

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

**Алхасов А.Б., Яцык С.П., Комина Е.И.,
Ратников С.А., Романова Е.А.,
Савельева М.С., Шубин Н.В.**

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; стенозы трахеи и бронхов;
лечение

Актуальность. Этиология стенозов дыхательных путей у детей разнообразна, различают врождённые стенозы, приобретённые рубцовые стенозы, компрессионные стенозы. Метод хирургического лечения зависит от этиологии и протяжённости стеноза.

Цель работы — улучшение результатов хирургического лечения детей со стенозами трахеи и бронхов.

Материалы и методы. В хирургическом торакальном отделении находились 29 детей со стенозами трахеи и бронхов. Врождённый стеноз трахеи (полные хрящевые кольца) диагностирован у 13 детей, рубцовый стеноз трахеи — у 11, рубцовый стеноз бронха — у 5. Возраст больных детей — от 1 мес до 17 лет. Всем детям с целью диагностики были выполнены фибробронхоскопия и мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. В зависимости от этиологии стеноза детям были проведены различные оперативные вмешательства. Скользящая пластика трахеи в условиях искусственного кровообращения выполнена 13 детям (3 детям одномоментно с реимплантацией левой лёгочной артерии; циркулярная резекция трахеи с применением высокочастотной искусственной вентиляции лёгких во время оперативного вмешательства — 3 детям; пластика бронха — 4 детям; стентирование трахеи Т-образной трубкой — 5 больным; лазерная реканализация трахеи/бронхов — 4 детям.

Течение послеоперационного периода зависело от метода хирургической коррекции. Пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) после скользящей трахеопластики и пластики бронха составляло 2–6 сут, после циркулярной резекции трахеи — 2–4 сут, после стентирования трахеи Т-образной трубкой — 1 сут. После лазерной реканализации трахеи/бронхов дети в пребывании в ОРИТ не нуждались. Самую сложную группу детей составили пациенты с врождённым протяжённым стенозом трахеи. Эти больные требуют комплексного подхода к лечению, длительного пребывания в ОРИТ, а также тщательного респираторного ухода в послеоперационном периоде. Хороший результат получен в 93% случаев ($n = 27$). Во всех случаях удалось избавить детей от проявлений дыхательной недостаточности. Летальность составила 6,89%: 2 пациента с врождённым стенозом трахеи, длительной (30–130 дней) искусственной вентиляцией лёгких, экстракорпоральной мембранной оксигенацией (23–73 дня). Причиной смерти послужили сепсис и тяжёлая дыхательная недостаточность.

Заключение. Выбор тактики хирургического лечения зависит от этиологии и протяжённости стеноза трахеи. Персонализированное применение различных методик позволяет достичь хорошего результата и избавить пациента от дыхательной недостаточности. Применение современных систем жизнеобеспечения во время операций и в послеоперационном периоде (высокочастотная искусственная вентиляция лёгких, экстракорпоральная мембранная оксигенация, искусственное кровообращение и др.) позволяет безопасно выполнять реконструктивные операции на трахее и бронхах у детей.