

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ПОРОКА РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА: ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ В СОЧЕТАНИИ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

Гопиенко М.А.^{1,2}, Караваева С.А.^{1,3}, Корнилова А.Б.¹, Леваднев Ю.В.¹

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Врожденный стеноз пищевода (ВСП) представляет собой редкий вариант порока развития (1 : 25000–1 : 50000 живых новорожденных, 4,9% всех аномалий пищевода). Не менее редким является и врожденный изолированный трахеопищеводный свищ (ТПС) — около 4% всех аномалий пищевода. Описания сочетания обоих пороков у одного пациента в мировой литературе единичны. В нашей практике подобный случай — третий за последние 10 лет.

Описание наблюдения. Мальчик К. родился на 35-й неделе с массой 2540 г, по Апгар 7/8 баллов, пренатальное УЗИ патологии не выявило. При рождении пищевод проходим для зонда, но при кормлении из рожка отмечались эпизоды десатурации, поперхивания, аускультативно в легких — влажные хрипы, исчезающие вскоре после кормления. По фиброэзофаго- (ФЭС) и фибротрахеоскопии выявлены врожденный изолированный ТПС (на уровне 3-го хрящевого полукольца трахеи), а также ВСП в нижней трети (просвет — 3 мм в диаметре). Оперирован на 14-е сутки жизни: из супраюгулярного доступа ликвидирован ТПС, наложена гастростома. Интраоперационно под контролем ФЭС выполнена эзофагография (зона стеноза — в нижней трети пищевода, на протяжении 3 тел позвонков). Через 2 месяца выполнена серия ФЭС с бужированием зоны стеноза пищевода (№ 3). После первого бужирования начато кормление через рот — усваивал в полном объеме, гастростомой с тех пор не пользовался. В дальнейшем ФЭС выполнялась еще дважды: через 3 недели, затем через 1,5 месяца — пищевод был проходим, бужирование не показано.

Обсуждение. Эндоскопическое бужирование не является стандартом в лечении ВСП (предыдущие 2 пациента пролечены нами оперативно). Неэффективность метода чаще всего объясняется наличием в стенке пищевода аномальных хрящевых структур (так называемых трахеобронхиальных остатков), выявить которые возможно с помощью эндоскопического УЗИ. Хороший ответ на бужирование и результаты проведенного эндоУЗИ стенки пищевода у данного пациента позволяют надеяться на излечение без операции.

Выводы. Лечение подобного порока пищевода предполагает последовательную коррекцию обоих его компонентов. Если первый этап — ликвидация ТПС — всегда хирургический, то для последующей коррекции ВСП в ряде случаев достаточно бужирования.