

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЦА

Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Чепурной М.Г., Лейга А.В., Носачев Е.А., Розин Б.Г., Винников В.В.

Кафедра детской хирургии и ортопедии (зав. — проф. Г.И. Чепурной) Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России, 344022, Ростов-на-Дону, Россия

Для корреспонденции: Чепурной Геннадий Иванович; e-mail: chepur@rambler.ru
For correspondence: Chepurnoy G.I.; e-mail: chepur@rambler.ru

Описан редкий случай трахеопищеводного свища у новорожденного. Это нашло подтверждение при трахеоскопии и эзофагоскопии. Операция осуществлена шейным доступом. Брюшко-лопаточно-подъязычные мышцы отделены от подъязычной кости и использованы для интерпозиции. Ребенок выздоровел.

Ключевые слова: трахеопищеводный свищ; лечение; дети.

Chepurnoy G.I., Katsupееv V.B., Chepurnoy M.G., Leiga A.V., Nosachev E.A., Rozin B.G., Vinnikov V.V.

PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF A TRACHEOESOPHAGEAL FISTULAS

Department of pediatric surgery and orthopedics (head — prof. G.I. Chepurnoi) Rostov state medical university, 344022, Rostov-on-Don, Russia

A rare case of inborn tracheoesophageal fistula in a newborn baby is reported. This malformation was diagnosed by fibrotracheoscopy and fibroesophagoscopy. Surgery was performed using the transcervical approach. The belly of m. omohyoideus dissected from the hyoid bone was used as the biological interposition capping. The child recovered.

Key words: tracheoesophageal fistula; treatment; children.

Трахеопищеводный свищ в изолированном виде встречается чрезвычайно редко: известны публикации отдельных хирургов лишь о единичных наблюдениях [1, 2]. Приводим собственное клиническое наблюдение, встретившееся за 30 лет работы в детской хирургической клинике.

Больной М. поступил из г. Волгодонска Ростовской области в детское реанимационное отделение больницы № 20 Ростова-на-Дону 26.10.2012 г. на 8-е сутки после рождения. Врачи родильного отделения отмечали, что при каждом кормлении ребенок захлебывался молоком, начинал кашлять, появлялся акроцианоз. С подозрением на трахеопищеводный свищ (ТПС) ребенок был направлен в Ростов-на-Дону.

При осмотре больного обращают на себя внимание постоянные обильные пенистые выделения изо рта и носа, постоянный акроцианоз. Частота дыхательных движений в 1 мин 62. Аускультативно: в легких с обеих сторон жесткое дыхание с разнокалиберными хрипами.

При фибротрахеоскопии обнаружено, что на расстоянии 1 см под голосовыми связками на мембранозной части трахеи имеется свищевое отверстие диаметром около 4 мм, через которое в просвет трахеи поступает слизь. Фибробронхоскоп проведен через свищ из трахеи в пищевод, что позволило осмотреть его гиперемизированную в этом месте слизистую. При проведении вслед за этим эзофагоскопии выявили сразу под первым физиологическим сужением свищевое отверстие, через которое в просвет пищевода поступают пузырьки воздуха. На всем протяжении вплоть до желудка пищевод проходим. В трахею была введена интубационная трубка № 3,5 по Меджиллу, а в пищевод — назогастральный зонд диаметром 5 мм.

С диагнозом ТПС ребенок был оперирован 31.10.2012 г. Разрезом вдоль переднего края *m. sternocleidomastoideus sin.* рассечены мягкие ткани шеи от угла нижней челюсти до вырезки грудины. Выделены шейный отрезок пищевода и трахея. Под пищевод была подведена эластичная тонкая трубка, с помощью которой он постоянно подтягивался кверху и латерально. На уровне вырезки грудины обнаружен свищевой ход шириной 7 мм (рис. 1). Стенки трахеи и пищевода про-

шиты над свищевым ходом, нити этих швов в дальнейшем использовались в качестве держалок при рассечении стенок свища, которое производили поэтапно по мере наложения узловых швов нерассасывающейся нитью (рис. 2). Всего наложено по 3 шва на каждую из стенок. С целью предотвращения реканализации свища между задней стенкой трахеи и передней стенкой пищевода было проложено верхнее брюшко левой лопаточно-подъязычной мышцы (*m. omohyoideus*) после его отсечения от подъязычной кости. Брюшко мышцы после мобилизации было повернуто книзу и фиксировано к стенке пищевода четырьмя швами. Восстановлена анатомия шеи редкими швами. Область хирургического вмешательства дренирована резиновой полоской.

На 2-е сутки после операции появились пенистые выделения из операционной раны, с 4-х суток жидкий гной. Проведение эффективного дренирования с постоянным санированием операционной раны антисептиками позволило быстро справиться с несостоятельностью швов ушитых стенок трахеи и пищевода. Вначале была произведена экстубация трахеи, затем был удален назогастральный зонд. Ребенок стал принимать молоко через рот, поперхивания не отмечалось. Выписан в удовлетворительном состоянии на 20-е сутки после операции.

Особенность данного наблюдения состоит в следующем: 1) использован трансцервикальный доступ к ТПС, получивший всеобщее признание среди детских хирургов сравнительно недавно [3]; 2) с целью профилактики реканализации свища использована биологическая прокладка в виде верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы между ушитыми стенками трахеи и пищевода.

Определив, согласно данным трахео- и эзофагоскопии, точную локализацию свища, мы выполнили трансцервикальный доступ к нему и не ошиблись. На уровне вырезки грудины был обнаружен ТПС, который выделен, рассечен с ушиванием стенок трахеи и пищевода узловыми швами в один ряд. Использован метод интерпозиции биологической ткани с целью предупреждения реканализации свища. Возникшие при этом гнойные осложнения относительно легко

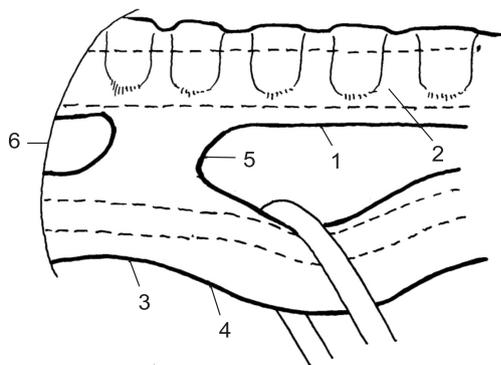


Рис. 1. Схема взаимного расположения трахеи и пищевода, соединенных свищом, в области шеи.

1 — трахея; 2 — интубационная трубка; 3 — пищевод; 4 — назогастральный зонд; 5 — трахеопищеводный свищ; 6 — вырезка грудины.

были купированы современными противовоспалительными средствами.

Выводы

1. Шейный доступ к изолированному ТПС следует признать наиболее рациональным.

2. В случае возникновения несостоятельности швов, наложенных на стенки пищевода и трахеи после разъединения свища, гнойный процесс ограничен пределами шеи, что значительно проще лечить, чем при трансторакальном доступе.

3. Для полноценного наложения швов на пищевод и трахею необходимо пользоваться техническими приемами, описанными авторами в тексте статьи.

4. Целесообразно использовать интерпозицию биологической ткани с хорошим кровоснабжением для предотвращения реканализации свища.

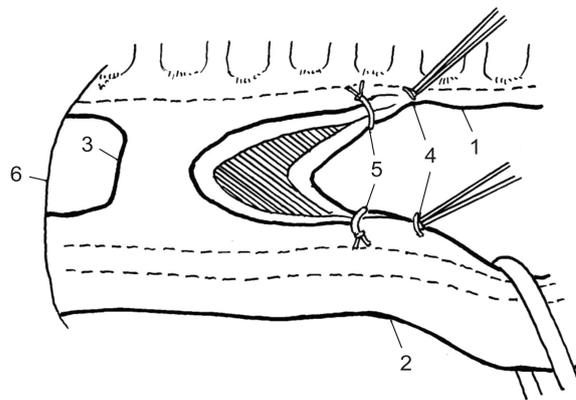


Рис. 2. Схема рассечения трахеопищеводного свища.

1 — трахея; 2 — пищевод; 3 — трахеопищеводный свищ; 4 — швы-держалки, наложенные на стенки пищевода и трахеи; 5 — первые швы, наложенные на рассеченную часть свища; 6 — вырезка грудины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. *Атлас операций у новорожденных*. Л.: Медицина; 1984.
2. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. *Детская хирургия (руководство для врачей)*. М.: Медицина; 1970; ч. I.
3. Исаков Ю.Ф., ред. *Хирургические болезни детского возраста*. М.: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа"; 2006; т. 1.

Поступила 06.12.13

REFERENCES

1. Bairov G.A., Doroshevskiy Yu.L., Nemilova T.K. *Atlas of operations in newborns*. L.: Medicine; 1984 (in Russian).
2. Doletskiy S.Ya., Isakov Yu.F. *Pediatric surgery (guidance for physicians)*. Moscow: Medicine; 1970; part I (in Russian).
3. Isakov Yu.F., red. *Surgery, diseases of childhood*. Moscow: Publish group GEOTAR-Media; 2006; vol. 1 (in Russian).

Received 06.12.13

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.2:616.711-007.55-08

50-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗОВ В САНАТОРНОЙ ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ № 76 Г. МОСКВА

Белозерова Р.Н., Федотова В.Л., Иванова Е.Р., Крестьяшин В.М.

Для корреспонденции: Крестьяшин Владимир Михайлович; e-mail:
For correspondence: Krest'yashin V.M.; e-mail:

Belozerova R.N., Fedotova V.L., Ivanova E.R., Krest'yashin V.M.

50-YEAR EXPERIENCE WITH THE TREATMENT OF SCOLIOSIS
IN HEALTH-PROMOTING RESIDENTIAL SCHOOL NO 76

50 лет назад в Москве по инициативе Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова была создана первая в нашей стране специализированная школа-интернат для детей, больных сколиозом, явившаяся новым типом лечебно-учебного заведения.

Создателем и бессменным руководителем на протяжении многих десятилетий стал профессор И.И. Кон (в декабре 2014 г. 100 лет со дня рождения).

В качестве основной задачи было предложено обеспечение длительного консервативного лечения детей, страдающих сколиозом, с одновременным обучением их по программе обычной средней школы.

Приоритетным направлением нашей работы являются ранняя диагностика сколиоза и прогнозирование прогрессирования заболевания. Система прогнозирования впервые была сформулирована в 1972 г. И.И. Коном.