

УДК 616.23-007.271-089.85

© В. Ф. КРИВЕЦЬКИЙ, В. І. ПОЛІЩУК

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова

**Досвід хірургічної корекції посттрахеостомічних рубцевих стенозів трахеї**

V. F. KRYVETSKYI, V. I. POLISHCHUK

Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov, Vinnytsia Regional Clinical Hospital by M. I. Pyrohov

**EXPERIENCE OF SURGICAL CORRECTION OF POSTTRACHEOSTOMIC OF SEAM STENOSES OF TRACHEA**

Рубцеве стенозування трахеї належить до нечастих, проте чи не найтяжчих ускладнень трахеостомії. Ризик його виникнення істотно зростає при використанні пролонгованої транстрахеальної ШВЛ.

Торакальний підрозділ клініки госпітальної хірургії має досвід хірургічного лікування 4 пацієнтів із рубцевими стенозами трахеї, що виникли після перенесеної трахеостомії. Всі з названих пацієнтів лікувались протягом 2007–2012 рр., раніше (від 2 до 6 міс.) перенесли політравми з тяжким черепно-мозковим компонентом. Локалізація стенозів – як шийний (3), так і грудний (1) відділи трахеї. Протяжність звужень – від 2 до 4 см із шириною просвіту від 0,4 до 0,8 см. У всіх випадках проведено резекції стенозованих ділянок із накладанням анастомозу “кінець-в-кінець” поперечним шийним (3) та цервіко-стернальним (1) доступами.

Проблема посттрахеостомічних трахеальних стенозів виглядає актуальнішою через збільшення кількості хворих, які підлягали пролонгованій трахеостомії з приводу тяжких політравм. Кожен з таких випадків складає безумовну складність з огляду на необхідність забезпечення вентиляції, присутність супутніх порушень. Так, серед наших спостережень 3 із 4 хворих прийняті після видалення трахеостомічної трубки, що, зрештою, і потягнуло за собою маніфестацію стенозу, а в 1 випадку місце звуження розташовувалось дистальніше її. Залишкові мозкові порушення після перенесеної ЗЧМТ різної глибини були у всіх хворих.

До обов'язкових діагностичних процедур, крім стандартного для операції на органах дихання об'єму, відносимо візуальну оцінку проксимальних відділів трахеї шляхом бронхоскопії та спіральну комп'ютерну томографію.

Хірургічний метод лікування видається пріоритетним у вказаній групі пацієнтів через їх переважно молодий вік (серед наших спостережень від 19 до 39 років) та сумнівність остаточного вирішення проблеми шляхом стентування. В цьому нас пере-

конав негативний результат кількарізних спроб стентування, що проводився одному з пацієнтів в іншій клініці, де існує досвід даного виду втручань.

Проведення інтубаційної трубки за ділянку звуження було неможливим в жодному з випадків, спроб бужування не проводили через небезпеку розривів. У зв'язку з цим хірургічні втручання планували в найкоротші строки, максимально стискаючи тривалість передопераційної підготовки та обстеження. Разом з тим, усвідомлюючи небезпеку наростання обструкції дихальних шляхів, організовували режим цілодобової готовності до виконання ургентної трахеотомії.

Таким чином, трахеотомію з інтубацією дистальних відділів трахеї проводили вже на операційному столі. У випадку низького стенозу даний етап виявився можливим лише після проведення неповної поздовжньої стернотомії, при цьому через малу протяжність постстенотичного фрагмента проводили роздільну інтубацію головних бронхів.

Мобілізацію та циркулярну резекцію уражених фрагментів (від 3 до 6 кілець) трахеї проводили за стандартною методикою з накладанням сполучення атравматичними однорядними швами та переведенням пацієнта на оротрахеальну інтубацію перед зав'язуванням швів на передній стінці. Застосовували фіксацію підборіддя до ділянки груднини.

У післяопераційному періоді утримували оротрахеальну трубку невеликого калібру, забезпечували догляд за цервікальними та медіастинальними дренажами, профілакували розвиток інфекції.

В усіх випадках досягнуто неускладненого перебігу післяопераційного ведення з позитивним результатом лікування. Хворих оглянуто у строки від 1 місяця до 5 років, прохідність зони анастомозу задовільна.

Хворі з рубцевими посттрахеостомічними стенозами трахеї складають порівняно невелику, проте непросту, з огляду на особливості корекції, групу. Оптимальним методом лікування вказаної групи потерпілих у більшості випадків видається їх хірургічна корекція.

Отримано 20.03.13