

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТРАХЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Татур А.А., Леонович С.И., Стахиевич В.А.,
Скачко В.А., Климович А.Е.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Проведение реконструктивно-восстановительных операций на трахее (РВОТ) при ее рубцовых стенозах (РСТ), трахеопищеводных свищах (ТПС), дивертикулах, доброкачественных опухолях и травмах с использованием современных технологий пока остается уделом ограниченного круга медицинских учреждений [1, 2, 3].

Целью работы явилась оценка непосредственных и отдаленных результатов радикальных и паллиативных РВОТ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с 1996 по 2011 г.г. РВОТ выполнены 186 пациентам: 126 – с РСТ, 23 – с ТПС, 30 – с полными разрывами (2) и с проникающими ранениями (28) трахеи, 6 – с доброкачественными опухолями, 1 – с гигантским дивертикулом.

Результаты. Определение показаний к выбору оптимального метода лечения было дифференцированным и основывалось на комплексной оценке параметров клинико-рентгено-эндоскопического обследования. У 38 пациентов при ограниченных РСТ II–III степени выполнена циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с формированием межтрахеального (24, МТА) или гортано-трахеального (14) анастомозов, причем у 32 из них – с применением васкуляризированного лоскута тимуса (ВЛТ). Циркулярное укрепление швов анастомоза ВЛТ в сочетании с ранней экстубацией обеспечило их надежный герметизм у всех пациентов. Гнойно-воспалительные осложнения развились у 8 пациентов (21,1%), причем несостоятельность швов анастомоза с развитием фатального медиастенита отмечена у 2 в период становления в клинике трахеальной хирургии. При стенозировании зоны анастомоза у 4 больных была эффективна эндоскопическая лазерная реканализация трахеи (ЭЛРТ), у двух

потребовалась постановка Т-стента. При остеомиелите грудины у двух больных выполнена резекция верхней трети ее тела с монопекторальной миопластикой дефекта грудной стенки. Этапные реконструкции трахеи (ЭРТ) с использованием Т-стента проведены 68 больным с многоуровневыми и протяженными (>4,0 см) РСТ с функционирующей трахеостомой (83,8%) и без нее (16,2%). У 17 пациентов (25%) с протяженными стенозами и переходом рубцового процесса на верхнегрудной отдел трахеи применена пластика трахеи трапециевидными кожными лоскутами в нашей модификации. В процессе ЭРТ у 34 больных отмечено развитие грануляций, которые потребовали проведения, либо открытого удаления их через трахеостому, либо – лазерной фотодеструкции. При рестенозе (25%) проводили мягкое бужирование зоны сужения, иссечение рубцовых тканей через стому, ЭЛРТ, а также трахеопластику трапециевидными кожными лоскутами. Благодаря технике выполнения и использованию монофиламентного шовного материала, нагноение ран развилось только у 3 пациентов (4,4%). В результате ЭРТ у 13 больных (19,1%) окончательные дефекты трахеи (ОДТ) были обширными (4,0–5,0 см) и мелкими (менее 8–9 мм), что потребовало выполнения хондротрахеопластики. Лечение завершено 44 пациентам. В процессе ЭРТ умерли 4 больных от причин, не связанных с операцией. 40 пациентам выполнена кожно-мышечная (31) или кожно-мышечно-хрящевая (9) пластика ОДТ. Важно отметить, что у 3 пациентов с трехуровневыми РСТ ЭРТ позволила с минимальным риском развития осложнений достигнуть стойкого восстановления просвета. Основным недостатком ЭРТ является ее паллиативность и непрогнозируемая длительность лечения, связанная с одновременным созреванием рубцовой ткани на фоне рецидивирующего хронического постнекротического трахеита. ЭЛРТ выполнена у 45 больных, причем у 20 с короткими (<1 см) РСТ – как окончательный метод лечения. У 22 пациентов с ограниченными и протяженными РСТ она применялась в процессе их подготовки к ЦРТ (6) или в ходе ЭРТ (19), как альтернатива повторным открытым операциям. На первом этапе работы у 7 больных (30,4%) со сформированными ТПС было проведено их разобщение с использованием перемещенного мышечного лоскута. Разобщение фистулы с

тимоезофаготрахеопластикой по оригинальной методике выполнено 16 пациентам, причем 3 – с одномоментным проведением ЦРТ с зоной РСТ и свища с формированием МТА. Всего несостоятельность швов пищевода развилась у 3 больных (13,0%) после эзофагографии ручными швами. При использовании мышечного лоскута у 1 пациента развились медиастенит и фатальное аррозионное кровотечение. Напротив, у 2 пациентов при применении ВЛТ сформировались наружные пищеводные свищи, излеченные консервативно. На первом этапе работы умерли 3 пациента от гнойного медиастенита (1), острой сердечно-сосудистой недостаточности (1) и пневмонии (1). Среди 240 пострадавших с ранениями шеи у 28 были диагностированы проникающие ранения трахеи (11,7%). Все пациенты были оперированы в срочном порядке в объеме от ушивания ран (25) до ЦРТ (3). У 2 пациентов с доброкачественными опухолями проведена резекция наддиафрагмального отдела трахеи из трансторакотомного доступа, а у 4 – лазерная эвапорация опухоли. При достаточно редкой патологии – гигантском рецидивном дивертикуле трахеи – из цервикостернотомического доступа выполнены его удаление и тимотрахеопексия.

Заключение. Лечение РСТ, ТПС, доброкачественных опухолей, дивертикулов и травм трахеи должно проводиться в специализированных Центрах, имеющих необходимый опыт проведения современных высокотехнологичных РВОТ, с учетом оценки индивидуальных клинико-рентген-эндоскопических параметров этих сложных патологических процессов.

Литературные ссылки

1. Паршин, В.Д. Хирургия трахеи с атласом оперативной хирургии / В.Д. Паршин, В.А. Порханов. – М.: «Альди-Принт». – 2010. – 480 с.
2. Татур, А.А. Хирургия рубцовых стенозов трахеи и трахеопищеводных свищей / А.А. Татур, С.И. Леонович. – Минск: БГМУ. – 2010. – 272 с.
3. Grillo, H.C. Surgery of the Trachea and Bronchi / H.C. Grillo // BC Decker Inc. - Hamilton-London. – 2004. – 872 p.