

РУБЦОВЫЕ СТЕНОЗЫ ТРАХЕИ У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

П.В. Светицкий, Р.Х. Магеррамов

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт
Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону*

Основной причиной возникновения рубцового стеноза трахеи у больных после экстирпации гортани является сформированная узкая трахеостома и хроническая травматизация слизистой оболочки трахеи трахеостомической трубкой. Разработаны способы электроиссечения рубцовой ткани трахеи с последующим трахеостентированием и формированием широкой трахеостомы. Способ апробирован у 30 больных. Во всех случаях получен длительный положительный эффект.

Ключевые слова: рак гортани, трахеостома, рубцовые стенозы трахеи.

CICATRICAL TRACHEAL STENOSES IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK TUMORS

P.V. Svetitsky, R.Kh. Magerramov

Rostov Research Cancer Center of Russian Medical Technologies, Rostov-na-Donu

Narrow tracheostoma and chronic traumatization of tracheal mucosa with tracheostomic tube are the main causes for cicatricial tracheal stenosis. The technique of electric excision of cicatricial tracheal tissue with subsequent insertion of tracheal stent and formation of wide tracheostoma has been developed and applied to 30 patients. Long-term positive effect was observed in all cases.

Key words: laryngeal cancer, tracheostoma, cicatricial tracheal stenosis.

Рубцовые стенозы трахеи (РСТ) имеют различную этиологию. В данной публикации рассматриваются РСТ как осложнения, возникшие после трахеотомии. Показания к этой операции в последние годы расширились.

Трахеотомия вышла из узкой сферы urgentной ларингологии и заняла прочное место в медицинской практике при лечении самых разнообразных заболеваний (рак гортани, рак щитовидной железы), травм, интоксикаций и т.д., сопровождающихся нарушением дыхания. Она является одним из стандартных мероприятий, применяемых в отделениях интенсивной терапии для нормализации дыхательной функции у больных при проведении пролонгированной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Зачастую РСТ имеют ятрогенную причину, обусловленную широким внедрением в плановую хирургическую и реаниматологическую практику методов «некачественных» трахеотомии и длительной ИВЛ через интубационную или трахеостомическую трубки [1]. Данные обстоятельства способствуют возникновению РСТ до 19 % случаев [7].

У оперированных больных с опухолями головы и шеи, имеющих сформированные стойкие трахеостомы, РСТ возникают при со-

четании следующих нежелательных моментов: узкая трахеостома, требующая обязательного ношения канюли, и механическое раздражение слизистой грудного отдела трахеи концом трахеостомической трубки.

Большинство хирургов во время удаления гортани стремятся создавать трахеостому, при которой больной в последующем мог бы свободно дышать без трахеостомической трубки. Существуют многочисленные способы формирования стойкой нестенозирующей трахеостомы после экстирпации гортани. Ряд авторов предлагают увеличить диаметр просвета трахеи за счет косого его разреза [3], создания натяжения стенок трахеи [5], использования временных протезов из тефлона или поливинилхлорида, к которым подшивают края трахеи [8], рассечения стенки трахеи и вшивания в произведенный разрез кожных лоскутов [4]. Однако предложенные методики не лишены ряда недостатков, вызывающих стенозирование.

Частота стенозов трахеостомы, возникающих после экстирпации гортани, колеблется в пределах 12–41 % [6]. Причиной этого являются заведомо узкая созданная трахеостома, инфицирование раны вокруг трахеостомы, краевой некроз колец трахеи и кожи, несостоятельность

швов, что, в свою очередь, приводит к заживлению вторичным натяжением с последующим образованием рубцов, суживающих просвет трахеостомы. Известны различные способы устранения РСТ и трахеостомы. Лечение их в основном хирургическое, длительное по времени и, к сожалению, не всегда успешное. Трудности лечения связаны со склонностью к рецидивированию рубцовой ткани. Около 15–25 % больных, из-за развития обширных рубцов, хондромалий и фиброза тканей, даже после проведенного хирургического лечения остаются хроническими канюлярами [2].

Появление современных методов эндоскопической хирургии (криодеструкция, лазерная эвапорация, электрокоагуляция) позволило повысить эффективность лечения и уменьшить риск осложнения. Однако результаты таких операций носят порой временный характер в связи с быстрым рецидивом стеноза. С целью предотвращения рецидива после восстановления просвета трахеи используют различные трахеостенты, при которых также не исключается развитие рецидива стеноза. Для наиболее радикального устранения РСТ применяется резекция суженного участка трахеи с наложением анастомоза «конец в конец». Однако эти операции далеко не всегда возможны из-за обширности изменений в трахее, когда стенозированный участок по своей протяженности настолько велик, что не представляется возможным после резекции трахеи наложить анастомоз. При этом всегда требуется применять методы стентирования трахеи. После удаления рубцовой ткани путем электроиссечения, лазерного и механического воздействия также требуется осуществление дилатации просвета трахеи с помощью специальных стентов. На наш взгляд, наиболее доступным и легко выполнимым является метод электроиссечения. Сама операция в техническом исполнении проще, чем лазерная деструкция. После электроиссечения рубцов кровоточащие участки коагулируются, а воспаление в зоне воздействия бывает, как правило, незначительным.

Усовершенствование и разработка новых вариантов устранения РСТ после экстирпации гортани являются важным моментом, привлекающим на себя внимание врачей, работающих в

этой сфере деятельности. В отделении опухолей головы и шеи ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий» разработан и внедрен в практику способ устранения стеноза трахеи и формирования стойкой нестенозирующей трахеостомы, обеспечивающий длительный положительный функциональный эффект (решение патентной экспертизы о выдаче патента РФ от 17 мая 2007 г. по заявке на изобретение «Способ операции на трахее» №2006115869/14 (017228)).

С 2003 по 2006 г. проведено лечение 30 больных с РСТ, из них 28 мужчин и 2 женщин. Все больные перенесли экстирпацию гортани по поводу рака гортани III стадии. При повторном поступлении у всех больных из-за рубцового сужения трахеостомы было затруднено дыхание, РСТ соответствовал II–III степени стеноза. Одновременно при эндоскопическом осмотре выявлялась рубцовая ткань в грудном отделе трахеи на уровне дистального конца трахеотомической трубки. Протяженность стенозированного участка трахеи – от 5 до 20 мм.

Применяемый способ осуществлялся следующим образом: под местной анестезией 10 % раствора лидокаина, путем его распыления и одновременным паратрахеальным введением 2 % раствора лидокаина, через трахеостому проводят электроиссечение рубцовой ткани. После операции в трахею вставляют трахеостент, представляющий собой компоновку видоизмененных интубационных трубок, в манжетку наружной трубки которой, установленной на уровне раневой поверхности, вводятся антибиотики, кортикостероиды и муколитики.

В последующем, через 7–10 дней, выполняют пластику трахеостомы по разработанной методике, вокруг трахеостомы, отступя от её края на 5–7 мм, производят фигурный разрез кожи с формированием 4 треугольных кожных лоскутов, обращенных основанием кнаружи, а вершиной – к рассеченным краям трахеи. Трахею освобождают от окружающих тканей и рубцов, вытягивают и обнажают 3 хрящевых кольца. Из боковых стенок трахеи, на уровне 3 и 9 часов условного циферблата, выкраивают треугольные лоскуты на глубину двух-трех хрящевых колец с основанием в 8–10 мм. Выкраенные хрящевые треугольные лоскуты, прокалывая их на всю толщину иглой с капро-

ном № 4, подшивают к медиальным ножкам кивательных мышц. Нижний и верхний края трахеостомы сшивают с краями кожной раны, после чего углообразные дефекты в боковых стенках трахеи несколько увеличиваются. Эти дефекты закрывают выкроенными на шее по бокам трахеостомы кожными лоскутами. Лоскуты подшивают так, чтобы кожная их поверхность была обращена в просвет трахеи. На 9–10-е сут больные деканюлируются.

В результате проведенного лечения у всех больных достигнут хороший лечебный эффект. Дыхание восстановилось. Осложнений, связанных со способом оперативного вмешательства, не отмечено. В последующем рецидивов рубцевания трахеи и трахеостомы ни у одного больного не зарегистрирован. Срок наблюдения за

больными составляет от 6 мес до 2 лет. Рецидива основного заболевания не отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Повреждения гортани и трахеи. М.: Медицина, 1991. 220 с.
2. Кирасирова Е.А., Дормаков В.В. Актуальные проблемы фонологии и клинической сурдологии. М., 1998. С. 38–40.
3. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л. Опухоли ЛОР-органов. М., 1979. 352 с.
4. Молчанова К.А. Пластика зияющих дефектов глотки, шейного отдела пищевода и рубцовосуженной трахеостомы. М.: Медицина, 1970. С. 149–161.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М., 2000. С. 367–369.
6. Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. М.: Медицина, 1993. 348 с.
7. Фоломеев В.Н., Сотников В.Н. Факторы, способствующие стенозированию трахеи // Эндоскопическая хирургия. 2001. № 5. С. 42–45.
8. Чиж Г.И. Профилактика ятрогенного стеноза трахеи после экстирпации гортани // Вестник оториноларингологии. 2005. № 5. С. 47–49.

Поступила 22.06.07