

даи (пешниҳодшудаи) бардоштани ғайристандартии флеп истифода шудааст. Таҳлили натиҷаҳои ниҳой нишон дод, ки ҳама гунаҳои истифодашудаи флеп самаранокии яхелаи хуб дошта, интихоби варианти флеп бошад аз ҳолати бофтаҳои рӯпушкунандаи кафи панҷаи пой осебдошта ва конралатералӣ, масоҳати нуқсон ва инчунин, ҳолати хунгардиш дар ҳавзаи шараёни тибалис постериор вобастагӣ дорад.

SUMMARY **APPLICATION OF MEDIAL PLANTAR FLAP IN SURGICAL TREATMENT OF SOFT TISSUES DEFECTS OF CALCANEAL AREA**

U.A.Kurbanov, A.A.Davlatov, S.M.Janobilova, M.Nosiri

The work is devoted surgical treatment of soft tissue defects of calcaneal area with application medial plantar flap at 12 patients. In the 5 cases flap is replaced in a free variant from contralateral foot. In the other 7 cases medial plantar flap is moved to in a neurovascular pedicle from the ipsilateral foot. Including in 2 cases in the absence of magisterial blood-groove on tibial posterior arteries it was applied a non-standard way flap mobilization, developed by authors. The analysis of the remote results has shown that all applied variants of a flap have equally good efficiency, and the choice of a variant of a flap is dictated by a condition of soft tissue plantar side of the ipsilateral and contralateral foots, the defect area, and also a blood-groove condition in vessels of pool of tibial posterior artery.

Key words: medial plantar flap; soft tissue defects of calcaneal area

Адрес для корреспонденции:

У.А.Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbonovua@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

А.Б. Сангинов, И.В. Мосин, С.В. Матвеев, Н.В. Мосина

Кафедра госпитальной хирургии №1

Санкт-Петербургского медицинского университета

им.акад. И.П. Павлова, Россия

Рассмотрена лечебная тактика при рубцовых стенозах трахеи. Выполнена 51 циркулярная резекция трахеи, из этого количество с дистальным отделом гортани - 18.

Комплексное лечение рубцовых стенозов трахеи путём сочетания эндоскопических методов лечения и циркулярной резекции трахеи выполнено 23 пациентам. Эндоскопическое лечение производилось с использованием бужирования тубусом ригидного бронхоскопа и лазерного рассечения фиброзного кольца или реканализации облитерированного участка трахеи выше трахеостомы с последующим введением линейного или Т-образного силиконового стента. На основании непосредственных и отдалённых результатов разработаны показания к эндоскопическим и хирургическим методам лечения. Определены виды и сроки эндопротезирования трахеи, уточнены технические особенности выполнения циркулярной резекции трахеи и ларинготрахеальной резекции, способствующие улучшению результатов лечения больных с рубцовыми стенозами трети трахеи.

Ключевые слова: трахея, рубцовый стеноз, бужирование, трахеостомия, лазерная деструкция, стент, ларинготрахеальная резекция

Введение. С ростом дорожно-транспортного травматизма, природных и техногенных катастроф, обострением криминальной обстановки увеличилось число больных, нуждающихся в интубации трахеи и продлённой искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). Длительная интубация трахеи и трахеостомия, выполняемые по жизненным показаниям в отделениях интенсивной терапии в целях проведения адекватной вентиляции лёгких, у значительной части больных являются причиной стенозирования трахеи [6, 7, 12, 18, 23].

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с рубцовыми стенозами трахеи (РСТ). Для восстановления просвета дыхательных путей у пациентов со стенозами трахеи предложено и используется большое количество различных методик [2, 4, 12, 13, 24].

До последнего времени эндоскопические методы лечения применялись в основном для расширения просвета трахеи в процессе предоперационной подготовки как паллиативные [3, 5, 8, 9, 15]. Учитывая это обстоятельство и тот факт, что большинство больных обращаются в клинику с признаками декомпенсированного стеноза, применение эндоскопических методов лечения с целью экстренного восстановления просвета трахеи для обеспечения адекватного дыхания приобретает всё большую значимость [13, 14].

Основными целями современной эндоскопической хирургии рубцовых стенозов трахеи являются восстановление и поддержание просвета дыхательного пути. Восстановление просвета суженного отдела трахеи осуществляется как механическими способами (скусывание грануляций биопсийными щипцами, бужирование), так и путём воздействия на рубцовую ткань различными физическими агентами (электрокоагуляция, аргоно-плазменная коагуляция, лазерная деструкция).

Внедрение в оперативную эндоскопию лазерных источников излучения и оптико-волоконной техники сделало возможным бескровное расширение суженного сегмента трахеи посредством выпаривания и коагуляции поверхностного слоя облучаемой ткани [1, 17, 19-21]. Однако, способ не является универсальным, и требует применения комбинированного метода эндоскопического разрушения рубцовых тканей. Например, первоначальную лазерную деструкцию дополняют бужированием [15].

После восстановления просвета трахеи необходимо сохранить его в течение длительного времени, то есть обеспечить профилактику рестеноза [16, 19]. Предупредить повторное сужение можно введением в дыхательные пути различных каркасных конструкций, поддерживающих их просвет. Для этой цели используют специальные лечебные стенты (Т-образные или линейные). Однако, часто хорошие ближайшие результаты нивелируются высокой вероятностью рестеноза в отдалённые сроки после удаления стента.

Кроме того, сведения об использовании различных методов стентирования весьма противоречивы. Одни авторы сообщают лишь об единичных случаях полного выздоровления, другие утверждают, что благоприятного исхода можно достичь у 50% больных с рубцовыми стенозами трахеи [19]. Отсутствует единое мнение о показаниях к применению, недостаточно чётко определены характер и цели эндоскопического пособия, а также преимущества и недостатки разных типов используемых стентов [22, 26]. Длительное стентирование трахеи может привести к увеличению протяжённости стеноза в результате травмы трахеальной стенки. Поэтому рекомендуется ограничивать сроки стентирования трахеи, стремясь к своевременному удалению стента. А при рестенозировании более предпочтительно использовать оперативные методы лечения [19].

К ларинготрахеальным стенозам относятся рубцовые стенозы верхней трети трахеи с вовлечением подскладочного пространства гортани от нижнего края перстневидного хряща до голосовых складок. Эта локализация является наиболее сложной патологией для радикального лечения в торакальной хирургии [10, 11].

Из-за анатомических взаимоотношений в этой области радикальное хирургическое вмешательство сопряжено с риском повреждения голосовых связок, возвратных гортанных нервов

и нарушением каркасности дистального отдела гортани. Хотя многие торакальные хирурги владеют методами циркулярной резекции и первичной реконструкции трахеи, большинство из них не решаются проводить резекции выше перстневидно-трахеального соединения из-за сложной анатомии и функциональных особенностей гортани на этом уровне [25].

Таким образом, обоснованием показаний к эндоскопическому и хирургическому методам лечения рубцовых стенозов верхней трети трахеи и дистального отдела гортани является актуальной проблемой. Также необходимо определение видов и сроков эндопротезирования, уточнение технических особенностей выполнения циркулярной резекции трахеи и ларинготрахеальной резекции.

Цель исследования – разработать лечебную тактику, показания к эндоскопическому и хирургическому лечению рубцовых стенозов трахеи, усовершенствовать технику эндоскопического и хирургического лечения, а также оценить эффективность одномоментной циркулярной резекции гортани ниже голосовой щели и верхней трети трахеи с формированием первичного ларинготрахеального анастомоза без постановки стента при рубцовом её поражении.

Материал и методы. С 1998 по 2009 годы по поводу рубцового стеноза трахеи циркулярная резекция верхней трети трахеи выполнена у 51 пациента, из них с дистальным отделом гортани – у 18.

Комплексное лечение РСТ путём сочетания эндоскопических методов лечения и циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) произведены у 23 пациентов, из них у 11 на начальном этапе лечения производилось эндоскопическое расширение просвета трахеи тубусом ригидного бронхоскопа с последующим введением линейного силиконового стента у 4 пациентов и Т-образного стента - у 2 пациентов. У 4 пациентов выполнялась лазерная деструкция рубцовой ткани в области стеноза с последующей постановкой силиконового линейного стента и у 8 пациентов – лазерная реканализация облитерированного участка трахеи выше трахеостомы по методике Герасина В.А. и Мосина И.В. (патент на изобретение №2295300 «Способ лечения рубцовой облитерации трахеи над трахеостомой» от 20 марта 2007 г.) с постановкой Т-образного стента. Без применения эндоскопических методик у 18 больных выполнена ларинготрахеальная резекция и у 10 – циркулярная резекция трахеи.

Возраст больных варьировал от 15 до 66 лет. Распределение по полу: мужчин – 36, женщин – 15. Средний возраст мужчин составил $35,6 \pm 2,7$ лет, женщин – $28,9 \pm 4,0$ лет, средний возраст в целом составил $35,0 \pm 2,2$ лет. Основное число пациентов было трудоспособного возраста.

До поступления в клинику трахеостомия выполнялась 29 больным (56,8%). 22 (43,1%) из них были с функционирующей трахеостомой. Из их числа неэффективные многоэтапные реконструктивно-пластические операции (ларинготрахеофиссуры) ранее выполнены у 5 пациентов.

Большое значение при определении методики наложения анастомоза имела форма рубцового стеноза. В связи с этим были выделены три формы рубцовых стенозов: А-образная форма – у 27 больных, циркулярная – у 19 и неправильная – у 5.

Анализ данных фибробронхоскопии показал, что форма рубцового стеноза зависит от этиологических и патоморфологических факторов его развития. После длительной оро - или назо-трахеальной интубации развилась циркулярная форма РСТ. Такая же картина - в зоне локализации манжеты трубки. Неправильная форма рубцового стеноза трахеи формировалась вследствие повреждения стенки трахеи дистальном концом интубационной трубки. В случаях, когда длительная ИВЛ проводилась через интубационную трубку, а затем через трахеостому формировалась А - образная форма РСТ.

Рубцовые сужения трахеи локализовались в шейном отделе трахеи у 23 больных и у 18 распространялись на дистальный отдел гортани.

Распределение больных с рубцовыми стенозами трахеи по степени сужения произведено

по классификации, рекомендованной Б.Б. Шафировским (1996г.) и представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по степени сужения трахеи

Степени сужения трахеи		Диаметр просвета	Число больных
I	Компенсированный стеноз	более 10 мм	0
II	Субкомпенсированный стеноз	6–10 мм	12
III	Декомпенсированный докритический стеноз	3–6 мм	36
IV	Декомпенсированный критический стеноз	менее 3 мм	3
Всего			51

Определяющим фактором в клинической картине рубцового стеноза трахеи является диаметр просвета в зоне сужения. У большинства больных диаметр трахеи в области сужения составлял от 3 до 6 мм – у 36 человек (70,6%); у 12 больных (23,5%) – от 6 до 10 мм; и у 3 больных (5,9%) – менее 3 мм.

У больных со II степенью стеноза одышка в покое и незначительной физической нагрузке отсутствовала у всех. При умеренной физической нагрузке одышка возникала у 7 пациентов, а при значительной - у 3 больных. При III степени стеноза одышка возникла у 17 больных при незначительной физической нагрузке, а умеренной - у 21 больных. При IV степени стеноза одышка у всех 3 больных наблюдалась в покое, сопровождалась выраженным стридором. При этом больные находились в вынужденном полусидячем положении, и в акте дыхания принимала участие вспомогательная дыхательная мускулатура. Распределение пациентов в зависимости от выраженности одышки и степени стеноза представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от выраженности одышки и степени стеноза

Одышка	Степень сужения			Всего
	II	III	IV	
В покое	–	–	3	3
При незначительной физической нагрузке	–	17	–	17
При умеренной физической нагрузке	7	21	–	28
При значительной физической нагрузке	3	–	–	3
Всего	10	38	3	51

Всем больным проводилось стандартное клиническое исследование, включавшее изучение жалоб, анамнеза заболевания, лабораторного, рентгенологического, компьютерного то-

мографического на аппарате «Toshiba Asteion»(Япония) и бронхоскопического исследования использовали бронхофиброскопы BF- B2, BF- B3R, BF-1 TR фирмы «Olimpus» (Япония).

Результаты. На начальном этапе лечения больных с III-IV степенью эндоскопическое расширение просвета трахеи проводилось тубусом ригидного бронхоскопа. Четырём пациентам произведён линейный силиконовый стент, а двоим - Т-образный стент (с наличием трахеостомы). После бужирования просвет трахеи приобретал практически нормальные размеры. Однако на 2-3 сутки у 5 больных наступал рецидив стеноза. При бронхоскопическом исследовании выявлено отсутствие контурирования хрящей в зоне стеноза по передне-боковой стенке трахеи, коллапс передней стенки при дыхании.

Всем этим больным, ввиду трахеомалации переднебоковой стенки трахеи с утратой её каркасности, дальнейшее бронхоскопическое лечение не проводилось и, больным была выполнена ЦРТ.

Лазерное рассечение рубцовой ткани в области стеноза выполнено у 4 больных и лазерная реканализация облитерированного участка выше трахеостомы - у 8 больных.

Бронхоскопические лазерные вмешательства включали в себя как рассечение фиброзного кольца РСТ, так и восстановление проходимости трахеи при её рубцовой облитерации над трахеостомой с использованием маркировки красителем центральной оси облитерированного просвета.

Показанием к применению бронхоскопических лазерных вмешательств при РСТ являлись: наличие РСТ с чётко сформированным фиброзным кольцом, при этом диаметр трахеи в месте сужения во всех случаях превышал 7 мм.

При циркулярных или неправильной формы стенозах рассечение производили в четырёх направлениях: крестообразно (у 2 больных), а при А-образных стенозах – в трёх направлениях (у 2 больных). Начинали лазерное рассечение с задней стенки, по краям рубцовой мембранозной части трахеи в направлении на пять и восемь часов. Затем рассекали переднебоковую часть фиброзного кольца. Во всех случаях лазерное вмешательство происходило бескровно. После лазерного рассечения фиброзного кольца тубус ригидного бронхоскопа продвигали в нижнюю часть трахеи, расширяя стенозированный просвет до нормальных размеров.

Бронхоскопическую лазерную деструкцию при полной рубцовой облитерации трахеи выше трахеостомы выполняли под наркозом с ИВЛ через трахеостому.

Вмешательство завершали эндопротезированием трахеи силиконовой Т-образной трубкой Иванова-Монтгомери, вводимой через трахеостому.

Целью введения эндопротезов в трахею при лечении рубцовых стенозов являлось поддержание проходимости дыхательных путей и стабилизация трахеальных стенок после устранения стеноза с помощью бужирования и лазерных вмешательств.

После лазерной реканализации облитерации трахеи выше трахеостомы и постановки Т-образного стента, последний удалялся через 6-8 месяцев. Рецидива в зоне облитерации не выявлено. После ликвидации воспалительных явлений в трахеобронхиальном дереве, все больные в дальнейшем оперированы.

Обсуждение. В работе проведён анализ непосредственных результатов исследований, обоснование показаний к эндоскопическому и хирургическому методам лечения рубцовых стенозов верхней трети трахеи и дистального отдела гортани является актуальной проблемой. Также необходимо определение видов и сроков эндопротезирования, уточнение технических особенностей выполнения циркулярной резекции трахеи и ларинготрахеальной резекции. Все это может привести к значительному улучшению результатов лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи.

Настоящее исследование основано на анализе результатов комплексного лечения больных с рубцовыми стенозами верхней трети трахеи и дистального отдела гортани, включаю-

щих в себя эндоскопические методы и различные варианты операций, выполненных в хирургическом торакальном отделении клиники госпитальной хирургии №1 СПбГМУ.

Анализ результатов эндоскопического лечения позволил разработать показания к эндоскопическим методам лечения РСТ.

Показаниями к эндоскопическим методам лечения при РСТ являлись:

- 1) наличие РСТ с чётко сформированным фиброзным кольцом;
- 2) рубцовая облитерация трахеи;
- 3) высокий риск выполнения циркулярной резекции трахеи из-за тяжести состояния больного вследствие сопутствующих заболеваний;
- 4) наличие выраженного воспалительного процесса в трахеобронхиальном дереве;
- 5) ранний грануляционный стеноз трахеи (от 7 до 14 дней) без чётких границ рубца.

Таким образом, рецидив РСТ после эндоскопических методов лечения зависит от протяжённости стеноза и формы рубцового стеноза (А-образная) и не зависит от его диаметра.

Выводы:

1. Эндопротезирование трахеи линейным стентами при рубцовом стенозе после бужирования является временной мерой, направленной на стабилизацию общего состояния больного, закрытие трахеостомы и ликвидацию воспалительных явлений в трахеобронхиальном дереве.

2. При ларинготрахеальном эндопротезировании Т-образным стентами при рубцовом стенозе трахеи является обеспечение жизнебезопасности больного на период предоперационной подготовки.

3. Оптимальный срок нахождения временного стента трахеи составляет 6-8 месяцев, т.к. за этот период времени купировались воспалительные изменения в области трахеостомы.

4. Метод лазерной реканализации при облитерации шейного отдела трахеи выше трахеостомы показан больным при наличии обширных грануляций, так как он обеспечивает бескровную реканализацию. В последующем – выполнялась циркулярная резекция трахеи.

5. Радикальным методом лечения рубцового стеноза трахеи III-IVст. вне зависимости от его протяжённости является циркулярная резекция трахеи.

6. При А-образной форме рубцового стеноза трахеи необходимо применять «лоскутную» методику формирования анастомоза, а при циркулярной или неправильной форме – «конец в конец», или при ларинготрахеальной резекции – методику в виде «муфты» с погружением дистального конца в краниальный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников В.С., Масычев В.И. Лазеры на окиси углерода. – М.: // Радио и связь.- 1990. – С. 312
2. Быстренин А.В. К оценке результатов хирургического лечения по восстановлению прохода гортани и трахеи при их хронических стенозах // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 6. – С. 27-28
3. Гудовский Л.М., Миланов Н.О., Паршин В.А., Трофимов Е.И. Устранение обширных окончатых дефектов трахеи с использованием микрохирургической техники // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 31-37
4. Дыдыкин С.С., Николаев А.В., Белянцев А.И. Топографо-анатомические особенности аллотрансплантации трахеи с сохранением сосудистой ножки // Анналы хирургии. – 2000. – № 3. – С. 64-69
5. Зенгер В.Г. Некоторые аспекты лечения рубцовых стенозов трахеи // Рос. науч.-практическая конф. «Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи»: сб. тезисов – М., 11-12 июня 1999. – С. 18

6. Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Лескин Г.С. Искусственная и вспомогательная вентиляция лёгких. – М.: Медицина, 2004. – 480 с.
7. Кичинин В.В., Сунгуров В.А., Прокин Е.Г. Алгоритм действий при трудной интубации трахеи // 7-я сессия МНОАР: материалы. – М., 2006. – С. 65-66
8. Козлов К.К., Косенок В.К., Кузнецов И.А., Петренко П.В. Хирургическая тактика при рубцовом стенозе трахеи // Рос. науч.-практическая конф. «Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи»: тезисы. – М., 11-12 июня 1999. – С. 26-27
9. Козлов К.К., Коржук М.С., Косенок В.К. Лечение больных со стенозом трахеи // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002. – № 5. – С. 52
10. Мосин И.В., Герасин В.А., Горохов А.А., Сперанская А.А., Мосина Н.В., Шевчуков С.В. Возможности хирургического и бронхоскопического лечения идиопатических рубцовых стенозов трахеи // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2007. – Т. 166, № 3. – С. 62-65
11. Паршин В.Д., Гудовский Л.М., Русаков М.А., Выжигина М.А. Постренимационные рубцовые стенозы трахеи: причины, профилактика и первая неотложная помощь // Искусственная вентиляция легких. – 2001. – №3. – С. 33–37
12. Перельман М.И. Рубцовый стеноз трахеи – профилактика и лечение (вместо предисловия) // Рос. науч.-практической конф. «Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи»: сб. трудов. – М., 11-12 июня 1999. – С. 3-4
13. Перельман М.И. Хирургия трахеи. – М.: Медицина, 1972. – 207 с.
14. Петровский Б.В., Перельман М.И., Королёва Н.С. Трахеобронхиальная хирургия. – М.: Медицина, 1978. – 294 с.
15. Русаков М.А., Бирюков Ю.В., Галлингер Ю.И., Самохин А.Я. эндоскопическая электро- и лазерная хирургия заболеваний трахеи и бронхов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1990. – № 1. – С. 58-62
16. Русаков М.А. Эндоскопическая хирургия опухолей и рубцовых стенозов трахеи и бронхов: дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 200 с.
17. Унгиадзе Г.В. Эндоскопическая лазерная деструкция предраковых, опухолевых и рубцово-воспалительных заболеваний гортани, трахеи и бронхов: автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1993. – 21 с.
18. Харченко В.П., Гваришвили А.А., Петрова М.В., Альбеков Р.З. Профилактика рубцовых стенозов трахеи // Рос. науч.-практической конф. «Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи»: сб. трудов. М., 11-12 июня 1999. – С. 60-62
19. Чирешкин Д.Г., Дунаевская А.М., Тимен Г.Э. Лазерная эндоскопическая хирургия верхних дыхательных путей. – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
20. Шафировский Б.Б. Диагностика и бронхоскопическое хирургическое лечение рубцовых и опухолевых стенозов трахеи и крупных бронхов: дисс. д-ра мед. наук. – СПб., 1995. – 277 с.
21. Brichet A., Verkindre C., Dupont J. et al. Multidisciplinary approach to management of postintubation tracheal stenoses // Eur. Respir. J. – 1999. – Vol. 13, № 4. – P. 888-893
22. Ducic Y., Khalafi R.S. Use of endoscopically placed expandable nitinol tracheal stents in the treatment of tracheal stenosis // Laryngoscope. – 1999. – Vol. 109, № 7, Pt. 1. – P. 1130-1133
23. Grace R.F. Spontaneous respiration via an open trachea for resection of a high tracheal stenosis in a child // Anaesth. Intensive. Care. – 2002. – Vol. 30, № 4. – P. 502-504
24. Grillo H.C. Surgery of the trachea and bronchi. – London: BC Decker Inc Hamilton, 2004. – 888 p.
25. Macchiarini P., Verhoye J.P., Chapelier A. et al. Partial cricoideotomy with primary thyrotracheal anastomosis for postintubation subglottic stenosis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2001. – Vol. 121, № 1. – P. 68-76
26. Spinelli P., Meroni E., Cerrai F.G. Self-expanding tracheobronchial stents using flexible bronchoscopy. Preliminary clinical experience // Surg. Endosc. – 1994. – Vol. 8, № 5. – P. 411-413

Хулоса

Таботати ҷарроҳӣ ва муштараки тангшавии скарҳои хирной

**А.Б.Сангинов, И.В.Мосин,
С.В.Матвеев, Н.В.Мосина**

Тактикаи муолиҷавӣ ҳангоми тангшавии скарҳои хирной дида баромада шуд. Ба 51 нафар бемор буриши мудаввари (сиркулярӣ) хирной, аз ин шумора, дар 18 нафари онҳо дар қисмати ниҳоии ҳалқ иҷро карда шуд.

Муолиҷаи маҷмӯии тангшавии скарҳои хирной муштарак бо усулҳои эндоскопии таботат ва буриши мудаввари хирной дар 23 нафар бемор иҷро карда шуд. Дар заминаи натиҷаҳои бевосита ва ниҳой нишондодҳо барои гузаронидани усулҳои таботати эндоскопӣ ва ҷарроҳӣ асоснок карда шудаанд. Мӯҳлат ва намудҳои протезгузории сунъии хирной муайян карда шуда, хусусиятҳои техникаи иҷроиши буриши мудаввари хирной ва ҳалқу хирной аниқ карда шудаанд, ки ба беҳшавии натиҷаҳои таботати беморони гирифтори тангшавии скарҳои хирной мусоидат мекунад.

Summary

SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF SCAR STENOSES OF TRACHEA

A.B. Sanginov, I.V. Mosin, S.V. Matveev, N.V. Mosina

Treatment tactics under scar stenoses of trachea was observed. Circular resection of trachea in 51 patients and in 18 with distal part of larynx was made. Complex treatment by combination of endoscopic methods and circular resection of trachea in 23 patients was made. Endoscopic treatment with use of bougieurage by tubus of rigid bronchoscope and lazer resection of fibre ring or re-canalization of obliterated part of trachea upper tracheostome with following introduction of line or T-form silicon stent was made. On a base of immediate and distant results indications to endoscopic and surgical methods of treatment were worked out. Types and terms of making of trachea endoprosthesis were determined, technical features of circular resection of trachea and larynx tracheal resection which promote improving of treatment results under scar stenoses of trachea third were made more precise.

Key words: trachea, scar stenosis, bougieurage, tracheostomy, lazer destruction, stent, larynx tracheal resection

Адрес для корреспонденции:

А.Б. Сангинов - докторант кафедры госпитальной хирургии №1 СПб ГМУ им.акад. И.П.Павлова; Российская Федерация, г.Санкт-Петербург. Тел:+79633460012

E-mail: abdurasuls@mail.ru