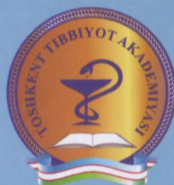


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ



МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ

(Методическая рекомендация)

ТАШКЕНТ 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«СОГЛАСОВАНО»

Начальник отдела науки и
инновационного развития

Хабиллов Н.Л.

« 27 » 07 2018 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

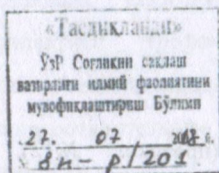
Начальник главного управления
науки и медицинского образования

Исмаилов У.С.

« 27 » 07 2018 г.

МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОГО
СТЕНОЗА ТРАХЕИ

(Методическая рекомендация)



Ташкент – 2018 год

Основное учреждение разработки:

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Ташкентской медицинской академии

Составители:

Беркинов У.Б. – д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии

Халиков С.П. – к.м.н., ассистент кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии

Рецензенты:

Исмаилов Д.А.

д.м.н., старший научный сотрудник
РНЦЭМП

Худайбергенов Ш.Н.

д.м.н., руководитель отделения
хирургии легких и средостения ГУ
«РСНПМЦХ В.Вахидова»

Методические рекомендации утверждены:

На ученом Совете ТМА 15.06.2018 (протокол №12), на координационном Совете 3.07.2018 (протокол №8).

Методические рекомендации предназначены для хирургов, анестезиологов-реаниматологов, врачей-эндоскопистов, научных сотрудников, резидентов магистратуры и врачей общей практики.

1. Введение.

Резекция и анастомоз в верхнем сегменте дыхательного пути при рубцовом стенозе трахеи представляются сложной проблемой в реконструктивной трахеальной хирургии. Частота осложнений при выполнении трахеогортанных соединений и тем более резекция нижней части гортани с одномоментным восстановлением целостности дыхательного пути сопряжены с более высокой частотой послеоперационных осложнений.

Максимальные трудности связаны с мобилизацией и манипуляциями в трахеогортанном сегменте. Трахеогортанные резекции опасны из-за возможного послеоперационного паралича гортани. Это осложнение возникает при травматичном выделении латеральных стенок трахеи в трахеопищеводных бороздах, либо при выделении задней стенки гортани из окружающих тканей, где проходят нижние гортанные (возвратные) нервы. Поэтому при резекции перстневидного и щитовидного хрящей следует сохранять их задние отделы.

Другим неблагоприятным фактором при формировании трахеогортанных анастомозов является наличие в этом сегменте дыхательного пути большого количества хрящевой ткани, которая недостаточно хорошо кровоснабжается, слабо устойчива к инфекции и имеет более длительный период заживления. В связи с этим выделение гортани из окружающих тканей должно быть прецизионным и наиболее щадящим для профилактики трофических нарушений. Правильное применение атравматического шовного материала, современные антибактериальные и противовоспалительные препараты уменьшают риск перечисленных, осложнений.

При разнице диаметра подскладочного отдела гортани и шейного отдела трахеи необходимо адекватное сопоставления краев дыхательной магистрали, несоответствие которых чревато развитием грануляций по линии анастомоза и рестенозом в послеоперационном периоде.

2. Цель испытания.

Внедрить в хирургическую практику способ наложения трахеогортанного анастомоза при высоких рубцовых стриктурах трахеи с методикой наложения швов трахео-гортанного анастомоза после циркулярной резекции рубцового стеноза трахеи.

3. Обоснование для проведения испытания – внедрения нововведения.

В настоящее время при несоответствии диаметров резецированных концов дыхательной трубки применяют различные варианты наложения анастомоза. Используют принцип «телескопа», когда хрящевая часть меньшей по диаметру части трахеи проводится в просвет большей по диаметру гортани на 1-2 мм, а мембранозная часть сшивается край в край. Иногда для адаптации разных по диаметру резецированных участков трахеи и гортани используют так называемый «ротационный анастомоз». Мембранозная часть трахеи и гортани смещаются относительно друг друга на 30-60 градусов. Это дает возможность растянуть анастомозируемые части, предотвратить сужение просвета анастомоза и уменьшить его натяжение.

Также, описан способ сопоставления воздухоносных путей разного диаметра при трахеогортанной резекции. После резекции дыхательной трубки на излишний участок ткани наискосок накладывают прямой зажим. Крутящим движением руки надламывают захваченные хрящи. Зажим снимают. Прошивают клиновидный участок хрящевой и мембранозной тканей, накладывая боковой аппаратный шов по следу зажима. После этого накладывают анастомоз между культями.

Или же, после резекции трахеи на края фиброзно-хрящевой части накладывают одиночные провизорные швы, а затем, потягивая за них, накладывают непрерывный провизорный обвивной шов на всю мембранозную стенку анастомозируемых концов трахеи. Завязывают первый провизорный шов и аналогичными швами формируют всю фиброзно-

хрящевую часть анастомоза. Затем, потягивая за концы непрерывного обвивного шва, сопоставляют и герметизируют мембранозную стенку анастомоза, завязывая концы лигатур с лигатурами первых направляющих швов. Линию анастомоза укрепляют путем подшивания лоскута медиастинальной плевры.

Недостатком способа является невозможность использования только непрерывного шва при формировании переднего и заднего полупериметров анастомоза при наложении трахеогортанного анастомоза вследствие несоответствия диаметров анастомозируемых фрагментов, а также то, что использование лоскута медиастинальной плевры для укрепления трахеальных швов, как показывает практика, не в состоянии надежно предупредить распространение гнойно-воспалительного процесса при несостоятельности швов.

4. Вид и дизайн испытания – внедрения нововведения.

В исследовании участвовали 20 больных с рубцовыми стенозами трахео-гортанного сегмента которым была произведена резекция патологического процесса с наложением трахео-гортанного анастомоза при высоких рубцовых стриктурах трахеи с методикой наложения швов трахео-гортанного анастомоза после циркулярной резекции рубцового стеноза трахеи.

Всем пациентам проводили традиционные и специальные методы исследования.

5. Отбор исследуемых пациентов.

Исследование проводилось среди пациентов с рубцовыми стенозами трахеи, в возрасте от 18 до 65 лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту и диагнозу.

5.1. Критерии включения в исследование: больные с рубцовыми стенозами трахеи и гортани, находящиеся на стационарном лечении давние

письменное информированное согласие на участие в данном научном исследовании.

5.2. Критерии не включения в исследование:

Наличие протяженного стеноза трахеи;

Наличие сопутствующих заболеваний организма, которые могут повлиять на результаты исследований;

Повреждение гортани с вовлечением в рубцовый процесс истинных голосовых связок;

Двух сторонний приводящий паралич гортани;

Тяжелая сопутствующая патология, нуждающаяся в коррекции.

6. Схемы использования объекта (схемы назначения исследуемых препаратов, воздействия лечебных или диагностических факторов, планы манипуляций или профилактических мероприятий).

Из множества факторов, определяющих тактику диагностики и лечения больных рубцовых стенозов трахеи, мы выбрали наиболее значимые. Разработанные нами анкеты включали следующие данные: Ф.И.О. больного, возраст, длительность основного заболевания, наличие сопутствующих заболеваний (патология дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы), результаты рентгенологического исследования дыхательной трубки, которые отражали степень, протяженность, локализацию рубцового процесса, кратность и объем предыдущих операций до начала лечения.

7. Обследование пациентов.

Обследование больных проводилось согласно предложенному алгоритму диагностики.

8. Учет процедуры проверки соблюдения исследуемыми пациентами предписаний врача-исследователя.

Для ликвидации несоответствия диаметра сшиваемых концов трахеогортанного анастомоза, мы предлагаем изменить (увеличить) конфигурацию окружности краев анастомоза, после иссечения патологического рубца, путем пересечения одного хрящевого полукольца передней стенки трахеи. Вследствие ушивания и сопоставления краев анастомоза, пересеченный хрящ трахеи раздвигается в разные стороны, тем самым увеличивая внутреннюю окружность дистального конца анастомоза и ликвидируя несоответствие диаметра сшиваемых краев гортани и трахеи.

В клинике Ташкентской Медицинской Академии разработана и применена у 20 пациентов новая методика наложения трахеогортанного анастомоза при высоких рубцовых стриктурах трахеи. При создании искусственного соустья для сопоставлением диаметров трахеи и гортани, производили продольный разрез на передней стенке в каудальном отрезке анастомоза по средней линии хрящевой полуокружности трахеи длиной до 1-1,5 см. Мембранозную стенку краев анастомоза ушивали непрерывным швом, хрящевую – узловыми. При этом переднюю стенку дистального конца анастомоза ушивали с захватом предыдущего полукольца трахеи. В виде шовного материала использовали викриловую нить 2-0 и 3-0 на атравматичной игле (Рис 1).

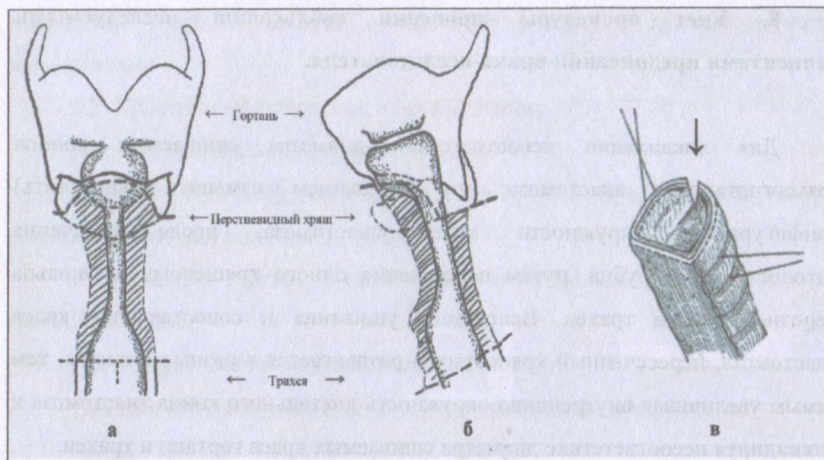


Рис. 1. Схемы пересечения суженного участка трахеи с сохранением печатки перстневидного хряща (задней стенки) (а – вид спереди, б – вид сбоку). В нижнем отрезке анастомоза, на передней стенке трахеи производится продольный разрез с пересечением одного хрящевого полукольца (показано стрелкой) (в).

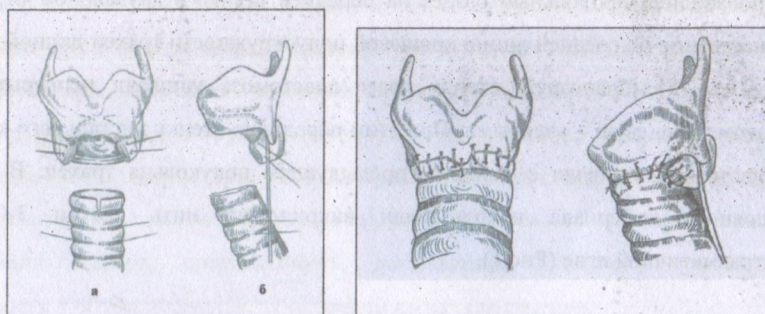


Рис. 2. Циркулярная трахеогортанная резекция. Картина после удаления суженного участка трахеи и подготовки концов гортани и трахеи для наложения анастомоза, а – вид спереди, б – вид сбоку.

На данное изобретение получен патент № IAP 05200, выданное агентством по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (28.03.2016).

Критерии оценки эффективности исследуемого объекта.

9.1. Перечень показателей эффективности:

Хороший результат – отсутствие одышки в покое и при физической нагрузке (компенсированный стеноз). Диаметр просвета трахеи составляет 7 мм и более, что соответствует стенозу I степени по классификации РСТ.

Удовлетворительный результат – одышка отсутствует или возникает эпизодически при умеренной физической нагрузке (субкомпенсированный стеноз). Диаметр просвета трахеи составляет от 5 до 7 мм – стеноз II ст.

Неудовлетворительный результат – после лечения у пациента появлялись жалобы на одышку с затруднением дыхания в покое или при незначительной физической нагрузке. Стеноз при этом соответствовал III степени (декомпенсированный стеноз).

9.2. Методы и сроки оценки, регистрации и статистической обработки показателей эффективности:

Регистрация показателей эффективности проводится непосредственно после осмотра исследуемого и получения данных инструментальных исследований. Информация, выраженная в виде количественных показателей подвергается статистической обработке, в т.ч. и с использованием специальных программных продуктов.

Предполагается применение методов вариационной статистики с выведением основных параметров по Стьюденту. При необходимости может быть применен многофакторный анализ.

10. Статистика.

Полученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере по программам, разработанным в пакете Майкрософт 2007, с использованием пакета программ, с вычислением среднеарифметической, среднего квадратичного отклонения, стандартной ошибки, относительных величин, с вычислением вероятности ошибки.

Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости $P < 0,05$. При этом придерживались существующих указаний по статистической обработке результатов клинических и лабораторных исследований.

11. Оценка экономической эффективности.

Расчет экономического эффекта в денежном эквиваленте удалось произвести нам в отделении хирургии. Стоимость одних суток пребывания больных в стационаре составляет:

Пребывание в стационаре – 1 койко-день – 100.000 сум.

Питание – 5.000 сум.

Анализы и функциональные обследования, наркоз, операция – 700.000 (в среднем).

Сокращение пребывания больных в стационаре (с рубцовыми стенозами трахео-гортанного сегмента) на 3 дня – 2.475.000 сум.

В течении года в отделении с диагнозом рубцовый стеноз трахеи лечится в среднем 10 больных, которые выписываются раньше на 3 дня, то экономический эффект от предложенного метода лечения составит 24.750.000 сум.

12. Прекращение испытания – внедрения нововведения.

Испытание прекращено вследствие получения ожидаемых результатов и после повторного обследования через 6 месяцев.

13. Оценка полученных результатов.

Высокая чувствительность и специфичность достигается при использовании метода лечения: способа наложения трахео-гортанного анастомоза при высоких рубцовых стриктурах трахеи. Также, следует отметить, что при использовании данного метода достигается предупреждение грозных осложнений, угрожающих жизни пациента

высокой инвалидностью, что оправдывает его более высокую стоимость по сравнению с традиционными методами исследования.

Таким образом, совершенствование методов лечения рубцовых стенозов трахеи позволяет использовать своевременную и адекватную терапию. Наш опыт по применению данного метода лечения рубцовых стенозов трахеи, свидетельствует о необходимости внедрения апробированного метода для лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи в широкую хирургическую практику.

14. Обязанности ответственного исполнителя.

Ответственный исполнитель выполнял работу в соответствии с настоящей инструкцией и протоколом.

15. Ведение документации.

Вся документация была конфиденциальной, все данные исследуемых пациентов вносились в индивидуальные регистрационные формы. С целью проведения статистической обработки вся документация велась в электронном виде.

16. Публикации.

1. Выбор метода лечения рубцовых стенозов трахеи. Сборник тезисов республиканской научной конференции «Проблемы и перспективы эндоскопической хирургии». Ташкент. 5-6 ноября, 2012. Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

2. Хирургическое лечение высоких стриктур трахеи. Хирургия Узбекистана. Ташкент. 2013. №3. Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Файзуллаев Е.Р., Чилгашов А.Ш., Шарипов Р.А., Бекбаев А.А., Халиков С.П.

3. Хирургическое лечение постинтубационных рубцовых стенозов шейного отдела трахеи. Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы малоинвазивной хирургии». 29-30 сентября, 2014. Ташкент. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

4. Усовершенствование хирургического лечения постинтубационных рубцовых стенозов верхнего отдела трахеи. Материалы 19 Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения» - 2014. Хирургия Узбекистана. Ташкент. 2014. №3. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

5. Совершенствование хирургического лечения рубцовых стенозов трахеи и дистального отдела гортани. Хирургия Узбекистана. Ташкент. 2014. №4. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

6. Хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи. Вестник Ташкентской медицинской академии. 2014. №3. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

7. Тактика хирургического лечения больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи. Медицинский журнал Узбекистана. 2014. №5. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

8. Трахея чандикли торайишининг жаррохлиги. Монография. Ўзбекистон нашриёти. 2015 йил. 200 бет. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

9. Treatment of the cicatricial tracheal stenosis. European science review. № 11-12 November-December, 2015. Berkinov U.B., Khalikov S.P.

10. Лечение рубцовых стенозов трахеи. Вестник экстренной медицины, 2016, IX (1). Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

11. Optimization of the surgical treatment for high cicatrice tracheal stenosis. European science review. № 3-4 March-April, 2016. Berkinov U.B., Khalikov S.P.

12. Острая травма трахеи. Вестник экстренной медицины, 2016, IX (3), Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

13. Методика реконструктивной хирургии трахеогортанного сегмента при постинтубационном рубцовом стенозе. Вестник Ташкентской медицинской академии. 2016. №3. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

14. Способ наложения трахеогортанного анастомоза при высоких рубцовых стенозах трахеи. Медицинский журнал Узбекистана. 2016. №6. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

15. Способ наложения трахео-гортанного анастомоза при высоких рубцовых стриктурах трахеи. Патент на изобретение. Агентство по интеллектуальной собственности РУз, IAP 05200, 28.03.2016 г. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Халиков С.П.

16. Способ наложения швов трахео-гортанного анастомоза после циркулярной резекции рубцового стеноза трахеи. Патент на изобретение. Агентство по интеллектуальной собственности РУз, IAP 05550, 01.02.2018 г. Беркинов У.Б., Халиков С.П.



МУҲАРРИРИЯТ ВА НАШРИЁТ БОЎЛИМИ

Объем – 8,33 п.л. Тираж – 10. Формат 60x84. 1/4. Заказ №0269-2019. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru

