



УДК: 616. 231–007. 271

НАБЛЮДЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ**В. Г. Зенгер, Д. М. Мустафаев, О. О. Копченко, Е. А. Денискина***Московский областной научно-исследовательский клинический институт**им. М. Ф. Владимирского**(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. Н. Оноприенко)*

Приобретенные рубцовые стенозы гортани и трахеи – наиболее частая причина хронической обструкции дыхательных путей. Лечение с такой патологией остается сложнейшей проблемой оториноларингологии [4, 5]. Это обусловлено не только трудностью и многоэтапностью восстановления просвета гортани и трахеи, но и сочетанным с дыхательным стенозом и трахеальным канюленосительством развитием патологических изменений в других органах и системах организма, приводящих к инвалидности и социальной неполноценности. Требуется тесное взаимодействие специалистов нескольких дисциплин – оториноларингологии, анестезиологии, реаниматологии, пульмонологии, хирургии, гастроэнтерологии и др. – в борьбе с этой тяжелой патологией. Без своевременного и квалифицированного оперативного вмешательства в подавляющем большинстве случаев излечение невозможно [2, 4, 7].

Рубцовый стеноз гортани и трахеи – это патологический процесс, связанный с замещением нормальных структур гортанотрахеальной стенки на грубую рубцовую ткань, которая суживает просвет дыхательного пути [4]. Эта трансформация сочетается с утратой каркасной функции гортани и трахеи и появлением участков трахеомалиции. Пусковым механизмом заболевания является повреждение стенки гортани или трахеи, с последующим развитием в ней гнойно-некротического процесса. Наиболее часто травма имеет ятрогенный генез и происходит при проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через интубационную или трахеостомическую трубки, либо в результате осложнений после трахеостомии [1, 3, 4].

Число пациентов с данной патологией не только не имеет тенденции к снижению, но за последние десятилетия возросло. Эта тенденция обусловлена рядом объективных и субъективных факторов:

1. В результате увеличивающихся случаев автокатастроф, техногенных аварий, военных конфликтов отмечается абсолютный рост числа тяжелых травм, и, что особенно важно, черепно-мозговых.
2. В настоящее время стало возможным выполнение хирургических операций (на сердце, крупных сосудах, головном мозге) у исходно тяжелой категории больных, что часто требует в послеоперационном периоде проведения ИВЛ.
3. Благодаря успехам анестезиологии и реаниматологии, удается спасать подобных пациентов, но в дальнейшем у них могут возникать осложнения, вызванные повреждением стенки трахеи при проведении дыхательной реанимации [4, 6].

Частота возникновения рубцовых стенозов после ИВЛ по разным статистикам варьирует весьма широко – от десятых долей до 25 % [4, 8].

В настоящее время существуют эффективные методы как диагностики повреждений гортани и трахеи (фиброэндоскопия, компьютерная томография и рентгенотомография, магнитно-резонансная томография, микроларингоскопия и др.), так и их лечения. Диагностика повреждений полых органов шеи складывается из данных анамнеза, оценки субъективных жалоб и объективного исследования. Последнее включает визуальный осмотр шеи и эндоскопию (непрямую зеркальную и инструментальную – прямую и ретроградную). Кроме инструментального эндоскопического метода диагностики, используются и рентгенологические исследования. С большим успехом применяются аэрозоли различных медикаментозных средств, способствующие наилучшему контакту лекарства с поврежденными тканями. Разрабатываются и внедряются в практику новые синтетические материалы для протезов дыхательных путей. Все более широкое применение находят щадящие методы реконструктивно-пластической хирургии с использованием ультразвука, сверхнизких температур и луча лазера [4, 5, 7].



Приводим собственное наблюдение идеопатического рубцового стеноза трахеи.

Больная Н., 1943 года рождения, из г. Пушкино Московской области, 03.05.07 поступила в ЛОР-клинику МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с направительным диагнозом из поликлиники по месту жительства: новообразование верхней трети трахеи. При поступлении больная жалуется на затруднение дыхания при физической нагрузке, дискомфорт в горле при глотании, шумное дыхание, охриплость. Из анамнеза известно, что болеет около 1,5 лет, когда на фоне полного здоровья появились жалобы на одышку, периодические изменения голоса. В течение этого времени пациентка к врачам не обращалась. В последнюю неделю у больной жалобы со стороны дыхания постепенно усилились. Обратилась к ЛОР-врачу по месту жительства. Произведено рентгенологическое исследование шеи по Г. М. Земцову, выявлено сужение на уровне верхней трети трахеи и направлена в ЛОР-отделение МОНИКИ. Больная в анамнезе данных за травмы в области шеи, длительную ИВЛ, перенесенные инфекционные заболевания и т. д. отрицает.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Больная в сознании, контактна, ориентирована в месте, времени и ситуации. Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела: 36,6° С. АД: 125/70 мм рт. ст. ЧСС: 82 ударов в минуту. Дыхание в покое шумноватое, при незначительной физической нагрузке усиливается. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. ЧДД: 26 в минуту, при нагрузке увеличивается до 30–32 в минуту. Аускультативно – дыхание жесткое, хрипов нет. При осмотре наружная форма шеи не изменена. При пальпации регионарные лимфатические узлы не пальпируются; симптом Мура положительный.

Боковая рентгенография шеи по Г. М. Земцову и рентгеномаграфия гортани от 03.05.07: превертебральные мягкие ткани не утолщены, свободного газа и костно-деструктивных изменений не выявлено, складки гортани не изменены, отмечается деформация подскладкового отдела за счет циркулярного сужения соответствующего отдела воздушного столба трахеи.

Рентгенография органов грудной клетки от 03.05.07: легочные поля прозрачны, корни структурны. Диафрагма расположена обычно, контур её ровный, четкий. Сердце правильной конфигурации. Аорта утолщена. Тень средостения не расширена. Заключение: органы грудной клетки без видимой патологии (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки от 03.05.07 больной Л., 1943 года рождения. Органы грудной клетки без видимой патологии.

Рентгеноскопия пищевода с контрастным веществом от 03.05.07: акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для водного раствора BaSO_4 , контуры пищевода ровные, четкие. Заключение: органические и функциональные изменения пищевода не выявлены.

Произведена фиброларинготрахеоскопия – при осмотре надгортанник развернут в виде лепестка; голосовые складки обычной окраски. Имеется ограничение подвижности обеих половин гортани. На уровне подскладкового отдела гортани и верхней трети трахеи определяется рубцовый процесс протяженностью около 2 см, суживающий воздушный столб на его просвета (рис. 2).



Рис. 2. Эндофотография гортани больной Л., 1943 года рождения. Определяется рубцовое сужение подскладочного отдела гортани.

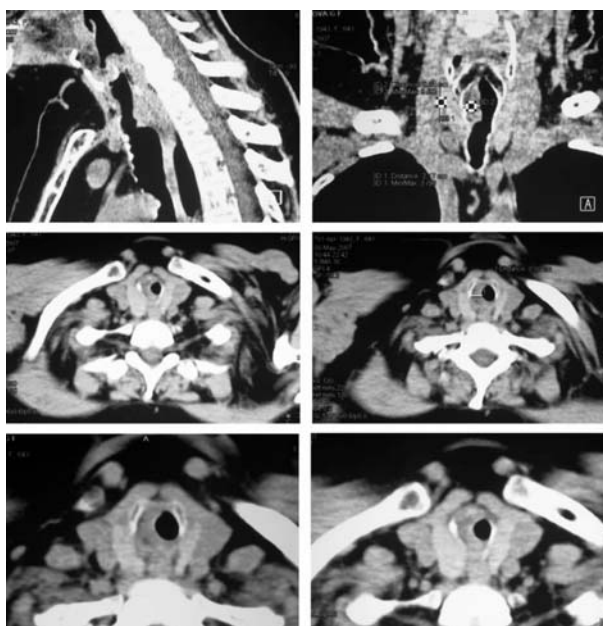


Рис. 3. Компьютерная томография шеи (прицельно гортани) и органов грудной клетки от 03.05.07, больной Л., 1943 года рождения.

Примечание: В подскладочном отделе гортани и верхнем отделе трахеи вдоль правой боковой стенки выявляется дополнительное образование протяженностью до 24 мм, толщиной до 9 мм, широко прилежащее к отмеченной стенке. Образование перекрывает воздушный столб на 1/2 его просвета, при этом свободный контур его не ровный.

Компьютерная томография шеи (прицельно гортани) и органов грудной клетки от 03.05.07 – в подскладочном отделе гортани и верхнем отделе трахеи вдоль правой боковой стенки выявляется дополнительное образование протяженностью до 24 мм, толщиной до 9 мм, широко прилежащее к отмеченной стенке. Образование перекрывает воздушный столб на его просвета, при этом свободный контур его не ровный. КТ признаков распространения образования на хря-



щи гортани и верхнее кольцо трахеи не отмечено. Складки гортани не изменены. Щитовидная железа и мышцы шеи без особенностей. Увеличенных лимфатических узлов нет. В легочной ткани на всем протяжении очаговых и объемных образований нет. Заключение: объемное образование подскладкового отдела гортани и верхней трети трахеи (рис. 3).

Ультразвуковое исследование шеи и органов брюшной полости от 07.05.07: щитовидная железа расположена обычно, в размерах не увеличена, эхогенность средняя, структура однородна; достоверно узловых образований не определяется; увеличенных лимфатических узлов на шее не обнаружено. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Исследование функции внешнего дыхания от 03.05.07: нарушение биомеханики дыхания I–II степени по типу обструкции внегрудного отдела дыхательных путей.

В клиническом анализе крови от 03.05.07: гемоглобин 152 г/л; эритроциты 5,14 $\cdot$ 10¹²/л; лейкоциты 9,11 $\cdot$ 10⁹/л; сахар в крови 6,7 ммоль/л; СОЭ 12 мм/ч. В анализе мочи показатели в пределах нормы.

Анализ крови на гормоны щитовидной железы от 08.05.07: тиреотропный гормон 1,54 мкЕд/мл (норма: 0,2–4,0); тироксин свободный 26,5 пмоль/л (норма: 11,0–23,0); трийодтиронин общий 2,1 нмоль/л (норма: 1,0–2,0).

Больная консультирована челюстно-лицевым хирургом, торакальным хирургом, кардиологом. Из сопутствующих заболеваний выявлено: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Атеросклероз аорты и её ветвей. Гипертоническая болезнь II ст.

На основании жалоб, данных анамнеза, клинического, рентгенологического и лабораторного обследования установлен клинический диагноз: идеопатический рубцовый стеноз шейного отдела трахеи; стеноз гортани I–II степени.

03.05.07 под местной инфильтрационной анестезией произведена срочная нижняя трахеостомия. Передняя стенка трахеи вскрыта на уровне III–IV полуколец, при ревизии в просвете её визуализируется рубцовая ткань на уровне верхней трети трахеи. В сформированную трахеостому установлена трахеотомическая трубка № 8. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное, проводится во все отделы легких.

Больная на 10 сутки после операции выписана из стационара под амбулаторное наблюдение ЛОР-врача по месту жительства. Рекомендован следующий этап хирургического лечения рубцового стеноза трахеи – ларинготрахеопластика.

Особенностью данного наблюдения является рубцовый стеноз трахеи неясной этиологии, длительное малосимптомное развитие которого привело к декомпенсации стеноза. Поэтому во всех случаях необходимо внимательная и тщательная оценка анамнестических и клинических данных с оптимальным использованием доступных на любом этапе врачебной помощи дополнительных методов обследования данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаева Н. Н. Некоторые патогенетические механизмы раневого процесса при стойких деформациях гортани и трахеи / Н. Н. Абдуллаева, К. А. Ходжаева // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 4. – С. 8–10.
2. Быстренин А. В. Хирургическая тактика при стойких стенозах шейного отдела трахеи / А. В. Быстренин, А. И. Крюков // Там же. – 2003. – № 4. – С. 56–57.
3. Диагностика и лечение больных с острыми интубационными и посттрахеостомическими стенозами гортани и трахеи / В. Н. Фоломеев, В. Н. Сотников, Е. Г. Ежова и др. // Там же. – 2002. – № 4. – С. 25–26.
4. Зенгер В. Г. Повреждения гортани и трахеи / В. Г. Зенгер, А. Н. Наседкин. – М.: «Медицина», 1991. – 221 с.
5. Лазерная хирургия рубцовых стенозов гортани / М. С. Плужников, М. А. Рябова, С. А. Карпищенко и др. // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 1. – С. 4–8.
6. Наседкин А. Н. Лазеры в оториноларингологии / А. Н. Наседкин, В. Г. Зенгер. – М.: ТОО «Фирма Техника», 2000. – 140 с.
7. Эндоскопическое применение хирургических лазеров при стойких обструктивных процессах в гортанной части глотки, гортани и трахеи у детей / М. Р. Богомилский, Т. И. Гаращенко, Е. К. Онуфриева и др. // Там же. – 1999. – № 1. – С. 39–41.
8. Солдатский Ю. Л. Возрастные и этиологические аспекты приобретенного гортанно-трахеального рубцового стеноза у детей / Ю. Л. Солдатский, Е. К. Онуфриева // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 2. – С. 24–27.