

терокиста, перекидываясь через позвоночный столб, уходила под левую ключицу. В грудной полости киста отделена от аорты, нижней полой вены, диафрагмы, удалена полностью, перитонеальная полость дренирована. При ревизии создано впечатление, что большое опухолевидное образование «уходит» в брюшную полость. Лапаротомия в правом подреберье. Выявлен незавершенный поворот кишечника: общая брыжейка кишечника, гиперфиксация двенадцатиперстной кишки (ДПК). ДПК мобилизована. Опухолевидные образования в брюшной полости не обнаружены. Аппендэктомия. Брюшная полость ушита наглухо. Асептическая повязка.

После операции состояние значительно улучшилось. Ребенок сначала находился в отделении реанимации, проводилась массивная интенсивная терапия: инфузионная, в том числе парентеральное питание, переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы; антибактериальная (ванкомицин, селемицин, меронем, метрогил); симптоматическая терапия. Швы сняты 28.03.09 – раны зажили первичным натяжением. Анализ крови от 26.03.09: Hb 108 г/л, эр. $4,09 \cdot 10^{12}/л$, тр. $758 \cdot 10^3/л$, л. $22,6 \cdot 10^6/л$, п. 4%, с. 50%, э. 2%, мон. 5%, лимф. 39%). Анализ мочи от 26.03.09: без патологии. Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам от 19.03.09: стафилококк + гемолитический стрептококк; высокочувствительны к амикацину, ванкомицину, гентамицину, цефазолину, цефтриаксону. Анализ крови для оценки КОС от 27.03.09: Na^+ 130,3 ммоль/л, K^+ 3,01 ммоль/л, iCa 0,414 ммоль/л, Osm 260,9 мОсм/кг. Рентгенография грудной клетки от 23.03.09: правое оперированное

легкое расправлено. Латеральный правый диафрагмальный синус укорочен за счет плеврокостальных расширений. Свободный воздух в проекции органов средостения и кардиодиафрагмальном углу. В прикорневом отделе справа сгущение легочного рисунка. Гистологическое заключение № 258-61: энтерокиста с отеком стромы и очаговыми кровоизлияниями и серозно-фибринозным перипроцессом. Диагноз заключительный. Основной: врожденный порок развития – энтерокиста заднего средостения справа с пенетрирующей язвой в нижнюю долю правого легкого с легочным кровотечением. Осложнение основного заболевания: аспирационная пневмония. Постгеморрагическая анемия. Гипотрофия III степени (дефицит 38%). Сопутствующий: незавершенный поворот кишечника (гиперфиксация ДПК, общая брыжейка).

30.03.09 в удовлетворительном состоянии выписан домой. Масса тела при выписке 5800 г. Питание удерживает, стул нормальный. При комплексном стационарном обследовании через 2 года после операции отклонения в физическом и нервно-психическом развитии не выявлены.

Таким образом, у этого грудного ребенка мы столкнулись с таким осложнением энтерогенной кисты средостения, как изъязвление с пенетрацией в легкое и кровохарканием с угрожающей жизни кровопотерей. Многочисленные ошибки в диагностике, допущенные на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе специалистами педиатрического профиля, мы связываем с исключительной редкостью патологии и нетипичным течением заболевания у конкретного больного.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.329-007.253-031:611.233]-02:616.329-003.6

Н. Н. Ахпаров, В. Е. Литови, Э. А. Ойнарбаева, С. Б. Сулейманова

ПИЩЕВОДНО-БРОНХИАЛЬНЫЙ СВИЦ У ДЕТЕЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан, Алматы

Сауле Бахтияровна Сулейманова, врач НЦПДХ; saule_suleiman@mail.ru

Редкое клиническое наблюдение.

Больная Р., 7 лет, поступила на стационарное лечение в Научный центр педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) в апреле 2011 г. с жалобами на поперхивания во время еды, которые появились после эндоскопического удаления инородного тела из пищевода (5-копеечная монета советского образца). Когда ребенок проглотил монету, неизвестно, со слов мамы, более 1 года ребенок подкашливал. На момент поступления общее состояние расценивали как тяжелое, что обусловлено симптомами общей интоксикации, симптомами дыхательной недостаточности II степени, дисфагическими нарушениями и приступами кашля во время приема жидкой пищи. Кожные покровы бледно-розовые с периоральным акроцианозом. Одышка в покое, смешанного генеза, с акцентом инспираторного компонента. Дыхание через нос с участием вспомогательной мускулатуры (втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа). Объективно: грудная клетка асимметричная, правая половина несколько вздута, левая половина в объеме уменьшена, с западением в нижних отделах. Аускультативно дыхание резко ослаблено в нижних отделах, там же большое количество влажных и сухих хрипов. Справа проводится в полном объеме, хрипов нет. Сердечные тоны удовлетворительные, ритм со склонностью

к тахикардии. Живот мягкий, спокойный. Физиологические отправления адекватны.

Общий анализ крови: анемия I степени (Hb 108 г/л), лейкоцитоз ($22,3 \cdot 10^9/л$), ускоренная СОЭ (20 мм/ч).

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: определяется уменьшение в объеме нижней доли левого легкого, что представлено треугольной тенью в нижнемедиальной зоне слева с четким, вогнутым верхнелатеральным контуром, средней интенсивности, однородной структуры; бронхосудистый рисунок выражено сгущен, сетчатый усилен в нижнемедиальных зонах легких; корни легких малоструктурные; тень сердца умеренно расширена в поперечнике, смещена влево, синусы свободны. Заключение: ателектаз нижней доли левого легкого.

На эзофагограммах с пероральным введением контрастного раствора определяется свободное прохождение контраста по просвету пищевода, контуры последнего четкие, ровные. Просвет пищевода умеренно расширен в средней и верхней третях. Определяется заброс контрастного раствора в просвет левого главного бронха. Сегментарные бронхи нижней доли слева сближены между собой с деформацией по типу цилиндрических бронхоэктазов. Заключение: бронхопищеводный свищ; гипервентиляция нижней доли левого

легкого; цилиндрические бронхоэктазы нижней доли левого легкого (рис. 1, см. на вклейке).

Компьютерная томография органов грудной клетки – на серии томографических срезов с реконструкцией 3 мм выявили: между левой боковой стенкой пищевода и заднемедиальной стенкой левого главного бронха сообщение диаметром 3,5 мм; слева бронхи 2–4-го порядка деформированы, с утолщенными стенками, с наличием содержимого; нижняя доля левого легкого ателектазирована, уплотнена, с наличием расширенных и деформированных бронхов; в легких с двух сторон определяются множественные перибронхиальные очаги и облаковидные инфильтраты; средостение смещено влево; лимфатические узлы средостения увеличены до 17 мм; узлы корней легких размером до 10 мм. Заключение: КТ-признаки бронхопищеводного свища; пневмофиброз нижней доли левого легкого; множественные воспалительные очаги и инфильтраты легких; лимфаденопатия корней легких и средостения (рис. 2, 3, см. на вклейке).

Фиброэзофагоскопия: пищевод расширен, проходим по всей длине, на расстоянии 20–22 см от резцов определяется свищевое отверстие по переднебоковой стенке диаметром 7–8 мм, из которого динамически поступает серозный секрет; кардия смыкается не полностью; желудок не изменен. Заключение: пищеводно-бронхиальный свищ; недостаточность кардии.

Лечебно-диагностическая бронхоскопия: в просвете трахеи и главных бронхов большое количество серозного секрета; в левом главном бронхе на 1,5–2 см ниже бифуркации, по медиальной стенке визуализируется свищеподобное отверстие диаметром 4–5 мм, в просвете которого серозное содержимое; устья сегментарных бронхов нижней доли слева расширены, слизистая контактно кровоточит от соприкосновения с эндоскопом; в просвете правого бронхиального дерева серозно-слизистый секрет в умеренном количестве. Заключение: бронхопищеводный свищ слева; двусторонний – слева диффузный, справа ограниченный крупными бронхами – серозный эндобронхит. Согласно полученным результатам эзофаго- и бронхоскопии, продолжение энтерального кормления рег ос связано с высоким риском аспирации в нижнюю долю левого легкого. С целью устранения аспирационного синдрома во время кормления и улучшения условий противовоспалительной терапии, ателектатической пневмонии слева для кормления первым этапом ребенку наложена гастростомия по Кадеру в сочетании с антирефлюксной эзофагофундопликацией по Ниссену. Послеоперационный период протекал адекватно. После стабилизации общего состояния, улучшения показателей внешнего дыхания, физикальных данных со стороны левого легкого с предварительным диагнозом приобретенного бронхопищеводного свища ребенка взяли на операцию. Правосторонним торакотомным разрезом осуществили доступ к заднему средостению. При ревизии обращает внимание выраженный спаечный процесс. Пищевод резко расширен в диаметре – до 3,5 см. Параэзофагеально располагается группа гипертрофированных лимфоузлов (взято на гистологию). На уровне бифуркации трахеи отмечается зона сообщения с трахеобронхиальной системой (рис.

4, см. на вклейке): на вдохе выражено расширение просвета пищевода с забросом воздуха из бронхиального дерева. Ниже бифуркации (на 1–1,5 см) по ходу левого главного бронха произвели выделение и иммобилизацию бронхопищеводного соустья в диаметре до 7–8 мм на протяжении 4–5 мм. Свищ пересечен ближе к пищеводу. Дефект на передней стенке левого главного бронха ушили в поперечном направлении узловатыми швами. Пройодимость бронха удовлетворительная. Дефект на задней стенке пищевода протяженностью до 1 см также ушили в косоперечном направлении с дополнительным использованием пластины тахокомба на стенку бронха и пищевода. Отсутствие кистозной ячеистой деформации сегментарных бронхов нижней доли по данным КТ-исследования и данных эзофагограмм с бронхографией слева, а также удовлетворительная воздушность с хорошим газонаполнением нижней доли левого легкого после устранения бронхопищеводного свища во время операции позволили воздержаться от лобэктомии нижней доли слева.

Гистологическое исследование лимфатического узла из параэзофагеального пространства: хронический периаденит; склероз капсулы лимфоузла; признаки острого лимфаденита с массивной инфильтрацией эозинофилов.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Дренаж из плевральной полости удалили на 3-и сутки после операции, рана зажила первичным натяжением.

На контрольной фиброэзофагоскопии пищевод свободно проходим; на расстоянии 20 см от резцов на заднебоковой стенке имеется послеоперационный шов, герметичный, слизистая в этой зоне бледно-розовая; нижняя треть пищевода ярко гиперемирована; кардия смыкается.

На контрольных эзофагограммах с пероральным введением контрастного раствора пищевод свободно проходим, с умеренным и равномерным сужением просвета в нижней трети; складки слизистой пищевода прослеживаются на всем протяжении, не изменены; затеков контрастного раствора за пределы пищевода не определяется (рис. 5, см. на вклейке).

В положении Тренделенбурга затеков контрастного раствора не определяется.

Клинически и физикально отмечаются купирование аспирационного синдрома, улучшение проводимости дыхательных шумов в нижней доле левого легкого с отсутствием хрипов и полным купированием симптомов дыхательной недостаточности по сравнению с изначальными данными.

Катамнез через 9 мес.

КТ органов грудной клетки – при сравнительном анализе томографических срезов до и после операции имеет место уменьшение размера инфильтративных изменений нижней доли левого легкого; купирование воспалительного процесса в средостении и легком (рис. 6, см. на вклейке).

Таким образом, наш результат лечения данной больной свидетельствует о том, что при пищеводно-бронхиальном свище как осложнении инородного тела пищевода у детей необходимо использовать комплекс методов исследований и проводить хирургическое лечение в специализированных клиниках.

Поступила 01.03.12

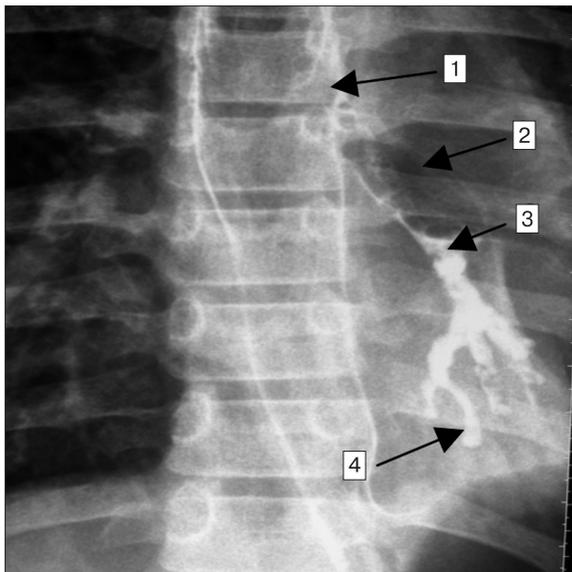


Рис. 1. Esofagografia с контрастированием.
1 – пищевод; 2 – главный бронх; 3 – затек контраста в нижнюю долю левого легкого; 4 – цилиндрические бронхоэктазы нижней доли легкого.

К ст. Н. Н. Ахпарова и соавт.

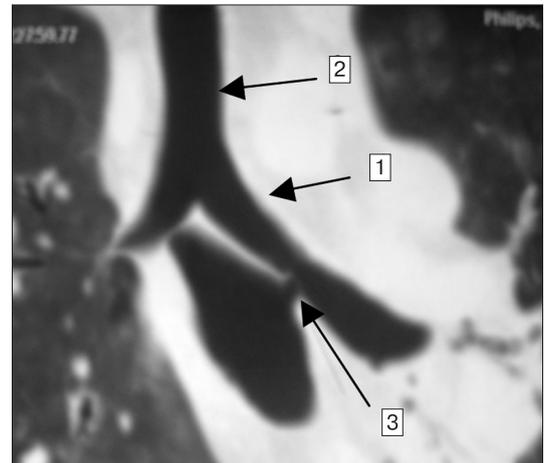


Рис. 2. КТ органов грудной клетки, фронтальный срез.
1 – левый главный бронх; 2 – пищевод; 3 – пищеводно-бронхиальное соустье.

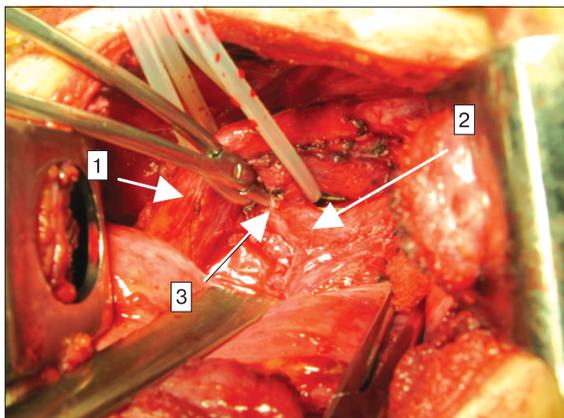


Рис. 3. Интраоперационное фото.
1 – пищевод; 2 – левый бронх; 3 – эзофагобронхиальный свищ.

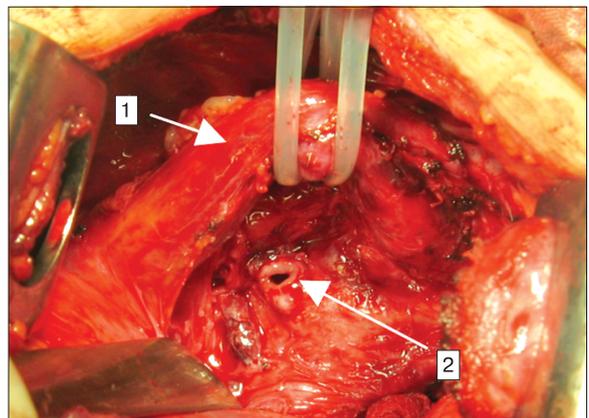


Рис. 4. Интраоперационное фото.
1 – пищевод; 2 – дефект стенки левого главного бронха.

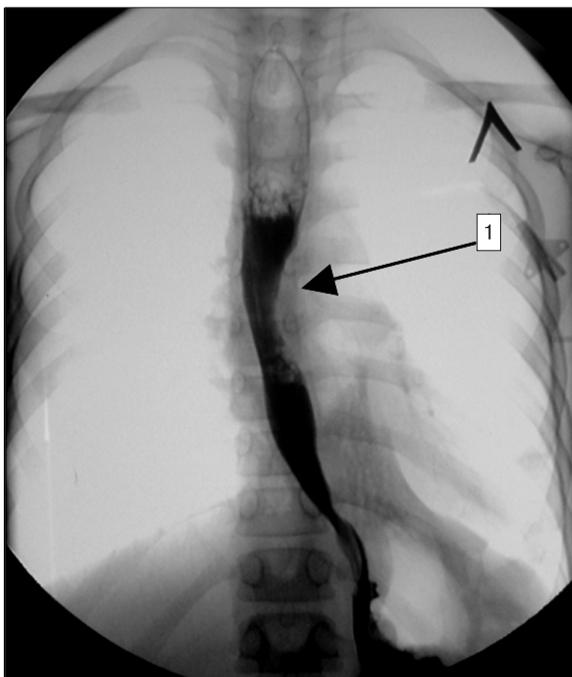


Рис. 5. Esofagografia с контрастированием в динамике в прямой проекции.
1 – контуры пищевода без следов затека

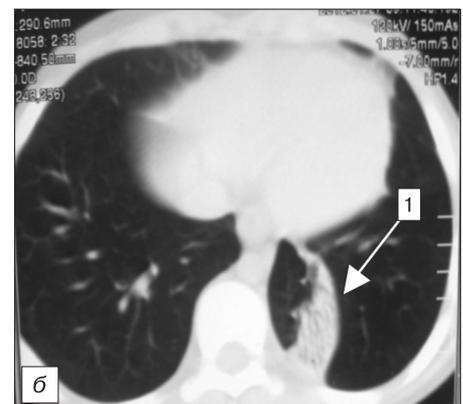
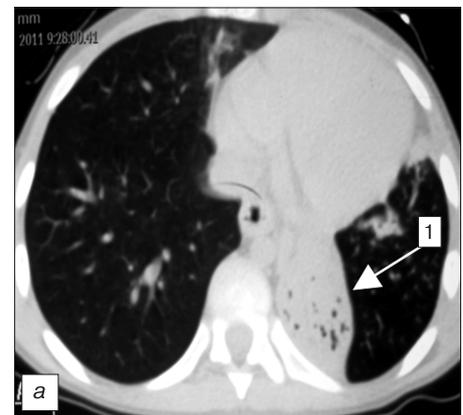


Рис. 6. КТ органов грудной клетки: до операции (а), после операции (б).
1 – инфильтрат медиального сегмента нижней доли левого легкого.