

рования показателей сердечно-сосудистой и респираторной систем.

Обе операции выполнялись из единого доступа путем продольной срединной полной стернотомии в два этапа: первый кардиохирургический заключался в наложении аорто – и маммарнокоронарных сосудистых шунтов, в протезировании клапанов сердца и аорты в условиях искусственного кровообращения. Торакальный этап включал в себя рассечение медиастинальной плевры, пневмолиз, долевую или сегментарную резекцию легкого, дренирование плевральной полости одним силиконовым дренажом. В средостении кардиохирурги оставляли две дренажные трубки, которые подсоединялись на активную аспирацию. После операции больные находились в кардиохирургической реанимации под наблюдением реаниматологов и курирующих кардио- и торакального хирургов.

Течение послеоперационного периода у наблюдаемых больных было неосложненным, после стабилизации состояния они переводились в палаты общего ухода кардиоторакального отдела, а затем в отделение реабилитации. На амбулаторном этапе пациенты передавались под наблюдение кардиолога и онколога.

Таким образом, наш первый клинический опыт показал, что симультанные кардио-торакальные хирургические вмешательства могут выполняться из одного трансстернального доступа одновременно, что уменьшает травматичность и сроки операции. Восстановительно-реабилитирующая кардиохирургическая и резекционная торакальная операции оказываются переносимыми для пациентов с ограниченными функциональными резервами.

117

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

**Ешмуратов Т.Ш., Пюрова Л.П.,  
Сундетов М.М., Лукьянченко П.П.,  
Жарылкапов Н.С., Жунисов Н.А.,  
Елеусизов А.М., Акимниязова Б.Б., Касенбаев Р.Ж**  
Национальный научный центр хирургии  
им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

**Цель.** Улучшение результатов лечения рубцовых стенозов трахеи путем комбинирования эндоскопических и открытых методов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Обследовано 98 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи. Среди них были 48 женщин (49%) и 51 мужчин (51%) в возрасте от 5 до 65 лет. Из них 18 (18%) составили дети.

Патологические изменения трахеи были связаны с трахеостомией, длительной интубацией, в ре-

зультате бытовых и дорожно-транспортных травм, а также последствия аспирации инородных тел.

Оперировано было 89 (90%) пациентов, при этом эндоскопические вмешательства в качестве самостоятельного способа лечения рубцовых стенозов трахеи были применены в 32 (33%) случаях. У 66 (67%) пациентов были осуществлены радикальные операции на трахее наружным доступом.

Среди методов хирургической коррекции стенозов и повреждений средней и нижней трети трахеи определенное место получила циркулярная резекция пораженного участка с анастомозом «конец в конец». Эта операция была проведена 5 пациентам (5%), у которых стенозы были непротяженными, не более 3-4 см или 5-6 колец.

При проведении оперативной коррекции открытым наружным доступом производилась трахеотомия на уровне выявленного ранее стеноза с учетом оптимальных хирургических манипуляций и возможных при этом осложнений. Реканализация трахеи осуществлялась путем электроэксцизии рубцовых стриктур и диатермокоагуляции грануляций или мягких тканей, перекрывающих просвет. Для сохранения восстановленного просвета производилось протезирование трахеи трубкой Монгомери, либо трахеостомической трубкой на длительный срок с последующей пластикой дефекта передней стенки трахеи, также двум пациентам проведены стентирования трахеи линейным эндостентом.

После формирования достаточного просвета дыхательного пути в результате пластической операции и удаления используемого временного эндопротеза важным моментом являлась ликвидация дефекта. При устранении больших дефектов трахеи использовали опорную ткань – реберный ауто- или гомохрящ. При небольших дефектах производилось пластическое закрытие прилежащими местными тканями с применением микрохирургической техники.

**Результаты.** После операций на трахее в нашей практике было два летальных исхода (2%), в связи с возникновением интраоперационного кровотечения в дыхательные пути и развитием асфиксии. У одного пациента (1%) интраоперационно была перфорация трахеи с развитием подкожной эмфиземы. В раннем послеоперационном периоде были следующие осложнения: краевой некроз кожи с развитием несостоятельности и прорезывания швов на кожно-мышечном лоскуте у 5 (5%) пациентов, рассасывание гомохряща в подкожно-жировой клетчатке у 3 (3%) пациентов, выпадение хряща из ложа в подкожно-жировой клетчатке у 2 (2%) пациентов. У 1 (1%) пациента развился рецидив стеноза трахеи.

**Выводы.** Рубцовые стенозы трахеи являются сложной и актуальной проблемой современной торакальной хирургии и требуют многоэтапных реконструктивно-пластических операций для достижения стойкого восстановления просвета трахеи. Для этого требуется сочетание открытого и