**Слєпов Олексій Костянтинович. Хірургічне лікування внутрішньогрудних компресій дихальних шляхів у дітей: дис... д-ра мед. наук: 14.01.09 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Слєпов О.К. Хірургічне лікування внутрішньогрудних компресій дихальних шляхів у дітей. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.09 – дитяча хірургія. Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця МОЗ України, Київ, 2004.Дисертацію присвячено вирішенню актуальних питань хірургічного лікування внутрішньогрудних компресій дихальних шляхів (ВКДШ) у дітей. Проведено аналіз результатів обстеження і лікування 116 дітей у віці від 1 місяця до 14 років з аномаліями розвитку дуги аорти, її гілок і легеневої артерії; кістами та пухлинами межистіння. Вивчено частоту, клініко-анатомічні особливості та ускладнення ВКДШ судинного та пухлинного генезу. Запропоновано класифікацію ВКДШ у дітей. Розроблено та удосконалено тактику та методи хірургічного лікування ВКДШ різної етіології з урахуванням їх ускладнень. Упровадження цих методів дало можливість покращити результати лікування ВКДШ у дітей. |

 |
|

|  |
| --- |
| В роботі вирішена актуальна проблема дитячої хірургії – покращення результатів лікування внутрішньогрудних компресій дихальних шляхів на основі розробки та удосконалення методів хірургічної корекції цієї патології з урахуванням її етіології, вивчення клініко-анатомічних особливостей та ускладнень, включаючи морфологічні зміни стінки трахеї в зоні ураження.1. Внутрішньогрудна компресія дихальних шляхів – тяжкий за перебігом та маловивчений поліетіологічний синдром, який спостерігається за нашими даними у дітей в 100% випадків при аномаліях судинного кільця та у 57,3% – при новоутвореннях межистіння.
2. Клінічні та анатомічні особливості ВКДШ (вираженість респіраторних порушень, локалізація, протяжність та ступінь звуження дихальних шляхів) залежать від характеру АСК та НМ, величини їх компресії та наявності трахеобронхолегеневих ускладнень. ВКДШ, як судинного, так і пухлинного генезу, ускладнюються запальними бронхолегеневими захворюваннями, обструктивною емфіземою легень, ателектазом легень та вторинною трахеомаляцією, яка характеризується морфологічними змінами стінки трахеї в зоні компресії у вигляді дегенерації хрящових напівкілець з порушенням її каркасності.
3. Запропонована класифікація ВКДШ з урахуванням її етіології, локалізації, протяжності та величини компресійного звуження, а також ускладнень дозволяє виробити оптимальну лікувальну та хірургічну тактику при цій патології.
4. Наявність ВКДШ, що викликана АСК або НМ, є абсолютним показанням до хірургічного лікування. При ВКДШ IV стадії з необхідністю інтубації трахеї показана невідкладна операція, при I – III стадіях – термінове хірургічне втручання після проведення передопераційної підготовки. Вона повинна бути спрямованою на зменшення гостроти запальних трахеобронхолегеневих процесів, покращення прохідності дихальних шляхів та підтримку нормальної серцевої діяльності.
5. Для хірургічної корекції ВКДШ судинного генезу при усіх анатомічних варіантах АСК оптимальним хірургічним доступом є виключно ліва торакотомія (бокова або задньо-бокова) в III або IV міжребер’ях. При ВКДШ пухлинного походження хірургічний доступ обирається в залежності від локалізації та величини новоутворення межистіння. Найбільш часто застосовується бокова торакотомія в III – VI міжребер’ях на тому боці, на котрий розширюється межистіння. При виході новоутворення в суміжну анатомічну ділянку застосовується комбінований одночасний або послідовний торако-цервікальний, торако-абдомінальний або торако-ламінарний доступи.
6. Декомпресія дихальних шляхів при подвійній дузі аорти досягається методом пересічення однієї з двох аортальних дуг. Розроблений диференційований підхід до методу хірургічної корекції ВКДШ при цій судинній аномалії з урахуванням її анатомічних особливостей та віку хворих дозволяє безпечно пересікати як ліву, так і праву аортальні дуги у дітей різного віку з однобічного хірургічного доступу – лівої торакотомії.
7. При ВКДШ, обумовленій правобічною дугою аорти, для ефективної їх декомпресії слід пересікати лівобічну артеріальну зв’язку або протоку і виконувати задню аортопексію при збереженні компресії трахеї аортальним дивертикулом та аберантною лівою підключичною артерією. Ліквідація компресії дихальних шляхів при лівобічній дузі аорти з аберантною правою підключичною артерією досягається методом пересічення останньої з виведенням її дистальної кукси за межі заднього межистіння. Декомпресію дихальних шляхів при петлі легеневої артерії необхідно виконувати методом пересічення артеріальної зв’язки та петлі легеневої артерії з виведенням її попереду від трахеї та анастомозуванням у легеневий стовбур.
8. При ВКДШ пухлинного генезу декомпресія дихальних шляхів здійснюється методом видалення новоутворення межистіння. Застосований при цьому комплекс технічних прийомів дає можливість зменшити кількість інтраопераційних ускладнень. При наявності НМ із суміжною локалізацією доцільно виконувати одночасне їх видалення із двох суміжних анатомічних ділянок.
9. При наявності вторинної трахеомаляції при ВКДШ, як судинного, так і пухлинного генезу, одночасно з декомпресією дихальних шляхів слід виконувати аортопексію. При наявності дивертикула Коммереля довжиною 1,5 см необхідно виконувати його часткову резекцію, а менше 1,5 см – аортопексію одночасно з реконструкцією судинного кільця. При ВКДШ, ускладненій бронхоектазами, слід робити етапні операції: резекцію ураженої бронхоектазами частки легені з наступною декомпресією дихальних шляхів. При поєднанні ВКДШ з аноректальними аномаліями у дівчаток необхідно усунути хірургічним шляхом компресію дихальних шляхів з наступною етапною корекцією аноректальної вади.
10. Розроблений спосіб хірургічного лікування трахеомаляції шляхом передньої аортопексії армованим ниткою клаптем із перикарду є безпечним і надійним методом фіксації дуги аорти до передньої грудної стінки, який виключає можливість рецидиву вторинної трахеомаляції.
11. Хірургічне втручання на органах межистіння на фоні запального процесу в дихальних шляхах та вторинної трахеомаляції потребує проведення після операції інтенсивної терапії, яка повинна включати: респіраторну підтримку, адекватне знеболення, інтенсивне протизапальне лікування, підтримку серцево-судинної діяльності, інфузійну терапію та раціональне харчування. При виникненні післяопераційних ускладнень необхідне раннє їх виявлення та проведення невідкладних лікувальних заходів щодо їх усунення.
12. Післяопераційна летальність при корекції компресії дихальних шляхів судинного генезу склала 7,3%, а шпитальна – при хірургічному лікуванні ВКДШ пухлинної етіології – 4,6%. Застосування розроблених та удосконалених хірургічної тактики, методів оперативного лікування дозволило досягти у віддалені терміни після операції добрих результатів у 80,6% дітей з ВКДШ судинного генезу та у 83,3% – пухлинного походження, задовільних, відповідно, у 19,4% та 13,3% та незадовільних – у 3,3% при ВКДШ пухлинної етіології.
 |

 |