

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТКАНЕВЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

© Захарова Мария Леонидовна, Павлов Павел Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: dr.essina@mail.ru

Ключевые слова: врожденные пороки развития гортани, назофаринголарингоскопия, ларинготрахеопластика

Введение. Вашему вниманию представляется ретроспективный обзор клинических случаев хирургического лечения тканевых пороков развития гортани у новорожденных и детей грудного возраста, наблюдавшихся в клинике оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Описан алгоритм диагностики, выбор оптимальной лечебной тактики, обоснована необходимость ранней диагностики порока гортани у детей с врожденным стридором.

Цель исследования — продемонстрировать значение ранней диагностики причин врожденного стридора у новорожденных для оптимизации дальнейшей тактики ведения пациентов с тканевыми пороками развития гортани..

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней 486 детей с тканевыми пороками развития гортани: ларингомалация, мембраны голосового и подголосового отделов гортани, кисты гортани, проходивших обследование и лечение в клинике оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Для оптимизации диагностической тактики нами разработан схема раннего активного выявления симптомов нарушения функций гортани, таких как стридор, дисфония, симптомы обструкции верхних дыхательных путей и аспирация, в условиях родовспомогательных учреждений и дальнейшее обследование новорожденных в условиях амбулаторного звена либо отделений патологии новорожденных. На этом этапе всем детям с подозрением на врожденный порок развития гортани проводится гибкая эндовидеоназофаринголарингоскопия, которая не требует общего анестезиологического пособия. Гибкая эндовидеоларингоскопия позволила верифицировать диагноз в 91,4% случаев и только в 8,6% возникла необходимость в проведении диагностической пря-

мой микровидеоларингоскопии или тройной эндоскопии (микровидеоларингоскопия, трахеобронхоскопия, эзофагоскопия) под общим наркозом. Дополнительные методы лучевой диагностики: рентгенография гортани и трахеи в прямой и боковой проекциях, рентгенография грудной клетки, рентгеноскопия пищевода с контрастом, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография органов шеи и грудной клетки; консультацию специалистов: педиатр, невролог, кардиолог, генетик, другие специалисты при необходимости.

Результаты. Для восстановления функций гортани нами были использованы как известные ранее, так и специально разработанные в нашей клинике методы оперативного и консервативного лечения больных с различными вариантами врожденных пороков развития гортани.

При соединительнотканной дисплазии в виде мембраны подголосового отдела гортани разработанный нами метод эндоскопической ларинготрахеопластики с баллонной дилатацией позволил избежать наложения трахеостомы и купировать стеноз гортани у 100% пациентов. Разработанные нами гортанные микрощипцы для данного метода позволяют сократить время манипуляции в гортани на апное на 40%.

Применение методов одноэтапной ларинготрахеопластики наружным доступом при соединительнотканых стенозах подголосового отдела гортани 2 степени позволило предупредить наложение трахеостомы у 3 новорожденных и деканюлировать 100% детей 1 года жизни.

Супраглоттопластика позволила купировать клиническое проявление стридора у 85% прооперированных детей, симптомы обструкции верхних дыхательных путей были купированы у 99% детей, симптомы аспирации — у 79%.

Разработанный нами способ одноэтапной ларинготрахеопластики комбинированным способом с постановкой реберного аутоотрансплантата на переднюю стенку гортани от уровня передней комиссуры с последующей продленной интубацией позволил восстановить просвет гортани

при органном подголосовом стенозе в сочетании с межголосовой соединительнотканной дисплазией без наложения трахеостомы.

Выводы. Врачи родовспомогательных учреждений должны иметь настороженность в отношении новорожденных с симптомами нарушения функций гортани и при их наличии направлять пациентов для обследования у оториноларинголога и проведения гибкой назофаринголарингоскопии в течение 1 месяца жизни.

Решение вопроса о выборе тактики ведения больного с ВПР гортани осуществляется только после его комплексного обследования совместно с неврологами, кардиологами, пульмонологами и педиатрами и зависит от

типа порока, его клинической симптоматики, возраста ребенка и сопутствующей патологии.

При тканевых пороках развития гортани раннее восстановительное хирургическое лечение дает хорошие результаты и позволяет предупредить наложение трахеостомы и сократить сроки канюленосительства (если трахеостома была наложена ранее). Предложенный тактический подход, включающий раннее активное выявление и предложенные современные лечебно-диагностические мероприятия позволил статистически достоверно ($p < 0,0001$) сократить срок трахеального канюленосительства на 38%.