

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАХЕО-ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

***Татур А.А.¹, Протасевич А.И.¹, Пландовский А.В.¹, Росс А.И.,
Кардис В.И.¹, Климович А.Е.¹, Стахивич В.А.²,
Богачев В.А.², Жемло М.М.²***

*¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
²УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск*

Введение. Трахеопищеводные свищи (ТПС) представляют собой патологическое жизне-угрожающее сообщение между трахеей и пищеводом. За последние три десятилетия произошли существенные изменения в их этиологии, диагностике и лечебной тактике. Превалирование сегодня во всех странах ятрогенных интубационных ТПС привело к изменению параметров их локализации и размеров, увеличило частоту сочетания с рубцовым стенозом трахеи (РСТ) на фоне тяжести основной патологии, потребовавшей ИВЛ и потребовало строго персонифицированного подхода к выбору рациональной лечебной тактики, направленной на сохранение жизни пациента и стойкое восстановление просвета и функции трахеи и пищевода. В основе патогенеза интубационных ТПС лежит компрессионный ишемический некроз мембранозной части трахеи и спаянного с ней пищевода, в котором находится питательный назогастральный зонд. Консервативное лечение пациентов и выполнение паллиативных вмешательств при сформированных ТПС бесперспективно для их выздоровления, но крайне важно для прекращения контаминации трахеобронхиального дерева содержимым пищеварительного тракта, разрешения гнойного трахеобронхита и пневмонии, улучшения питательного статуса и восстановления самостоятельного дыхания, т.е. проведения полноценной его подготовки перед технически сложной реконструктивно-восстановительной операцией на трахее и пищеводе. Показания к разобщению фистулы путем резекции несущего свищ участка патологически измененной трахеи с эзофагографией в большинстве случаев ограничены протяженностью поражения трахеи ее рубцовым стенозом, трахеостомой и большим или гигантским свищом. В случае невозможности одномоментной резекции стенозированной трахеи после разобщения ТПС выполняется этапная пластика трахеи на Т-образном силиконовом стенте с последующим выполнением радикального разобщения свища.

Цель: анализ 30-летнего опыта диагностики и дифференцированного лечения пациентов с ТПС доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. В период с 1994 по 2023 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе торакального и гнойного торакального отделений УЗ «10-я ГКБ» находились на лечении 67 пациентов с ТПС различной этиологии, переведенных в Центр из различных УЗО нашей страны.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 32, женщин – 35, медиана их возраста составила 43 (34; 78) года. Преобладали пациенты г. Минска и Минской области (60%). До 2019 г. интубация трахеи с продленной ИВЛ по поводу тяжелой ЧМТ и сочетанной травмы, отравлений, инфаркта мозга и миокарда, панкреонекроза, диабетической комы и др.) была причиной развития ТПС у 75% пациентов при наличии у них в просвете пищевода жесткого назогастрального (100%). У 25% пациентов причинами фистулизации явились длительное нахождение инородного тела в пищеводе с развитием пролежня передней стенки пищевода и мембранозной стенки трахеи, закрытая и открытая травма трахеи и пищевода, химический ожог пищевода, трахеостомия. У одного взрослого пациента был верифицирован врожденный Н-образный клапанный ТПС. За последние 3 года у 100% пациентов свищи имели интубационный генез, причем у 85% из них после ИВЛ по поводу вирусно-бактериальной пневмонии (SARS-Cov-2). В качестве предоперационного обследования и для подтверждения диагноза до 2008 г. использовали ФЭГДС, ФБС, рентгенографию органов грудной клетки с контрастированием пищевода, а в последние 15 лет – видеотрахеоскопию, ФЭГДС и компьютерную томографию шеи и органов грудной клетки, результаты которых друг друга взаимодополняют. Размеры свищевых дефектов варьировали со стороны мембранозной стенки трахеи от 6 мм до 6 см, а со стороны передней стенки пищевода от 1 см до 6 см. Длина свищевого хода составляла от 0,5 см до 1,5 см. До 2019 г.г. у 62% пациентов свищи локализовались в шейном отделе трахеи и пищевода, у 19% - в шейно-верхнегрудном, у 19% - в грудном. В 2020-23 г.г. у всех 20 пациентов большие и гигантские фистулы (90%) локализовались в шейном отделе трахеи. Консервативное лечение несформированных свищей травматического генеза было эффективно у 2 пациентов. У пациента с ТПС ожогового генеза в связи с заращением пищевода и ликвидацией свища выполнена шунтирующая эзофагоколопластика.

До 2019 г. из 20 пациентов с изолированными ТПС, оперированных из цервикостерномедиастинального доступа выполнено успешное разобщение ТПС с укрытием зон трахеальных швов васкуляризированным тимическим лоскутом. При цервикотомии у 15 пациентов разобщение произведено с использованием мышечных лоскутов и щитовидной железы. Одна пациентка оперирована из правостороннего торакотомного доступа. В связи с имеющимся сочетанным ТПС с РСТ (n=20; 43%) у 11% пациентов была выполнена циркулярная резекция трахеи, у 19% – этапная пластика трахеи на Т-образном стенде. У одного пациента в связи с большим дефектом стенки пищевода (6 см) вследствие пролежня инородным телом выполнено разобщение ТПС с одномоментной тимоперикардиотиреоэзофагопластикой и загрудинная шунтирующая колоэзофагопластика. Реканализация зоны рубцового стеноза трахеи методом лазерной фотовапоризации в до- и/или послеоперационном периодах понадобилась 19% пациентам. При ее неэффективности у 3 пациентов выполнена этапная трахеопластика на Т-

образном стенте, у одной - циркулярная резекция трахеи. На 7-12 сутки после хирургического разобщения ТПС у 19% пациентов наблюдалась частичная несостоятельность швов пищевода, что потребовало выполнения дренирования зоны операции, а у одной – постановки в пищевод Т-стента, с последующим выполнением кожно-мышечной пластики. В 2020-23 г.г. на 01.10. 23 г. разобщение ТПС из цервикального доступа с укрытием зоны трахеальных швом тиреоидным лоскутом и разобщением зоны швов лоскутом грудино-ключично-сосцевидной мышцы выполнено 16 пациентам с развитием частичной несостоятельности швов пищевода без реканализации фистулы и распространения инфекционного процесса у 4 (25%), которая была излечена после выполнения дренирующего вмешательства. У одной пациентки успешно выполнена циркулярная резекция трахеи с эзофагографией. Принципиально, что до разобщения ТПС Т-стентирование выполнено 9 пациентам с заключительной пластикой окончательного дефекта трахеи у 5.

На этапе предоперационной подготовки до 2019 г. от прогрессирования основного заболевания и сепсиса с полиорганной недостаточностью умерло 3 госпитализированных пациентов с функционирующими гастро- и трахеостомами, в 2020-23 г.г. – 2 инкурабельных больных. На раннем этапе работы (1994-99 г.г.) нашей работы умерло 6 пациентов (15%): вследствие генерализации инфекционных осложнений (2), аррозионного кровотечения (1), нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности (2) и тяжелой респиратор-опосредованной пневмонии (1) на 5-25-е сутки после операции. В 2000-23 г.г. после внедрения строго персонифицированной программы предоперационной подготовки, критериев выбора рационального объема вмешательств и совершенствования техники их выполнения летальных исходов не было. В настоящее время двое пациентов после трахеопластики на Т-стенте (1) и лазерной реканализации трахеи (1) готовятся к, соответственно, разобщению гигантского ТПС (1) и выполнению циркулярной резекции трахеи с эзофагографией (1). Послеоперационная летальность за 30-летний период нашей работы составила 10 %.

Выводы:

1. В настоящее время основной причиной развития доброкачественных ТПС, причем у 82% в сочетании с РСТ, является длительная ИВЛ, что требует в отделениях реанимации проведения рекомендуемых мероприятий по профилактике их развития;

2. Показания к переводу пациентов с ТПС в гнойное торакальное отделение РЦТХ должны определяться строго индивидуально после их консультации торакальным хирургом Центра с учетом оценки тяжести общего состояния, компенсации основной патологии, перевода на спонтанное дыхание и объективной оценки перспектив выполнения радикального оперативного лечения;

3. Топическая диагностика и диффдиагностика ТПС должна быть основана на данных квалифицированной видеотрахеобронхоскопии, поскольку при

сформированном свище всегда выявляется дефект мембранозной части трахеи, а также на результатах ФЭГДС, КТ шеи и ОГК;

4. Предоперационная подготовка у пациента, после его перевода на спонтанное дыхание, должна начинаться в УЗО первичной госпитализации и включать предупреждение аспирационных осложнений, нормализацию питательного статуса, и максимальную компенсацию основной патологии и по длительности строго индивидуальна;

5. При невозможности выполнить циркулярную резекцию трахеи при сочетании ТПС и РСТ разобщению фистулы должна предшествовать лазерная реканализация, а при ее неэффективности или безперспективности – трахеопластика на Т-стенке;

6. Персонифицированный выбор одномоментного или этапного хирургического лечения пациентов с ТПС позволил нам в 2001-23 г.г. добиться 100% реабилитации оперированных пациентов с этой крайне тяжелой патологией.