

2. Горохов А. А. Отонейрохирургия; руководство для врачей. СПб: издательство «Питер», 2000, С 40-48.
3. Овчинников Ю. М., Морозова С.В. Введение в отоневрологию: учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб.заведений / Ю. М. Овчинников, С. В. Морозова – М.:Издательский центр «Академия», 2006. С 140-144.
4. Романова Ж. Г. «Тактика врача-оториноларинголога при свежих повреждениях барабанной перепонки». Материалы российской конференции оториноларингологов 2002г., Москва, 2002г, С 118- 119.
5. Пальчун В.Т., Иванец И. В. «Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости». Материалы российской конференции оториноларингологов 2002г, Москва, 2002г, С 159-160.
6. Яхно Н. Н., Парфенов В. А. Частная неврология: Учебное пособие для студентов медицинских вузов.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. С 108 – 118.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО МЕТОДА В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И ГОРТАНИ *Н.А. Гусс, И.Я. Мотус, С.А. Мальцев, М.В. Турунцев, Г.А. Колыванов*

Актуальность. В структуре стенозов трахеи и гортани различной этиологии частота их формирования после длительной интубации и трахеостомии, по разным статистикам, составляет 45,2% и 54,8% соответственно. С дыхательной недостаточностью III степени и с фиброзно - рубцовым сужением трахеи и гортани поступает до 80% пациентов (Новиков В.Н., 2006). Это свидетельствует о проблемах ранней диагностики стеноза трахеи и гортани до появления грубых рубцовых изменений.

Цель работы. Улучшение результатов лечения при стенозах трахеи и гортани ранним выявлением формирующегося стеноза методом диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими искусственную вентиляцию легких и трахеостомию своевременного лечения и внедрения криохирургических технологий.

Материалы и методы. В 2009 г. в городском центре неотложной оториноларингологии МУ ЦГКБ № 23 зарегистрирован 21 пациент со стенозом гортани и трахеи в возрасте от 16 до 80 лет.

Нами использованы эндоскопический, морфологический, рентгенологический методы диагностики, исследование ФВД. Методы лечения: бужирование, резекция трахеи, стентирование. Криовоздействие проводилось на всех этапах лечения наряду с медикаментозной противовоспалительной и метаболической терапией

Результаты и обсуждения. Грануляционный стеноз выявлен у 8 (38 %) пациентов, грануляционно - фиброзная деформация трахеи и гортани в 4 (19%)

случаев, в рубцовую стадию поступило 9 (43%) больных. На стадии тяжелых дыхательных расстройств обратилось 5 (25%) пациентов. Со сформировавшимся стенозом, после ретрахеостомии с трахеостомической канюлей, для дальнейшего наблюдения и лечения поступило 7 (33%) пациентов. Стеноз трахеи выявлен у 14 (66%) пациентов, у 7 (33%) - сочетанный гортанно-трахеальный стеноз – эта категория пациентов и формирует в основном группу канюленосителей. В структуре причин постреанимационного стеноза трахеи и гортани 18 (86%) - посттрахеостомические, 3 (14%) - постинтубационные.

Выздоровление после бужирования, криовоздействия и противовоспалительной терапии было у 9 пациентов (43%). Резекция трахеи выполнена 2 пациентам (9,5%). Проведена 1 операция стентирования трахеи, 1 операция – удаление стента (после 1,5 лет лечения) и пластика передней стенки трахеи. Канюленосителями под наблюдением остаются 9 человек (43%).

Стойкое восстановление просвета дыхательных путей наблюдалось у пациентов, которым лечение было проведено в стадию грануляционных изменений стенки в сроке до 3 недель после реанимационных мероприятий. Пациентке с постинтубационным стенозом трахеи после бужирования, криовоздействия, противовоспалительной терапии в срок 2 месяца после интубации выполнена резекция пораженного участка трахеи. В течение 6 месяцев дыхание свободное, рецидива нет. Второй случай резекции трахеи закончился летальным исходом вследствие профузного эрозивного кровотечения на 7 сутки послеоперационного периода. Оперативное лечение этому пациенту проводили через 2 года после ИВЛ, длительного канюленосительства (1,5 года), попыток многократного бужирования. Интраоперационно была выявлена грубая рубцовая деформация в средостении, интимное сращение рубцово - измененной стенки трахеи и плечеголового ствола. Неудовлетворительные результаты были у пациентов с сочетанием стеноза гортани и трахеи и у больных, поступивших на лечение после ретрахеостомии с трахеостомическими канюлями (таблица).

Таблица

Исход лечения пациентов с постреанимационным стенозом дыхательных путей за 2009 г.

	Выздоровление	Этапное стентирование	Канюленосители	Летальный исход
Количество пациентов (абс.)	10	1	9	1
Удельный вес (%)	47,6	4,8	42,8	4,8

Выводы

Внедрение метода диспансерного наблюдения за больными, перенесшим длительную ИВЛ, комплексный подход к диагностике позволяют выявлять патологический процесс на стадии грануляций и компенсированного дыхания и своевременно проводить лечение. Использование криовоздействия в комплексном лечении оказывает хороший противовоспалительный и регенераторный эффект на стенку трахеи и гортани.

Практические рекомендации

Пациентам, перенесшим длительную ИВЛ, в течение первых 3-х месяцев после выписки из стационара проводить диспансерное наблюдение. Выполнять исследование ФВД, эндоскопический осмотр и КТ гортани и трахеи, рентгенографию грудной клетки (по показаниям). Клинико-морфологическую форму стеноза и его протяженность оценивать по данным комплексного исследования, а не ограничиваться одной методикой. Своевременно направлять пациентов с подозрением на стеноз трахеи или гортани в специализированные центры (торакальные отделения, отделения оториноларингологии, Федеральные центры лечения стенозов дыхательных путей). Выполнять ретрахеостомию в крайних случаях – при дыхательной недостаточности III степени и невозможности выполнить бужирование дыхательных путей методом ригидной трахеобронхоскопии.

При выявлении грануляций, свежего гипертрофического рубца – их иссечение и криовоздействие на пораженный участок трахеи и гортани. Далее проводить противовоспалительную, метаболическую и ГБО-терапию для ограничения зоны воспаления. При повреждении трахеи на протяжении до 3 - 5 см и формировании концентрического фиброзного стеноза решать вопрос хирургической тактики в пользу резекции трахеи. Стентирование трахеи и гортани показано во всех случаях, когда консервативные методы, бужирование с криовоздействием, резекция трахеи были неэффективными. При необходимости (неврологические расстройства) длительного канюленосительства, отдавать предпочтение Т-образным стентам, а не стандартным трахеостомическим трубкам для профилактики развития стеноза в шейном отделе трахеи (над трубкой).

Литература

1. Коченов В.И. «Синдром надгортанника» и его криогенное лечение / В.И. Коченов // Медицинская криология: Международный сборник научных трудов / Под ред. В.И. Коченова. – Нижний Новгород, 2001. – Вып. 2. – С. 89 – 96.
2. Краля И.В. Клиническая оценка способов хирургического лечения стенозов трахеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27. – Омск, 2005. – 22 с.
3. Крихирургия в XXI веке / Н.Н. Корпан, Я.В. Шарков, Г. Хохвартер, Ф. Зелнер // Медицинская криология : Международный сборник научных трудов / Под ред. В.И. Коченова. – Нижний Новгород, 2001. – Вып. 2. – С. 133 – 137.
4. Русаков М.А. Эндоскопическая хирургия опухолей и рубцовых стенозов трахеи и бронхов / М.А. Русаков // М., РНЦХ РАМН. – 1999. – 92 с.
5. Русаков М.А. Эндоскопическое эндопротезирование рубцовых стенозов трахеи / М.А. Русаков, В.М. Мизиков, А.Г. Елизаветский // Торакальная хирургия: тезисы научной конференции. – М., 1993. – С. 90 – 93.