

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ № 546 ОТ 22 МАЯ 2014 г.

Председатель – профессор А.Ф. Дронов. Секретарь – Н.О. Ерохина

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА. ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Разумовский А.Ю., Геодакян О.С., Алхасов М.Б., Рачков В.Е., Митупов З.Б., Куликова Н.В., Степаненко Н.С.

РНМУ им. Н.И.Пирогова; Детская Городская Клиническая Больница №13 им. Н.Ф. Филатова.

Стенозы и полная непроходимость крупных бронхов у детей – редкая патология. К настоящему времени описаны несколько различных методов коррекции данной патологии, включая органосберегающие пластические операции, резекции легких, методы баллонной дилатации крупных бронхов.

В настоящее время в связи с внедрением большого количества инновационных технологий, усовершенствованием медицинской техники стали возможны все более и более сложные оперативные

вмешательства эндоскопическим методом. Так, в настоящее время на базе ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в отделении детской торакальной хирургии около 85% оперативных вмешательств выполняются эндоскопическим методом, что сопровождается не только лучшим косметическим результатом и меньшей травматичностью данного метода, но и возможностью детальной визуализации анатомических структур видеотехникой высокой четкости с 20-кратным увеличением.

Демонстрация клинического случая

Пациент С., 3 года 4 мес, получил кататравму в результате падения со второго этажа, после чего находился в отделении реанимации по месту жительства с диагнозом «Сочетанная кататравма. Посттравматический гемопневмоторакс справа». Поступил в отделение торакальной хирургии ДГКБ № 13 после стабилизации состояния, спустя 3 мес после травмы, с явлениями субкомпенсированной дыхательной недостаточности, метаболическими нарушениями. Выполнена компьютерная томография грудной полости – отмечается тотальный ателектаз правого легкого (рис. 1).

При бронхоскопии выявлена полная непроходимость правого главного бронха на расстоянии около 1,5–2 см от бифуркации трахеи (рис. 2).



Рис. 1. Компьютерная томография. Тотальный ателектаз правого легкого



Рис. 2. Фибробронхоскопия. Правый главный бронх слепо заканчивается



Рис. 3. Вид больного после операции



Рис. 4. Дистальный и проксимальный отрезки правого главного бронха вскрыты



Рис. 6. Контрольная фибробронхоскопия. Просвет правого главного бронха не менее 5 мм



Рис. 5. Вид анастомоза

После проведенного обследования установлен диагноз «Непроходимость правого главного бронха. Дыхательная недостаточность I ст.». После предоперационной подготовки выполнено оперативное вмешательство – торакоскопическая пластика правого главного бронха. В положении ребенка на животе с приподнятым правым боком в плевральную полость установлены 4 троакара диаметрами 3–10 мм (рис. 3).

Техника оперативного вмешательства складывалась из принятых стандартов выполнения открытых бронхопластических операций. Выделены дистальный и проксимальный отделы правого главного бронха (рис. 4).

Просвет дистального участка вскрыт с выделением большого количества гнойно-геморрагического отделяемого. Просвет санирован. После вскрытия проксимального участка бронха наложен анастомоз «конец в конец» отдельными узловыми швами нитью ПДС2 4/0 (рис. 5).

В плевральной полости оставлен дренаж.

Продолжительность операции – 130 мин. При контрольной бронхоскопии на 10-е послеоперационные сутки проходимость правого главного бронха удовлетворительная (рис. 6).

Проводя обзор мировой литературы в области эндоскопических операций на бронхах, мы не встретили описаний выполнения подобных операций, в связи с чем считаем наш опыт первичным. Пластика бронхов торакоскопическим способом является технически сложным оперативным вмешательством, однако она эффективна и имеет ряд неоспоримых преимуществ перед открытыми операциями.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Карасева О.В., Журавлев Н.А., Капустин В.А., Брянцев А.В., Граников О.Д.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия

Инвагинация кишок (ИК) – вид непроходимости кишечника, возникающий вследствие внедрения

одного сегмента кишки в просвет другого. ИК является наиболее частой причиной приобретенной