскутом. Несостоятельность швов МТА с развитием фатального медиастинита отмечена у 2 пациентов в начальный период работы в связи с расширением показаний к ЦРТ. При стенозировании зоны анастомоза (18%) лазерная

фотовапоризация была эффективна у 5 пациентов, постановка Т-стента – у 2, эндостентирование – у 2. Этапные реконструкции трахеи (ЭРТ) с использованием Т-стента проведены 90 пациентам с многоуровневыми и протяженными ($>4,0$ см) РСТ с функционирующей трахеостомой (86%) и без нее (14%), при наличии тяжелой соматической патологии. Благодаря технике выполнения и использованию монофиламентного шовного материала, нагноение ран развилось только у 3 пациентов (3,3%). У 57 пациентов с протяженными стенозами и переходом рубцового процесса на верхнегрудной отдел трахеи применена пластика трахеи трапециевидными кожными лоскутами в нашей модификации, включая 12 трахеостомированных пациентов с заращением трахеи над канюлей. Через 9-12 месяцев в условиях стационара стент удаляли. В сроки от 1 суток до 2-3 недель у 16 пациентов отмечено развитие рестеноза, что потребовало проведения бужирования зоны сужения и ЭЛРТ. У 72 пациентов удалось достигнуть стойкого просвета, им была выполнена дермомиотрахеопластика окончательного дефекта трахеи (ОДТ). При развитии грануляций в процессе ЭРТ выполняли их лазерную фотодеструкцию. В результате ЭРТ у 16 пациентов ОДТ были обширными (4,0-5,0 см) и мелкими (менее 8-9 мм), что потребовало выполнения аутохондротрахеопластики. Лечение завершено у 75 пациентов после выполнения кожно-мышечной (59) или кожно-мышечно-хрящевой (16) пластики ОДТ. В процессе ЭРТ умерли 4 пациента от причин, не связанных с операцией. Главным недостатком ЭРТ является непрогнозируемая длительность лечения, связанная с неодновременным созревaniem рубцовой ткани, но при невозможности выполнить ЦРТ альтернативы ей сегодня нет. Среди эндоскопических методик мы отдаем предпочтение лазерной реканализации трахеи (ЭЛРТ), которая была высокоэффективна при рубцово-грануляционных и коротких (<1 см) РСТ (n=28). Мы являемся противниками широкого применения эндостентирования трахеи при РСТ, которое является паллиативной дорогостоящей методикой и сопровождается большой частотой стент-индуцированных осложнений. У пациентов с критическими и

декомпенсированными стенозами (3-5 мм) без трахеостомы ЭЛРТ в нашем Центре является методом срочной реканализации с первичным расширением просвета до 6-7 мм и оротрахеальной бронхооптической интубацией трахеи на спонтанном дыхании на 18-24 часа.

Выводы. Лечение пациентов с РСТ должно проводиться в специализированных Центрах торакальной хирургии, имеющих необходимый опыт дифференцированного проведения хирургических (ЦРТ, ЭРТ) и эндоскопических (ЭЛРТ) вмешательств с учетом персонифицированной оценки их клинико-рентген-эндоскопических параметров.

РЕБЕРНЫЙ КЛАПАН ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А. Н., Синенченко Г. И., Бесаев Г. М., Никитин А. В.

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Россия

Введение. Летальность при тяжелой сочетанной травме груди достигает 50%. Частота реберного клапана при закрытой травме груди составляет менее 2%. При этом, как правило, речь идет о тяжелых, сопровождающихся шоком, доминирующих повреждениях этой части тела. В разное время предложено много способов фиксации флотирующего фрагмента грудной стенки. Остается дискуссионным вопрос о том, когда и как следует прибегать к восстановлению каркасности грудной клетки оперативным путем. По сей день бытует мнение, что по аналогии с переломами длинных трубчатых костей при любом реберном клапане то или иное хирургическое пособие абсолютно необходимо для обеспечения репозиции и консолидации костных отломков. Наш многолетний опыт лечения пострадавших с тяжелой изолированной и сочетанной травмой груди свидетельствует об обратном.

Цель работы: определение показаний для фиксации реберного клапана и разработка оптимальной методики ее проведения.