

Г.А. Вишневская, В.Д. Паршин, В.В. Паршин, Е.А. Чернова

Разобщение трахеопищеводного свища с субтотальной резекцией трахеи по поводу ее стеноза

ФБГУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН, 119991, ГСП-1, Москва, Абрикосовский пер., 2, lepetun1995@yandex.ru

УДК 616.329:616.231-089
БАК 14.01.05

Поступила в редакцию
13 февраля 2012 г.

© Г.А. Вишневская,
В.Д. Паршин,
В.В. Паршин,
Е.А. Чернова, 2012

Отмечается рост числа пациентов, перенесших искусственную вентиляцию легких, с патологией в виде трахеопищеводного свища в сочетании с рубцовым стенозом трахеи. Ранее больным с такими заболеваниями отказывали или проводили длительное этапное лечение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует современные возможности оказания хирургической помощи подобным больным. Ключевые слова: рубцовый стеноз трахеи; трахеопищеводный свищ.

Лечение больных с респираторно-органными свищами – сложная проблема торакальной хирургии. Техника операции при изолированном трахеопищеводном свище (ТПС) в настоящее время хорошо разработана. Такие вмешательства стали безопасными и имеют хорошие ближайшие и отдаленные результаты [1, 2, 4, 5], чего нельзя сказать о сочетанной патологии, когда, кроме соустья, имеет место стенотическое поражение трахеи [3, 5]. Число таких больных растет из года в год, что согласуется с абсолютным увеличением количества пациентов с рубцовым стенозом трахеи.

Ранее этим больным отказывали в проведении лечения или выполняли паллиативные операции, обрекая на длительное этапное лечение. Основным доводом была необходимость выполнения протяженной резекции трахеальной трубки, которая связана с серьезными трудностями при восстановлении ее целостности. По этой же причине часто хирургическую тактику определяли в пользу различных вариантов трахеопластических операций с использованием стентов, среди которых предпочтение отдавали Т-образной трубке.

Подобные вмешательства имеют собственный риск развития осложнений, среди которых и возникновение трахеопищеводного свища. Развитие хирургии сделало возможным проведение одномоментных резекционных операций по поводу стеноза трахеи в сочетании с ТПС [2, 5], однако подобные вмешательства выполняют достаточно редко

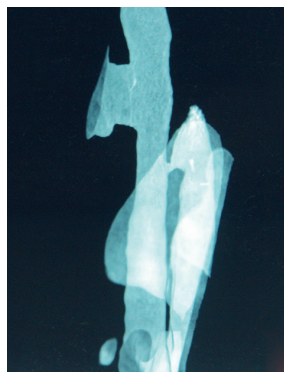
и сообщения о лечении конкретного пациента заслуживают определенного интереса.

Больная Ш., 21 год поступила в отделение хирургии легких и средостения РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН с жалобами на поперхивание при приеме пищи и жидкости, на одышку при умеренной физической нагрузке, наличие трахеостомы (ТС). В мае 2008 г. в результате дорожно-транспортного происшествия получила закрытую черепно-мозговую травму, что потребовало костно-пластической трепанации и удаления гематомы. В послеоперационном периоде в связи с неэффективным самостоятельным дыханием в течение длительного времени проводили искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) через трахеостомическую трубку. После восстановления адекватного самостоятельного дыхания произвели деканюляцию. Спустя несколько дней появилось затрудненное дыхание. При трахеоскопии диагностировали стеноз трахеи. В сентябре 2009 г. при контрольной трахеоскопии выявили ТПС. Оперативное лечение не предлагали. С 2009 по 2011 г. проводили неоднократные курсы санационных бронхоскопий и различные варианты трахеопластических операций. В июле 2011 г. по месту жительства выполнили трахеопластику с введением в просвет дыхательного пути Т-образной трубки.

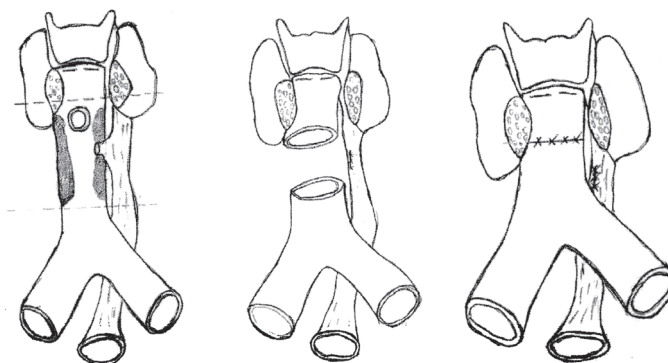
При поступлении в РНЦХ состояние пациентки относительно удовлетворительное. Дыхание свободное, через Т-образную трубку. Каких-либо особен-

Рис. 1.

Трахеопищеводный свищ в области верхней части грудного отдела трахеи (3D-реконструкция): стенки трахеи деформированы.

**Рис. 2.**

Этапы операции.



ностей при физикальном обследовании не обнаружили. Во время эзофагографии диагностировали поступление контрастного вещества (омнипак) в трахею на 1,0 см ниже ТС и непосредственно сам трахеопищеводный свищ. При компьютерной томографии установили, что на расстоянии 5,5 см от голосовых складок имелось свищевое отверстие диаметром 5,8 мм (рис. 1).

При ларинготрахеоскопии сразу после удаления Т-образной трубки слизистая оболочка подскладочного отдела гортани и начального отдела трахеи отечна и гипертрофирована. Их структуры определялись нечетко. На расстоянии 3,5 см от нижнего края ТС стенки трахеи рубцово изменены. Просвет дыхательного пути в этой области соответствовал наружному диаметру Т-образной трубки. Каудальнее стеноза стенка трахеи визуалью не изменена, однако на фоне отека слизистой оболочки ее хрящевые полукольца были нечеткие. Верхнее из четко видимых хрящевых полуколец находилось на расстоянии 4,0 см от карины. На 1,5 см ниже ТС (около 6,0 см от голосовых складок) в задней мембранозной стенке трахеи почти по средней линии определили свищевое отверстие диаметром 4,0–4,5 мм с эпителизированными краями, через которое виден просвет пищевода. При эзофагогастроскопии на расстоянии 20 см от резцов по правой стенке пищевода визуализировали дивертикулообразный карман, в дне которого имелось свищевое отверстие диаметром около 4–5 мм.

Учитывая наличие изменений в краниальной части трахеи, с целью проведения контрольного периода и оценки состояния подскладочного отдела гортани и шейного отдела трахеи Т-образная трубка заменена на трахеостомическую. Однако в связи с возникшей аспирацией при проглатывании жидкой пищи и слюны от проведения контрольного периода были вынуждены отказаться, а реальную протяженность рубцово-измененных тканей трахеи выявили позже, только во время операции. В результате проведенного комплексного обследования установили следующий клинический диагноз: посттрахеостомичес-

кий протяженный рубцовый стеноз шейного и грудного отделов трахеи II–III степени; ТПС; аспирационный синдром; состояние после закрытой черепно-мозговой травмы, трахеостомии и длительной ИВЛ в 2008 г., неоднократных трахеопластических операций в 2009–2010 гг.

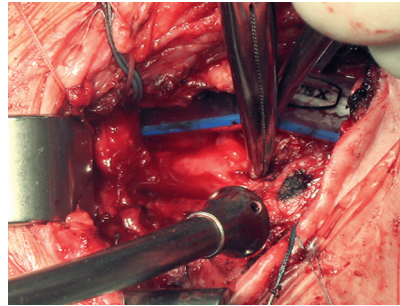
На рис. 2 представлена схема выполненной в ноябре 2011 г. операции – субтотальной циркулярной резекции шейного и грудного отделов трахеи с ТС, межтрахеальным анастомозом и разобщением трахеопищеводного свища. Доступ начали с окаймляющего ТС разреза. Трахеостомический канал иссекли. Выделили шейный отдел трахеи. При ревизии выявили, что ее стенки в проекции ТС и ниже на протяжении 4,0 см утолщены до 1,0 см, уплотнены и кровоточивы, с признаками хронического воспаления.

При помощи трансиллюминации через фибробронхоскоп уточнили границы рубцовых изменений трахеи. Нижняя граница последних располагалась на расстоянии 3,5–4,0 см ниже яремной вырезки. Таким образом, общая протяженность рубцовых изменений трахеи, включая ТС, составила 8,0–8,5 см. Также при помощи трансиллюминации определили локализацию ТПС, который располагался по задней стенке трахеи в области нижней части стенозированного участка. Продолжили выделение трахеи, при котором определили, что трахеальная стенка сохранила свою эластичность, а сама трахея достаточно подвижна. После мобилизации грудного отдела трахеи и частичной мобилизации шейного отдела выше ТС установили, что грудной отдел трахеи возможно переместить на шею для осуществления резекции и анастомоза с одномоментным разобщением трахеопищеводного свища. Трахею выше и ниже зоны резекции взяли на держалки. Выполнили резекцию рубцово-измененного участка (рис. 3). При этом сохранили участок трахеи в области ее мембранозной стенки непосредственно вокруг свищевого отверстия.

Диастаз между концами трахеи 8,0 см. Свищевое отверстие пищевода ушили за счет оставшихся тканей трахеи кисетным швом с последующим погружением его в стенку пищевода вторым слоем швов. С целью изоляции швов

Рис. 3.

Удаление суженного участка трахеи. В устье ТПС введен зажим, определяется большой диастаз между концами трахеи, для ИВЛ в каудальную часть трахеи введена интубационная трубка.



из медиальной части левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы выкроили лоскут, который ротировали между трахеей и пищеводом и фиксировали к предпозвоночной фасции. Целостность дыхательного пути восстановили при помощи межтрахеального анастомоза с применением всех возможных приемов уменьшения натяжения тканей на уровне анастомоза. Трахеотрахеальный анастомоз выполнили по принятой в клинике методике: заднюю стенку ушили непрерывным атравматичным викриловым швом, переднюю – отдельными узловыми викриловыми швами. Герметизм швов проверили под уровнем жидкости при повышении давления газонаркоотической смеси в трахее до 30 см водного столба. После ушивания послеоперационной раны с целью уменьшения натяжения трахеи голову привели к передней поверхности грудной клетки и фиксировали швами между кожей подбородка и грудной клетки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Спустя 8 суток после операции произвели эзофагографию: пищевод свободно проходим, поступления контрастного вещества в параэзофагеальное пространство не выявили. С этого же времени начали энтеральное питание. При контрольной трахеоскопии через 15 суток после операции определили, что на расстоянии 3 см от голосовых складок и 3 см от карины трахеи проходит линия анастомоза в виде незначительной деформации стенок и циркулярного ряда лигатур синего цвета, просвет трахеи не сужен. Рентгенологически на прицельных суперэкспонированных рентгенограммах просвет трахеи удовлетворительный, карина трахеи находится на уровне яремной вырезки грудины. Пациентку выписали в удовлетворительном состоянии, без затруднения дыхания и с полностью восстановленным приемом пищи через рот.

Таким образом, одним из серьезных осложнений при лечении рубцового стеноза трахеи при помощи трахеопластических операций с использованием Т-образной трубки является возможность возникновения трахеопищеводного свища. При сформировавшемся, эпителизовавшемся ТПС самопроизвольного закрытия соустья ожидать не приходится. Таким больным показано оперативное лечение.

Предпочтение следует отдавать одномоментным резекционным вариантам операций, особенно при угрозе рецидива свища в условиях применения Т-образной трубки. Протяженность резекции трахеи при сочетании ее стеноза и ТПС, как правило, бывает больше половины длины трахеи. Возможность ее выполнения определяется эластичностью трахеальной стенки, опытом оперирующего хирурга, а также характером предшествующих операций. Сама методика разобщения ТПС должна быть стандартной, и в условиях сочетания его с рубцовым стенозом трахеи следует признать совершенно обязательным применение дополнительной изоляции пищевода швом и трахеального анастомоза хорошо васкуляризованными тканями, например, мышечными лоскутами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гудовский Л.М., Вишневская Г.А., Паршин В.В. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2009. № 5. С. 59–63.
2. Паршин В.Д., Черноусов Ф.А., Мирзоян О.С. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2010. № 3. С. 69–73.
3. Camargo J.J., Machuca T.N., Camargo S.M. et al. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2010. V. 37. P. 576–580.
4. Cherveniakow A., Tzekov V., Grigov G.E. et al. // Eur. J. Cardiovasc. Surg. 1996. V. 10. P. 713–716.
5. Macchiarini P., Verhoye J.-P., Chapelier A. et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2000. V. 119. P. 268–276.

Вишневская Галина Александровна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения хирургии легких и средостения ФБГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН (Москва).

Паршин Владимир Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии легких и средостения ФБГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН (Москва).

Паршин Валерий Владимирович – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник отделения хирургии легких и средостения ФБГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН (Москва).

Чернова Екатерина Алексеевна – врач отделения лучевой диагностики ФБГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН (Москва).