

Успехи и проблемы российской трахеальной хирургии обсуждали на днях в Отделе медицинских наук РАН.

В период с 1963 по 2000 г. в нашей стране были прооперированы по поводу рубцового стеноза трахеи всего 297 больных. Зато с 2001 г. темп начал стремительно увеличиваться, и за последующие 14 лет в общей сложности выполнена 831 операция. Хорошо это или плохо?

Смотря под каким углом оценивать. Если как сам факт освоения врачами новых хирургических технологий, – безусловно, хорошо. Но если сопоставить востребованность оперативных вмешательств на трахее – 8 человек в год в прошлом веке и 61 человек в год сегодня – становится очевидно, что ответ неоднозначен.

### Стеноз «рукотворный»

«Хирургия движется вперёд настолько, насколько ей позволяет это делать анестезиология», – известная фраза приобретает неоднозначный смысл, когда речь идёт об оперативном лечении стенотических заболеваний трахеи. В данном случае хирургия не столько стремится, сколько вынуждена идти вперёд именно потому, что анестезиология-реаниматология, с одной стороны, добилась значительных успехов в выживании тяжелейших больных, но с другой стороны, как раз длительное нахождение пациента на аппарате искусственной вентиляции лёгких с дыханием через интубационную или трахеостомическую трубку с вероятностью до 25% приводит к повреждению трахеальной стенки и образованию рубцового стеноза трахеи (РСТ), что требует сложнейшего хирургического вмешательства. Круг замкнулся.

Является ли данная ситуация неизбежной? Вовсе нет. За рубежом частота возникновения ятрогенных РСТ существенно ниже, чем в России. По словам выступавших специалистов, это обусловлено высокими требованиями к «культуре» реанимационного сопровождения пациента в европейских клиниках.

В нашей же стране задача профилактики ятрогенного повреждения дыхательного пути при проведении ИВЛ, увы, пока не может считаться решённой, и это вынуждало в последние десятилетия уделять большое внимание совершенствованию хирургии рубцового стеноза трахеи. Зато сегодня можно с уверенностью говорить, что в данном разделе отечественная медицина уверенно занимает лидирующие позиции и в Европе, и в мире.



Владимир Паршин

### Ситуация

# У замкнутого круга

## Можно ли считать развитие трахеальной хирургии бесспорным достижением медицины?

### Успехи, выросшие из проблемы

Инновационные технологии в реконструктивной и регенеративной хирургии трахеи представил научному сообществу доктор медицинских наук профессор Владимир Паршин, заведующий отделением торакальной хирургии Университетской клинической больницы № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. По его словам, за последние полтора десятилетия достигнуты очень высокие результаты в хирургическом лечении стенотических заболеваний трахеи.

Тенденция развития трахеальной хирургии – уменьшение доли трахеопластических вмешательств, связанных с трахеостомическими канюлями, и увеличение частоты резекционных операций с восстановлением целостности дыхательного пути при помощи межтрахеального анастомоза. В настоящее время их доля при РСТ достигла 40%, причём, уже есть практика удаления поражённого сегмента дыхательного пути из минидоступа. Огромным успехом российских хирургов можно назвать овладение техникой одномоментной резекции трахеи на двух уровнях.

– За последние 4 года мы выполнили двухуровневую ре-

зекцию с последующими трахеальными анастомозами 6 пациентам. Этот опыт является уникальным для мировой практики, подобные операции ранее не выполнялись. Возраст больных от 21 до 46 лет, у всех рубцовый стеноз трахеи имел ятрогенную этиологию и возник после длительной ИВЛ. Представьте пациента с протяжённостью сужения трахеи на одном уровне от 1 до 4 см и на другом от 1 до 2,5 см. Операцию с допустимым риском можно выполнить, если сумма длины обоих стенозированных резецируемых участков не более 1/2-2/3 длины трахеи, более протяжённые резекции связаны

с высоким риском осложнений. Решение о подобных операциях должно приниматься индивидуально в отношении каждого больного, основываясь на опыте оперирующей бригады», – продолжает В.Паршин.

Что касается повторных резекций трахеи после рецидива её сужения, такие вмешательства осмеливаются делать далеко не все специалисты. В большинстве лечебных учреждений пациентам предлагают паллиативные варианты оказания хирургической помощи, обрекая человека на длительное, а часто и пожизненное ношение трахеостомической канюли.

У специалистов клиники Первого МГМУ им. И.М.Сеченова есть успешные результаты повторных резекций трахеи при её рестенозе, что считается высшим пилотажем: подобные операции относятся к крайне редким хирургическим вмешательствам, сообщения о них в литературе носят единичный характер.

Мы выполнили повторную резекцию трахеи 6 пациентам. Всем им ранее в разных клиниках была выполнена циркулярная резекция трахеи, затем у всех возникло новое сужение. Жизнь этих людей была сплошным мучением: нарушения дыхания ограничивали их физическую активность, кому-то требовалось регулярное бужирование су-

точного сегмента трахеи. Протяжённость повторной резекции варьировала от 2 до 6 см, длина оставшейся трахеи после её повторной циркулярной резекции в среднем была 7,5 см. Мы считаем, что данная операция может быть выполнена, когда после неё у пациента остаётся около 1/4 длины анатомически нормальной трахеи, – акцентирует В.Паршин.

Ну и, конечно, настоящим прорывом в лечении пациентов с рубцовым стенозом трахеи могут стать применение методов регенеративной хирургии и трансплантация. По словам профессора, за последние де-

сятилетия было предложено много вариантов замещения трахеальной трубки собственными тканями пациента, но большинство этих операций носили экспериментальный характер. Надёжного способа замены трахеи с помощью ауто-тканей по-прежнему не существует. Появившиеся биологические протезы, искусственная трахея, выращенная из собственных клеток больного, представляются прогрессивным направлением. Однако эти работы всё ещё носят исследовательский характер и пока не могут быть рекомендованы для широкого применения в клинике», – констатирует специалист.

Опыт пересадки донорской трахеи в нашей стране пока тоже невелик. В частности, профессор Паршин с коллегами в Российском научном центре хирургии, в своё время, выполнили две первые трансплантации в 2006 и в 2010 гг. Оба пациента в настоящее время живы. Первый из них перенёс пересадку реваскуляризованного тиретрахеального комплекса, полученного от умершего донора. Второму трансплантировали трахею, подготовленную с использованием клеточных технологий, где в качестве носителя собственных клеток был применён децеллюляризованный донорский орган.

Как видно из небольшой стати-

стики, подобные вмешательства относятся к категории уникальных, что, впрочем, вполне объяснимо: замена органа – мера исключительная, она является единственным вариантом спасения жизни для пациентов с тотальным поражением трахеи. Сейчас, по данным В.Паршина, в российском листе ожидания на трансплантацию трахеи находятся 2 пациента. А сами хирурги совместно с учёными продолжают исследования в области трансплантации реваскуляризованной донорской трахеи и создания трансплантата из собственных клеток пациента.

### Пора соломку подстелить

Перечисление успехов отечественной трахеальной хирургии в стенах РАН не было единственной целью встречи фундаменталистов и клиницистов. К тому же, кроме успехов в лечении рубцового сужения трахеи есть и трудности, об этом тоже было открыто сказано.

– В нашей стране имеются организационный и образовательный дефекты оказания медицинской помощи, когда выбор варианта лечения основывается не на научно обоснованных критериях, а на том, к какому врачу попал пациент. Хирург часто выбирает вариант операции, которым он хорошо владеет, порой в ущерб для результата окончательного излечения. Подобный недостаток не позволяет лечить больных с протяжёнными и мультифокальными поражениями трахеи, – подчёркивает В.Паршин.

Но бросать все силы только на разработку и внедрение новых методов хирургического лечения РСТ – тупиковый путь. «Решение проблемы рубцовых стенозов трахеи лежит не в области хирургии, а в области профилактики», – такой вывод прозвучал в финале разговора. Профилактика ятрогенного повреждения стенки трахеи во время дыхательной реанимации может существенно улучшить ситуацию. Вот почему в России крайне необходимо разработать национальные стандарты ведения больных, длительно находящихся на ИВЛ.

Профессор Паршин также деликатно напомнил коллегам, что сам факт ятрогенного рубцового стеноза трахеи может быть использован больным, как повод для обращения в суд с иском к лечебному учреждению. И, надо сказать, таких исков уже немало. Если суммировать размер выплаченных пациентам компенсаций «за диагноз» и затраты на выполнение им дорогостоящих операций, то суммы получаются куда более значительными, чем расходы на внедрение технологий профилактики РСТ в отделениях реанимации российских клиник.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

### Новости

Специалисты Многопрофильного клинического медицинского центра «Медицинский город» при участии Департамента здравоохранения администрации Тюмени провели семинар по повышению онконастороженности для 45 медицинских работников первичного звена здравоохранения, работающих в поликлиниках областного центра.

Как рассказал заведующий отделением профилактики «Ме-

# Курс – на онконастороженность

дицинского города» Виктор Сюбаев, участники семинара получили исчерпывающую информацию о качественных показателях оказания онкологической помощи в Тюмени, скрининговых программах, применяемых в регионе, и ранней диагностике злокачественных новообразований молочной же-

лезы, женской репродуктивной системы, кожи.

Специалисты также рассмотрели аспекты правильной техники осмотра пациентов и диагностики заболеваний. В завершение семинара слушатели прошли тестирование с использованием вопросов из учебника А.Шайна, результаты

которого показали хороший уровень знаний по онконастороженности – правильные ответы на задания теста указывались в 80% случаев.

В.Сюбаев отметил, что данные мероприятия являются эффективным инструментом совершенствования знаний медицинских работников первичного

звена, и проводятся с целью увеличить количество выявленных злокачественных новообразований на ранних стадиях, и как следствие – снизить смертность от онкопатологии.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Тюмень.