

*Волченкова У.В., Турута Я.Д.*

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ПОСТИНТУБАЦИОННЫМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕИ**

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

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Основной причиной развития постинтубационного рубцового стеноза трахеи (ПИРСТ) сегодня является длительная ИВЛ у критических пациентов. Особую значимость эта проблема приобрела в период пандемии COVID-19, когда длительная инвазивная ИВЛ, спасая жизни пациентов от вирусно-бактериальной пневмонии, привела к увеличению числа пациентов с ПИСТ.

**Цель:** ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения ПИРСТ у 49 пациентов.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы 49 историй пациентов с впервые выявленным ПИРСТ, которые в 2021-2025 гг. находились на лечении в Республиканском центре торакальной хирургии на базе торакальных отделений УЗ «10-я ГКБ» г. Минска.

**Результаты и их обсуждение.** Среди случайно отобранных 49 пациентов с ПИРСТ было 27 женщин (55,1%) и 22 мужчины (44,9%), возраст которых варьировал от 20 до 90 лет и в среднем составил  $54,7 \pm 16,3$  г. Большинство пациентов (61,2%) находились в трудоспособном возрасте. Критерием включения пациента в исследование было наличие ИВЛ в анамнезе, наиболее частыми показаниями к которой были: респираторные заболевания (34,6%: COVID-19 – 15,4%, пневмонии – 15,4%), ОНМК (21,2%), тяжелые травмы (11,5%). Критерии исключения: поствоспалительные и идиопатические стенозы трахеи. Для восстановления просвета трахеи персонифицированно использовали эндоскопическую лазерную фотовапоризацию (ЭЛФВ), этапные реконструкции трахеи (ЭРТ) с использованием Т-образного стента и циркулярную резекцию трахеи (ЦРТ). Для оценки параметров ПИРСТ (степень, протяженность, количество уровней, трахеомалация) и определения выбора метода лечения пациентам проводилось КТ шеи, ОГК и видеобронхоскопия, по данным которых превалировали стенозы шейного отдела трахеи (n=21; 51,0%), одноуровневые (n=41; 85,4%), декомпенсированные (n=33; 67,3%), ограниченной (1-4 см) протяженности (n=34; 69,4%). Трахеомалация выявлена у 6 пациентов (12,2%), трахеопищеводный свищ – у 1 (2,0%). У большинства пациентов отмечена тяжелая коморбидная патология, влияющая на выбор лечебной тактики и прогноз: артериальная гипертензия (n=32; 65,3%), ишемическая болезнь сердца (n=30; 61,2%), ожирение и сахарный диабет (СД) 2 типа (n=23; 46,9%), СД 1 типа – (n=5; 10,2%), хроническая сердечная недостаточность (n=19; 38,8%), заболевания нервной системы (n=22; ) и др. У пациентов с декомпенсированным ПИРСТ выполнялась ургентная диагностическая бронхоскопия и ЭЛФТ с восстановлением просвета трахеи с последующим определением показаний для оперативного лечения. На момент проведения нашего исследования ЭЛФВ для восстановления и (или) поддержания просвета трахеи применялись у 42,9% пациентов. Паллиативная ЭРТ была выполнена у 46,9% (n=23) пациентов с последующим проведением этапных ЭЛФВ, а радикальная ЦРТ только у 6,1% (n=3). Летальных исходов в выборке не было.

**Выводы.** 61,2% пациентов с ПИРСТ, перенесших критическое состояние и ИВЛ, были трудоспособного возраста, что определяет высокую социально-экономическую значимость проблемы их профилактики в процессе ИВЛ. Выбор метода лечения ПИРСТ включал этапную ЭЛФВ (42,9% ), ЭРТ (42,9%) и ЦРТ (6,1%) и зависел от параметров стеноза и тяжести коморбидного фона. Лечение пациентов с ПИСТ необходимо проводить в центрах, имеющих квалифицированную мультидисциплинарную команду врачей-специалистов, условия и опыт выполнения реконструктивно-восстановительных операций на трахее.