

Эндоскопическое и хирургическое лечение доброкачественных посттравматических, послеоперационных, постожоговых стриктур гортани и трахеи с применением современных методик: бужирование трахеи, эндопротезирование трахеи, эндоскопическое рассечение рубцов трахеи.

Стенозирующие поражения верхних дыхательных путей встречаются все чаще в практике лечебно-профилактических учреждений. Причинами развития стенозов трахеи могут быть травмы трахеи (ушибы, размозжения, пересечение, переломы хрящевых полуколец) в результате ДТП, различных бытовых и техногенных катастроф, термические и химические ожоги. Кроме того, стенозирующее поражение трахеи может развиваться в результате медицинских манипуляций, таких как трахеостомия, интубация трахеи при длительной искусственной вентиляции легких. В результате повреждения слизистой оболочки стенки трахеи на месте дефекта разрастается рубцовая ткань, суживающая просвет трахеи - формируется рубцовая стриктура. В ряде случаев в результате воспаления стенки трахеи происходит разрушение хрящевых полуколец трахеи, что приводит к потере каркасной функции, вызывает спадение стенок трахеи, деформацию и сужение ее просвета. Стенозирование и деформация трахеи приводят к возникновению нехватки воздуха, одышки. Вовремя недиагностированное патологическое состояние может вызвать прогрессирующую дыхательную недостаточность, а при выраженном нарушении проходимости трахеи - удушье и асфиксию.

Основными методами диагностики стенозирующих поражений трахеи являются спирография, компьютерная томография, эндоскопическое исследование.

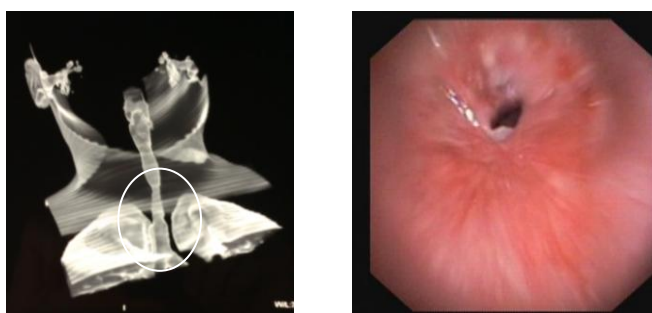


Рис. 1 Компьютерная томография области шеи: визуализируется стеноз верхней трети трахеи. Справа видеотрахеобронхоскопия: определяется концентрическая рубцовая стриктура трахеи с сужением просвета до 6 мм в диаметре.

Целью лечения является восстановление и поддержание нормального дыхательного просвета бронхов, трахеи, гортани, предупреждение рецидива заболевания. В настоящее время методом выбора в лечении стенозов трахеи является операция - циркулярная резекция пораженного участка трахеи с одномоментным восстановлением непрерывности трахеи, формированием анастомоза в пределах интактных (здоровых) участков трахеи. Данный вид

хирургического вмешательства иногда сложен в выполнении, требует больших усилий медицинского персонала, а также нередко отличается достаточно тяжелым и сложным послеоперационным периодом.

С развитием современных высокотехнологичных методов лечения стало возможным малоинвазивное лечение данной болезни. Существует ряд современных методик, позволяющих при бронхоскопии восстановить нормальный дыхательный просвет.

Во время бронхоскопии, выполняемой как под общей, так и под местной анестезией, производится электрохирургическое рассечение рубцовой стриктуры (рассечение рубца), баллонная дилатация (растяжение и разрушение рубцов с помощью специального эндоскопического баллона).

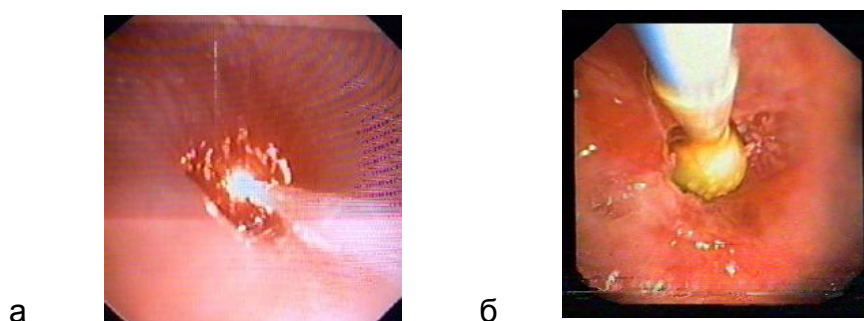


Рис. 2 Видеотрахеоскопия. а - заведен электронож, производится рассечение рубцовой ткани. б - в просвет трахеи введен баллон, выполняется баллонная дилатация области рубцового стеноза трахеи.

В случаях, когда нарушается хрящевой каркас трахеи, для поддержания адекватного дыхательного просвета выполняют под общей анестезией бужирование трахеи с последующим эндопротезированием трахеи линейными стентами (эндопротезами).

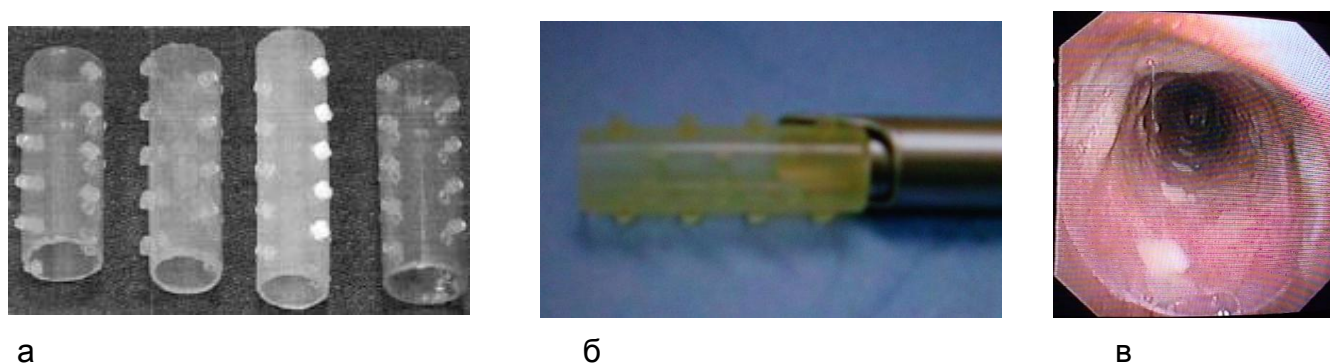


Рис. 3 а – линейные эндопротезы трахеи (полые силиконовые трубки)
б – эндопротез трахеи заправлен в доставочное устройство

в – видеотрахеоскопия. эндопротез расположен в трахее, восстановлен дыхательный просвет.

Современное эндоскопическое лечение хорошо переносится пациентами, улучшается качество жизни больных, кроме того, достигается сокращение сроков пребывания пациента в стационаре после операции. Выбор метода лечения осуществляется в каждом случае индивидуально по строгим показаниям.