

Абрамова С. М.
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ
СВИЩЕЙ И РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Татур А. А.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению пациентов с приобретенными трахеопищеводными свищами (ТПС) неопухолевого этиологии и рубцовыми стенозами трахеи (РСТ), что связано с проведением успешной дыхательной реанимации по поводу критических состояний при тяжелых заболеваниях и травмах. Морфологические изменения в трахее при сочетании ТПС и РСТ всегда более обширные, чем при этих изолированных процессах, что требует комплексного обследования и дифференцированного подхода к выбору индивидуальной хирургической тактики.

Цель: улучшение результатов диагностики и дифференцированного лечения пациентов с ТПС, сочетанными с РСТ.

Материалы и методы. С 1994 по 2016 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе 10-й ГКБ г. Минска находилось на лечении 15 пациентов с сочетанными ТПС и РСТ: 6 женщин (средний возраст – $35 \pm 11,3$ лет) и 9 мужчин (средний возраст – $40 \pm 14,1$ лет). 13 пациентов – трудоспособного возраста (87 %). Из Минска было 7 пациентов (46 %), из Могилевской области – 3 (20 %), из Минской области – 2 (13 %), из Брестской области – 1 (7 %), из Гомельской области – 1 (7 %), из Гродненской области – 1 (7 %).

Результаты и их обсуждение. Если с 1994 по 2002 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии находилось на лечении 3 пациента с ТПС, сочетанным с РСТ, что в среднем составило 0,3 пациента в год, то в 2003-16 гг. – 12, что в среднем составило 0,9 пациента в год, т.е. в 3 раза больше. Основной причиной их развития явилась ИВЛ, средняя продолжительность которой в 1-ый период составила 14,5 дней, во 2-ой – 19 дней.

У двоих пациентов была IV степень стеноза (облитерация просвета трахеи выше трахеостомы), у 6 – III степень (декомпенсированный; $\geq 3 - < 5$ мм), у 6 – II (субкомпенсированный; $\geq 5 - < 7$ мм), у 1 пациента – I степень стеноза (компенсированный; $\geq 7 - \leq 9$ мм).

У 53 % пациентов наблюдался гигантский свищ (продольный размер > 3 см), у 43 % был длинный свищевой ход (≥ 1 см). Питательная гастростомия была наложена 5-и пациентам, еюностомия – 2-м. У 10 пациентов (67 %) была функционирующая трахеостома, которая минимизировала клинические проявления свища, но еще больше увеличивала протяженность поражения трахеи.

Консервативное лечение несформированного малого ТПС было эффективно у 1 пациента. Умерло на этапе предоперационной подготовки к разобщению ТПС 2 пациента, которым по поводу РСТ были выполнены трахеопластика трапециевидным кожным лоскутом на Т-стенке (1) и лазерная реканализация с постановкой через трахеостому Т-образного стента (1). Разобщение фистулы с трахеопластикой и эзофагографией выполнено у 12 пациентов. Лечение РСТ: лазерная реканализация – 2, трахеопластика на Т-стенке – 9, циркулярная резекция трахеи – 4, из которых у троих проведена одномоментно резекция трахеи с разобщением ТПС. После операции на первом этапе работы умерло 3 пациента (25 %), которым было выполнено разобщение трахеи и пищевода кивательной мышцей. В группе пациентов с использованием для разобщения фистулы и трахеопластики васкуляризованного тимического лоскута все пациенты поправились.

Выводы. Проблема выбора рациональной хирургической тактики при сочетании ТПС с РСТ сегодня окончательно не решена. Только радикальное разобщение фистулы после предоперационной подготовки способно предотвратить развитие фатальных аспирационных осложнений. Циркулярная резекция трахеи является радикальным методом устранения ее рубцового поражения, но показания к ней ограничены протяженностью поражения трахеи, когда показано применение паллиативных методик восстановления просвета трахеи.