

*Ю.В. МИНИН, Т.И. КУЧЕРЕНКО***К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ  
КОМБИНИРОВАННОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ***ГУ „Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины”  
(дир. – чл.-кор. АМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

Хирургическое лечение и реабилитация больных с хроническими стенозами гортани и трахеи остаются в ряду актуальных звеньев современной отоларингологической практики.

Данная патология, изменяя жизнь пациентов, неизбежно приводит не только к нарушению функции внешнего дыхания, но и, как следствие, к гипоксии различных органов и тканей организма на фоне развивающихся метаболических сдвигов. В более тяжелых случаях эти больные становятся кануленосителями, что нередко сопряжено с такими осложнениями, как перефокальное воспаление вокруг стомы, локальные хондроперихондриты, выключение из акта дыхания вышерасположенных анатомических структур респираторного тракта, закрепление вялотекущих хронических трахеобронхитов и т.д. (Ф.А. Тышко, 1979, 2002).

В контексте указанной проблемы все разнообразие известных хронических стенозов гортани и трахеи по механизму действия можно подразделить на три группы: паралитические, рубцовые и опухолевые. Определение лечебной тактики при данной патологии не вызывает затруднений, так как это преходящее состояние, связанное с ростом опухоли, коррекция которого требует удаления возникшего новообразования. После радикально выполненной операции дыхание чаще всего нормализуется.

Совершенно иной подход при паралитических стенозах гортани, которые, в подавляющем большинстве случаев, развиваются на фоне нарушений нервно-мышечной активности анатомических элементов срединного отдела органа. Известно, что указанная патология является следстви-

ем дегенеративных изменений, обусловленных повреждением, как правило, двигательных волокон возвратных нервов. В структуре причин этого вида стенозов, по нашему опыту, первое место занимает струмэктомия, далее следуют травмы полых органов дыхательного тракта, внеорганные опухоли шеи, пищевода, трахеи, аневризма аорты, органическая патология верхних долей легких, включая туберкулез, и т.д.

Наиболее частыми причинами рубцовых стенозов дыхательных путей являются травматические и ожоговые повреждения тканей. Реже они имеют ятрогенное происхождение в следствие диагностических, лечебных манипуляций и хирургических операций. Конкретизируя эти причины, можно отметить значение продленной интубации, трахеостомии, хирургического вмешательства по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей гортани и трахеи, лучевой терапии, эндоскопических манипуляций.

Вместе с тем целым рядом клиницистов рубцовые стенозы гортани и трахеи с учетом критериев происхождения, выраженности, распространенности и характера патологических изменений оцениваются отнюдь неоднозначно. Поэтому предложен ряд классификаций с целью систематизации рассматриваемых вопросов. Наиболее полной, но вместе с тем и громоздкой, что затрудняет ее практическое использование, является классификация А.И. Юниной (1972), согласно которой выделяются следующие варианты:

I. ХС и атрезии гортани, трахеи:

1) органические сужения

– стенозы гортани на уровне преддверия (I отдел);

– стенозы гортани на уровне складок (II отдел);

– на уровне подголосовой полости и шейного отдела трахеи (III-IV отделы).

2) распространенные рубцовые сужения и атрезии.

II. Дефекты стенок гортани, трахеи, глотки, пищевода:

1) плоскостные (слизистой оболочки, хряща);

2) объемные (передней стенки, боковых стенок, задней стенки);

3) множественные субтотальные.

III. Комбинированные повреждения (дефекты и стенозы).

В связи с высокой частотой выявления сочетанной патологии органов дыхательного тракта, в комплексной реабилитации их функции важное место занимает восстановление просвета трахеи.

По распространенности и объему патологии Д.И. Тарасов и соавторы (1982) различают следующие виды стенозов трахеи:

1. Ограниченные.

2. Грануляционно-рубцовые:

- ограниченные (рубцовые мембраны);

- выраженные (субтотальные);

- тотальные с полным заращением трахеи.

3. Распространенные с гипертрофией и грубым рубцеванием подслизистой ткани и хрящевого скелета трахеи.

4. Распространенные с хондромалицией.

По локализации эти авторы выделяют стенозы на уровне:

- подголосовой полости гортани;

- шейного отдела трахеи;

- стенозы грудного отдела трахеи.

По степени выраженности клинической симптоматики стенозов верхних дыхательных путей принято определять следующие их стадии:

- компенсированная;

- субкомпенсированная;

- декомпенсации;

- асфиксии.

Оставаясь неизменным в рамках практической медицины, данный подход позволяет быстро и адекватно выбрать необходимый метод лечения.

Отражением соответствия степени органических и функциональных изменений является классификация, предложенная М.М. Багировым (2002):

I степень – обтурация просвета на 1/3;

II степень – обтурация просвета от 1/3 до 1/2;

III степень – обтурация просвета от 1/2 до 2/3;

IV степень – обтурация более 2/3 просвета.

Для упрощения приведенных классификаций, отражения уровня локальных морфологических изменений, выбора рационального варианта и объема планируемых хирургических вмешательств, что позволит систематизировать протоколы лечения больных данной патологией, предлагаем выделять следующих вариантов хронических стенозов гортани и трахеи:

1. Хронические стенозы с сохранением опорной функции хряща:

- рубцовая мембрана;

- рубцовая атрезия:

а) ограниченная;

б) распространенная.

2. Хронические стенозы с потерей опорной функции хрящей:

- рубцовый стеноз на фоне хондроперихондрита;

- рубцовый стеноз с хондромалицией.

Для определения вышеуказанных разновидностей стенозов мы используем следующие диагностические приемы:

- эндоскопия гортани и трахеи;

- томография гортани;

- «пробная» деканюляция;

- боковая рентгенография гортани и шейного отдела трахеи;

- компьютерная томография;

- магнитно-резонансная томография.

Лечебная тактика при рубцовых стенозах во многом зависит от локализации, характера и выраженности патологического процесса. В клинической практике активно используются следующие методы:

- бужирование;

- эндоскопический метод с электрохирургией, лазерной деструкцией, реканализацией просвета и последующей назотрахеальной интубацией;

- формирование ларинготрахеостомы;
- дилатация тампоном Микулича;
- вшивание синтетических протезов;
- циркулярная резекция суженного участка трахеи с последующим наложением анастомоза.

Выбор метода лечения должен определяться объемом, локализацией рубцовой ткани, а также состоянием опорной функции хрящей гортани и трахеи. Игнорирование данных положений приводит к неэффективности лечения и резкому пролонгированию его сроков, развитию хондроперихондритов и их серьезных последствий.

Другими вариантами осложнений в раннем и отдаленном послеоперационных периодах могут быть такие:

- кровотечение;
- сужение просвета на фоне грануляционно-рубцовых
- изменений;
- недостаточность анастомоза;
- парез и паралич гортани;
- острая дыхательная недостаточность;
- дивертикул пищевода;
- трахеопищеводный свищ.

Учитывая актуальность данной проблемы, приводим собственное наблюдение.

С.И.В., 29 лет, поступил в отделение реконструктивно-восстановительной хирургии ЛОР-органов 19.03.2007 г. с диагнозом: рубцовый стеноз гортани и трахеи; канюляр.

При поступлении отмечались жалобы на необходимость дыхания посредством трахеостомы, афонию, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что 29 октября 2006 г. на производстве пациент получил ожог пламенем ряда участков головы, туловища, верхних конечностей I-III АБ степени, что суммарно составило около 12% от поверхности кожных покровов, был также констатирован ожог дыхательных путей.

В течение 3 последующих месяцев больной находился на лечении в ожоговых отделениях, сначала Московской области, по месту травмы, где ему 20 ноября 2006 года на фоне явлений нарастающего стеноза в плановом порядке была наложена трахеостома. С 15.12.2006 г. он лечился по месту жительства, в областной клинической боль-

нице г. Ужгорода, где неоднократно проводилась свободная аутодермопластика. В условиях стационара пациент был обследован, у него произведена фибробронхоскопия через трахеостому, томография гортани и шейного отдела трахеи. В результате исследований установлено наличие рубцового стеноза на уровне начального отдела трахеи и почти полная окклюзия просвета трахеи выше трахеостомы.

При поступлении 19.03.2007 г. состояние больного относительно удовлетворительное. Определяются множественные постожоговые рубцы и контрактуры верхних конечностей, умеренный дефицит веса. Дыхание через трахеоканюлю №5 - свободное. Согласно данным предоперационного обследования у обследуемого установлена анемия I степени (Hb был в пределах  $100 \pm 5$  г/л).

ЛОР-статус: носовое дыхание отсутствует. Глотка – без особенностей.

Вход в гортань свободен, голосовые складки – бледно-розовые, склерозированные, практически неподвижные, с большей вероятностью, за счет анкилоза перстнечерпаловидных суставов вследствие перенесенного постожогового хондроперихондрита. Голосовая щель в задних отделах – до 5-6 мм. На обозримом участке в подголосовой полости выявлена заполняющая просвет органа рубцовая ткань.

При хирургической ревизии 21.03.2007 г. было отмечено наличие рубцовой облитерации начального отдела трахеи практически до уровня трахеостомы, деформация, хондромалиция и частичная деструкция шейного отдела органа. В связи с этим у пациентов была выполнена циркулярная резекция несостоятельных колец трахеи с наложением гортанно-трахеального анастомоза.

Начиная от уровня дистального края перстневидного хряща, включая гортанно-трахеальное сочленение, было иссечено 5 функционально несостоятельных, деформированных полуколец трахеи, соответствующих участку рубцовой облитерации органа, а также «омозолелые», измененные ткани на уровне имеющегося трахеостомического отверстия. Удаленный фрагмент трахеи представлен на рисунках 1, 2.

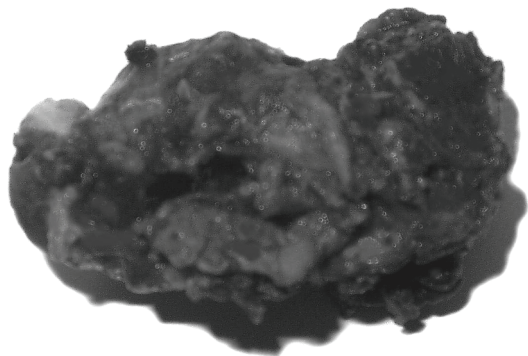


Рис. 1. Удаленный фрагмент трахеи.

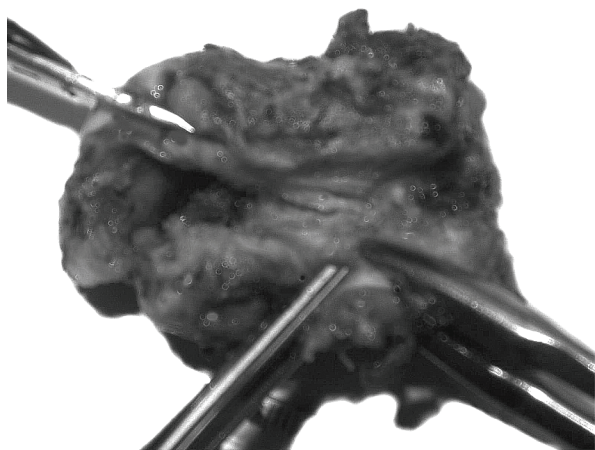


Рис. 2. Просвет трахеи отсутствует.

После боковой и дорзальной иммобилизации гортани, по всей длине окружности перстневидного хряща было произведено последовательное наложение швов, обеспечивающих формирование гортанно-трахеального анастомоза типа «конец в конец».

На уровне средней линии образованного анастомоза, отступя 1 см книзу, была сформирована трахеостома, посредством которой, при необходимости, можно было

оценить и проконтролировать состояние имеющихся швов, объем реконструируемого дыхательного тракта, а также удалить нередко формирующуюся в этом месте слизисто-фибринозную «пробку», склонную к организации. Последовательным ушиванием раны, наложением швов на кожу и введением в просвет стомы пластмассовой канюли №4 операция была закончена. Хирургическое вмешательство длилось 2,5 часа, прошло без осложнений.

Удаленный материал отправлен на патогистологическое исследование, по результатам которого была определена рубцовая ткань.

В послеоперационном периоде температурная реакция наблюдалась в течение 5 дней, не превышая 38°C. Больному был назначен 7-дневный курс цефтриаксона – по 1,0 г х 2 р/д.; дексаметазон – по 4,0 мг 5 дней, симптоматическая терапия.

В течение 8-9 дней он испытывал определенные трудности при проглатывании пищи ввиду реактивного отека стенок пищевода.

На 9-й день после операции, 3 марта 2007 г., пациент был деканюлирован; у него были сняты швы. Ларингоскопическая картина соответствовала таковой до операции. Моторика голосовых складок сохранена. Трахеостомическое отверстие постепенно сокращалось. Дыхание при закрытой стоме было вполне достаточным. Стало возможным адекватное речевое общение.

На 15-й день после операции, 5.04.2007 г., обследуемый был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства.

Данное клиническое наблюдение представляет определенный интерес как пример четко спланированной результативной хирургической реабилитации больного с рубцовой облитерацией начального отдела трахеи посредством наложения гортанно-трахеального анастомоза.

1. Багиров М.М., Росновский И.М., Багирова И.М. Рубцовый стеноз трахеи // Мат. I науч.-практ. конф. "Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії". – Київ, 2002. – С. 12-13.
2. Тарасов Д.И., Лапченко С.Н., Банарь И.М. и соавт. Стенозы и дефекты гортани и трахеи. – Кишинев: Штиинца, 1982. – 280 с.
3. Тышко Ф.А. Хирургическое лечение стенозов гортани: Метод. реком. – Киев, 1979. – 24 с.
4. Тышко Ф.О. Диференційований підхід до усунення рубцевих стенозів та дефектів гортаноглотки, гортані, трахеї і стравоходу та методи їх хірургічного лікування // Мат. I науч.-практ. конф. "Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії". – Київ, 2002. – С. 188-189.
5. Юнина А.И. Травмы органов шеи и их осложнения. – М.: Медицина, 1972.

Поступила в редакцию 15.10.08.

© Ю.В. Минин, Т.И. Кучеренко, 2008

## ІНФОРМАЦІЯ

**ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»  
Отдел онкопатологии ЛОР-органов**

**16-20 марта 2008 г.**

### **КУРСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЛОР-ОРГАНОВ**

**Курсы проводят:** д.мед.н., проф. Лукач Э.В., канд.мед.н. Сережка Ю.А.,  
канд.мед.н. Дихтярук В.Я.

#### **НЕДЕЛЬНЫЕ КУРСЫ ВКЛЮЧАЮТ:**

- лекции по хирургии, лучевой и лекарственной терапии больных злокачественными опухолями верхних дыхательных путей;
- оценку КТ и МРТ в диагностике злокачественных новообразований верхних дыхательных путей;
- клинический разбор больных;
- овладение навыками современных методик ЛОР-онкологических операций и участие в операциях.

**Стоимость курсов: 200 у.е. в гривнах (по курсу НБУ).**

*Количество мест ограничено.*

**Оплата производится** на счет ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ», код 02011870, банк-получатель УДК в г. Киеве, МФО 820019, р/с №35220007000480,

благотворительный взнос на развитие медицины, без ПДВ.

*Оплата может также производиться по прибытии.*

**Заявки и справки:** Украина, 03057, г. Киев, ул. Зоологическая, 3,  
ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»,  
отдел онкопатологии ЛОР-органов.

Тел./Факс: (38-044) 489-62-59, 483-91-17

e-mail: erwin@lukach.org; amtc@kndio.kiev.ua; dikhtyaruk@ua