

ЦИРКУЛЯРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ ТРАХЕИ

Моисей Борисович Скворцов¹, Валерий Николаевич Махутов²,
Илья Сергеевич Курганский³, Евгений Олегович Иноземцев³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – член-корр. РАН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев; ²Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин; ³Иркутский научный центр хирургии и травматологии, директор – д.м.н., проф. В.А. Сороковиков)

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ 25 историй болезни пациентов с рубцовым стенозом трахеи, которым была выполнена её циркулярная резекция трахеи. Проанализированы причины болезни и исходы. Осложнения после резекции возникли у 7 (28%) пациентов. В 88% случаев циркулярная резекция трахеи оказалась эффективным методом лечения.

Ключевые слова: рубцовый стеноз трахеи; циркулярная резекция трахеи.

CIRCULAR RESECTION IN CICATRICAL STENOSIS OF THE TRACHEA

M.B. Skvortsov¹, V.N. Makhutov², I.S. Kurgansky³, E.O. Inozemtsev³
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital;
³Irkutsk Scientific Center for Surgery and Traumatology, Russia)

Summary. The article presents a retrospective analysis of 25 case histories of patients with cicatricial tracheal stenosis, by which its circular resection of the trachea was performed. The causes of the disease and outcomes have been analyzed. Complications after resection arose in 7 (28%) patients. In 88% cases circular resection of the trachea was an effective treatment.

Key words: cicatricial tracheal stenosis; circular resection of the trachea.

Уровень современной анестезиологии и реанимации позволяет оказывать помощь пациентам, которые ранее считались некурабельными. Однако длительная искусственная циркуляция легких (ИВЛ) достаточно часто осложняется постинтубационным и посттрахеостомическим рубцовым стенозом трахеи, который резко ухудшает качество жизни пациентов, при длительном течении приводит к развитию хронической дыхательной и сердечной недостаточности. Так же у пациентов, страдающих рубцовым стенозом трахеи (РСТ), могут возникать жизнеугрожающие ситуации, требующие экстренного оперативного вмешательства [2,3,4,6,8].

Подчеркнем что большинство пациентов с РСТ люди трудоспособного возраста, и это говорит о высокой социально-экономической значимости проблемы лечения и профилактики РСТ [7,8].

Несмотря на разнообразные эндоскопические методы лечения основным оперативным вмешательством у пациентов, страдающих РСТ, позволяющим одновременно восстановить проходимость дыхательного пути, является циркулярная резекция трахеи [1,5,8,9].

Цель исследования: изучить причины возникновения, а также исходы хирургического лечения РСТ.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни пациентов отделения торакальной хирургии Иркутской областной клинической больницы и Иркутского научного центра хирургии и травматологии за период 2015-2010 гг., поступивших с РСТ, которым была выполнена циркулярная резекция трахеи.

Все пациенты на момент пребывания в отделениях дали добровольное информированное согласие для использования неперсонифицированных данных об их диагностике и лечении в научно-исследовательской работе.

При анализе учитывались следующие данные: возраст, пол, причина длительной интубации, развития рубцового стеноза или трахеостомии, методы лечения до выполнения циркулярной резекции трахеи, клиническая

симптоматика на период настоящей госпитализации, данные методов обследования (МСКТ шеи, бронхоскопия), способы коррекции, осложнения, сроки их развития и результаты лечения.

Результаты исследования представлялись в виде абсолютных и относительных величин, а также в виде медиан и разброса максимальных и минимальных значений.

Результаты и обсуждение

За период с 2015-2010 гг. в клинике выполнено 25 циркулярных резекций трахеи (ЦРТ). Госпитализированы в плановом порядке 10 (40%) пациентов, в экстренном – 15 (60%). Медиана возраста составила 37 (17-74) лет. Пациентов трудоспособного возраста было 92%. Мужчин – 11 (44%) человек, женщин – 14 (56%).

Причиной РСТ была длительная ИВЛ через оротрахеальную трубку или трахеостомическую канюлю.

Распределение пациентов в зависимости от причины проведения ИВЛ представлено на рис. 1.

Основными причинами проведения длительной ИВЛ явились последствия сочетанной травмы (44%) и повреждения черепа (28%). ИВЛ при операциях на органах живота привела к развитию РСТ в 12% наблюдений.

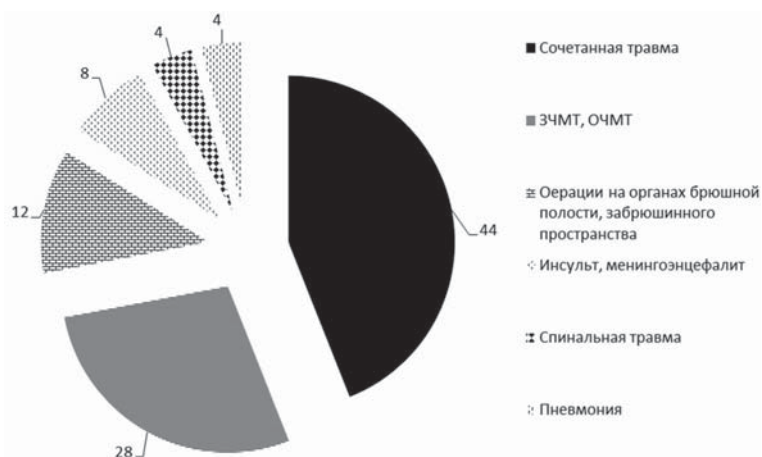


Рис. 1. Причины проведения длительной ИВЛ.

У 8% пациентов ИВЛ проводилась при тяжелой неврологической патологии – инсульт и менингоэнцефалит. В 4% РСТ развился при лечении тяжелой спинальной травмы и нозокомиальной пневмонии.

При поступлении в стационар пациенты предъявляли следующие жалобы: 12 (48%) пациентов жаловались на затрудненное дыхание, 7 (28%) – на одышку при физической нагрузке, 2 (8%) – на кашель с вязкой мокротой. Носителями трахеостомы были 9 пациентов, они предъявляли жалобы на наличие трахеостомической канюли (36%). В стационаре им выполнена фибробронхоскопия для уточнения локализации и степени стеноза. Так же, 24 (96%) пациентам была проведена МСКТ шеи.

В 17 (68%) наблюдениях проводилось лечение РСТ до поступления в стационар – 14 (56%) пациентам выполнялось бужирование трахеи, которое приводило к кратковременному положительному эффекту, у 6 (24%) пациентов было выполнено эндотрезирование Т-образным стентом. В 2 (8%) наблюдениях назначались сеансы лазерной фотокоагуляции. У 1 (4%) пациента выполнено стентирование трахеи. Стоит отметить, что у 6 (24%) пациентов использовались различные методы (бужирование, эндотрезирование, линейное и Т-образное стентирование, лазерная фотокоагуляция), направленные на восстановление просвета трахеи.

Впервые выявлен стеноз трахеи у 8 (32%) пациентов. До поступления в клинику лечение им не проводилось.

Всем пациентам выполнена резекция трахеи. В 20 (80%) наблюдениях доступом, обеспечивающим хорошую экспозицию, была цервикотомия. У 5 (20%) пациентов она сочеталась со стернотомией. В большинстве наблюдений (96%) была выполнена циркулярная резекция трахеи. У 1 (4%) пациента удалось выполнить резекцию в 3/4 с сохранением задней стенки трахеи. Медиана размера резецированного участка составила 3,25 см (2-5 см). У двух пациентов нет данных о размере резецированного участка трахеи. Это связано с тем, что трахея иссекалась фрагментарно в зоне трахеостомического отверстия.

Осложнения после ЦРТ возникли у 7 (28%) пациентов. Несостоятельность анастомоза у 4 (16%) из них. По этому поводу в 2-х наблюдениях проведено эндотрезирование Т-образным стентом. У двух пациентов несостоятельность трахеи сопровождалась развитием медиастенального свища, В одном случае потребова-

лось провести дренирование средостеня, во втором – свищ зажил самостоятельно на фоне перевязок. У 2-х (8%) пациентов развился стеноз в области анастомоза, потребовавший проведения бужирования с удовлетворительным результатом в одном наблюдении. Во втором случае стеноз в области анастомоза не влиял на самочувствие пациента, в связи с этим бужирование не проводилось. У 1 (4%) пациента в послеоперационном периоде развилось кровотечение из мягких тканей шеи потребовавшее повторной цервикотомии, гемостаза. В связи с нестабильностью грудины в послеоперационном периоде в одном наблюдении произведен остеосинтез грудины. Еще у одного больного развилась эмпиема плевры, потребовавшая дренирования плевральной полости с хорошим результатом.

Летальных исходов после проведения ЦРТ не было.

Таким образом, основной причиной проведения длительной ИВЛ, приводящей к развитию РСТ, является тяжелая черепно-мозговая и сочетанная травма вследствие ДТП. Операции на органах живота и тяжелая неврологическая патология находятся на втором и третьем местах соответственно. Пациенты трудоспособного возраста, страдающие РСТ, составили 92%.

В 68% наблюдениях до операции проводилось эндоскопическое (бужирование, лазерная фотокоагуляция, различные виды стентирования) лечение с непродолжительным эффектом. Послеоперационные осложнения различного характера развились в 28% случаев. Несостоятельность анастомоза у 4 (16%) пациентов. Стеноз анастомоза у 2 (8%) и у 2 (8%) трахеомедиостенальный свищ. У 88% пациентов ЦРТ явилось эффективным методом лечения РСТ, позволившем одновременно излечить патологию.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 15.06.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авзалетдинов А.М., Плечев В.В., Фатихов Р.Г. и др. Профилактика осложнений в хирургии постинтубационных и посттрахеостомических стенозов трахеи // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2008. – №3. – С.34-37.
2. Голуб И.Е., Пинский С.Б., Нетесин Е.С. Постинтубационные повреждения трахеи // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – №4. – С.124-128.
3. Есаков Ю.С., Дубова Е.А., Жестков К.Г., Шеголев А.И. Морфологические изменения при постинтубационном стенозе трахеи // Хирургия. Журнал имени Пирогова. – 2010. – №2. – С.60-63.
4. Паршин В.Д., Выжигина М.А., Черный С.С. и др. Этиология, профилактика, лечение протяженных и мультифокальных рубцовых стенозов трахеи на стыке наук – хирургии и анестезиологии // Анестезиология и реаниматология. – 2011. – №2. – С.18-23.

5. Паршин В.Д., Гудовский Л.М., Русаков М.А. Лечение рубцовых стенозов трахеи // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2002. – №3. – С.25-32.
6. Паршин В.Д., Порханов В.А. Хирургия трахеи с атласом оперативной хирургии. – М.: Альди-Принт, 2010. – 480 с.
7. Тамур А.А., Леонович С.И. Радикальное хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи // Московский хирургический журнал. – 2011. – №1. – С.8-12.
8. Фоломеев В.Н., Ежова Е.Г. Диагностика и лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – №3. – С.25-27.
9. Мосин И.В., Бисенков Л.Н., Котив Б.Н. и др. Хирургия рубцовых стенозов трахеи: Руководство для врачей / Под ред. Л.Н. Бисенкова. – СПб.: Логос, 2012. – 144 с.
10. Grillo H.C. Surgery of the trachea and bronchi. – London: BC Decker Inc Hamilton, 2004. – 888 p.

REFERENCES

1. Avzaletdinov A.M., Plechev V.V., Fatihov R.G., et al. Prevention of complications in surgery and postintubation posttraheostomicheskikh tracheal stenosis // Hirurgija. Zhurnal imeni N.I. Pirogova. – 2008. – №3. – P.34-37. (in Russian)
2. Golub I.E., Pinskiy S.B., Netesin E.S. Postintubational damage of trachea // Sibirskij medicinskij zurnal (Irkutsk). – 2009. – №4. – P.124-128. (in Russian)

3. Esakov Ju.S., Dubova E.A., Zhestkov K.G., Shhegolev A.I. Morphologic changes by posyintubation stenosis of trachea // Hirurgija. Zhurnal imeni N.I. Pirogova – 2010. – №2. – P.60-63. (in Russian)
4. Parshin V.D., Vyzhigina M.A., Chernyj S.S., et al. Etiology, prevention, treatment and extensive scarring multifocal tracheal stenosis at the junction of Sciences – Surgery and Anesthesiology.

// Anesteziologija i reanimatologija. – 2011. – №2. – P.18-23. (in Russian)

5. Parshin V.D., Gudovskij L.M., Rusakov M.A. Treatment of scar stenosis of the trachea // Hirurgija. Zhurnal imeni N.I. Pirogova. – 2002. – №3. – P.25-32. (in Russian)

6. Parshin V.D., Porhanov V.A. Surgery of the trachea with an atlas of operative surgery. – Moscow: Aldi-Print, 2010. – 480 p. (in Russian)

7. Tatur A.A., Leonovich S.I. Radical surgery scar stenosis of the trachea // Moskovskij hirurgicheskij zhurnal. – 2011. – №1. –

P.8-12. (in Russian)

8. Folomeev V.N., Ezhova E.G. Diagnosis and treatment of patients with postintubation stenoses of larynx and trachea // Anesteziologija i reanimatologija. – 1999. – №3. – P.25-27. (in Russian)

9. Mosin I.V., Bisenkov L.N., Kotiv B.N., et al. Surgery scar stenosis of the trachea: A Guide for Physicians. – St. Petersburg: Logos, 2012. – 144 p. (in Russian)

10. Grillo H.C. Surgery of the trachea and bronchi. – London: BC Decker Inc Hamilton, 2004. – 888 p.

Информация об авторах:

Скворцов Моисей Борисович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; Махутов Валерий Николаевич – к.м.н., заведующий хирургическим торакальным отделением; Курганский Илья Сергеевич – младший научный сотрудник; Иноземцев Евгений Олегович – аспирант, врач-хирург отделения гнойной хирургии №1, 664059 Иркутск, мкр. Юбилейный 100.

Information About the Authors:

Skvortsov Moisey B. – MD, PhD, DSc (Medicine), Professor of the Department of Hospital Surgery of Irkutsk State Medical University; Makhutov Valery N. – MD, PhD (Medicine), Head of Unit of Thoracic Surgery of Irkutsk Regional Clinical Hospital; Kurgansky Ilya S. – Junior Research Officer of Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology; Inozemtsev Evgeny O. – Postgraduate Student, Surgeon of the Unit of Purulent Surgery N 1 of Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology, 664059, Irkutsk, Yubileyniy, 100.

© БЫЧКОВ Д.В., АЛЁШКИН И.Г., БАТОРОВ Ю.К., КАЗИМИРСКИЙ В.А., КЕКИДЗЕ С.Ю., ХАБУДАЕВА И.А., РЫСИНА И.А. – 2016.
УДК: 616.316-006

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Дмитрий Владимирович Бычков¹, Игорь Германович Алёшкин¹, Юрий Климентьевич Батороев², Виктор Анатольевич Казимирский¹, Светлана Юрьевна Кекидзе¹, Ирина Алексеевна Хабудаева¹, Ирина Алексеевна Рысина¹

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. проф. И.В. Малов, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, зав. – к.м.н., доцент И.Г. Алёшкин, Клиники, гл. врач – д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров, отделение челюстно-лицевой хирургии – зав. С.Ю. Кекидзе; ²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Вследствие относительно низкой заболеваемости опухолями слюнных желез и большого количества гистологических вариантов нередко встречаются диагностические ошибки. Составление четкого плана обследования и лечения невозможно без определения степени злокачественности новообразования. Оценка клинических проявлений опухолей слюнных желез и выполненный дискриминантный анализ показали, что данные анамнеза и осмотра позволяют правильно поставить диагноз злокачественной опухоли слюнной железы в 66,7 % наблюдений, а у больных без явных признаков малегнизации – в 62,3 % случаев.

Ключевые слова: слюнные железы, опухоли, диагностика.

PROBLEMS IN CLINICAL DIAGNOSTICS OF SALIVARY TUMORS

D.V. Bychkov¹, I.G. Alyoshkin¹, Yu.K. Batoroyev², V.A. Kazimirsky¹, S.Yu. Kekidze², I.A. Khabudayeva¹, I.A. Rysina¹

(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. Relatively low morbidity rate of salivary tumors and great diversity of their histological variants often lead to diagnostic mistakes. It is impossible to schedule a thorough and accurate plan of examination and treatment unless the degree of tumor malignancy is determined. Clinical manifestations of salivary tumors and discriminant analysis showed that the data of history and examination enable to diagnose malignant salivary tumors in 66,7% of cases and in 62,3% of patients without obvious manifestations of malignization.

Key words: salivary glands, diagnosis, tumors.

Диагностика заболеваний слюнных желез, к сожалению, вызывает значительные трудности у значительной части врачей практического здравоохранения [2,5]. Особенно высока цена ошибки в диагностике опухолей слюнных желез.

При первичном осмотре больного врачу необходимо провести дифференциальную диагностику неопластического процесса с хроническими воспалительными процессами, сиалозами [10] и составить план дополнительного обследования и определения степени злокачественности опухоли для определения алгоритма лечения [1]. Решающим критерием для рационального выбора методов дополнительного исследования является

начальная “диагностическая гипотеза”, которая формируется в результате анализа жалоб, анамнеза и осмотра пациента.

В план обследования пациента с подозрением на злокачественную опухоль желательнее включать проведение аспирационной пункции тонкой иглой [8], ультразвуковой сканирование [6], мультиспиральную компьютерную томографию или магниторезонансную томографию [9], сиалографию [3,11].

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических проявлений и оценить точность дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.