

В. А. Скобелев, М. П. Разин

СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОКИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ У МЛАДЕНЦА

Кировская областная детская клиническая больница (главный врач А. В. Терехин); кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО Кировская ГМА (зав. М. П. Разин) Минздравсоцразвития России

Максим Петрович Разин, д-р мед. наук, доц., зав. каф. детской хирургии; mprazin@yandex.ru

Опухоли и кисты средостения встречаются не так часто, они составляют около 3% всех объемных образований у детей. Подавляющее большинство (за исключением злокачественных лимфом) имеет дизонтогенетическое происхождение. Пожалуй, наиболее часто в детской практике встречаются энтерокисты средостения. Энтерогенные кисты средостения обычно интимно прилежат к пищеводу и имеют одинаковый с ним тип кровоснабжения. От аорты или межреберных артерий к ним отходит большое количество мелких артериальных ветвей (что необходимо помнить при оперативном удалении кист).

Кисты небольших размеров обычно клинически себя ничем не проявляют, при значительных размерах они могут стать причиной дисфагических расстройств. Иногда они нагнаиваются или в их просвете возникает кровотечение из-за изъязвления слизистой. Причиной таких язв служат эктопированные очаги слизистой оболочки желудка в слизистую оболочку энтерогенной кисты, они выделяют агрессивный желудочный сок, который и «переваривает» окружающую слизистую оболочку пищевода. Мы предлагаем вашему вниманию собственное наблюдение – клинический пример злокачественного, нетипичного течения энтерокисты средостения у младенца.

Б о л ь н о й И., история болезни № 1970, родился 03.06.08, поступил в хирургическое отделение Кировской областной клинической больницы (ДОКБ) 13.03.09 с предварительным диагнозом «правосторонняя абсцедирующая пневмония, дыхательная недостаточность II степени; анемия III степени, гипотрофия III степени».

Из анамнеза известно, что это ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии, роды физиологические в 40 нед, родился с массой тела 3390 г. Первые 5 мес рос и развивался с отставанием в физическом развитии. В возрасте 5 мес появился кашель, лечился с диагнозом «ОРВИ, бронхит» на дому в течение 2 нед, затем в мокроте появились прожилки крови. Поступал в соматическое отделение ДОКБ с клиникой двусторонней пневмонии в тяжелом состоянии, обусловленном нарастающей дыхательной недостаточностью, 06.08.08. В динамике отмечалось волнообразное течение заболевания, обилие мокроты с примесью крови. Проводились неоднократная бронхоскопия, фиброгастроскопия, но источник кровотечения не был выявлен. Рентгенологически обнаружен очаг повреждения справа. Осматривался фтизиатром, делалась проба Манту, выполнялся посев содержимого бронхов – данные о наличии туберкулеза не выявлены. В связи с положительной динамикой заболевания был выписан домой. В сентябре 2009 г. дважды лечился в ЦРБ с диагнозом «пневмония»; 05.03.09 на приеме выявлено снижение массы тела до 5500 г. Направлялся в детское отделение ЦРБ по поводу гипотрофии и анемии, но мать от госпитализации отказывалась (семья неблагополучная). 11.03.09 поступил в ЦРБ в тяжелом состоянии, отмечалась выраженная бледность кожных покровов, дыхание хрипящее, ЧСС 128 уд/мин, ЧД 44 уд/мин. Нижний край печени на 3 см ниже реберной дуги. В общем анализе крови Hb 61 г/л, эр. $1,5 \cdot 10^{12}/л$. Проводились интенсивная терапия, гемотрансфузия, ингаляции.

Осмотрен на месте реаниматологом ДОКБ и транспортирован в эту больницу.

Объективно при поступлении 13.03.09: состояние тяжелое. Масса тела при поступлении 5212 г. Ребенок вялый. Кожные покровы чистые, бледные, с сероватым колоритом. Отмечается частый влажный кашель с обильной мокротой с геморрагическими примесями. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Тургор тканей снижен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 160 уд/мин. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД до 60 уд/мин. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, перистальтика выслушивается. Печень в сравнении с нормой увеличена на 3 см. Задержка стула. На рентгенограмме грудной клетки справа выраженная инфильтрация (с абсцедированием?). Диагноз при поступлении: правосторонняя абсцедирующая пневмония, дыхательная недостаточность II степени. Анемия тяжелой степени. Гипотрофия III степени. Выполнено обследование: клинический минимум, биохимический анализ крови, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, эхокардиоскопия, ЭКГ, бронхоскопия, посев крови. В плане лечения: антибиотикотерапия (ванкомицин + аминогликозиды), инфузионная терапия, гемостатическое, симптоматическое лечение, ингаляции с беродуалом. Биохимический анализ крови от 13.03.09: DBIL 7,6 ммоль/л, TBIL 13,4 ммоль/л, протромбиновый индекс 100%, фибриноген 8 г/л, глюкоза 5,05 ммоль/л, глюкоза 4,11 ммоль/л. Анализ крови для оценки кислотно-основного состояния (КОС) от 13.03.09: Na^+ 135,8 ммоль/л, K^+ 3,17 ммоль/л, iCa 1,178 ммоль/л, Osm – 271 мОсм/кг. Рентгенография грудной клетки от 16.03.09: интенсивное неомогенное овоидное образование в правом легком с четкими границами, в центре образования полициклическая воздушная полость. Окружающая легочная ткань практически не изменена. Органы средостения расположены обычно. Заключение: порок развития правого легкого? Новообразование? Лимфогранулематоз? Эзофагогастродуоденоскопия от 16.03.09: источник кровотечения не найден. Гиперпластический бульбит, катаральный гастрит. ЭКГ от 16.03.09: синусовая тахикардия, ЧСС 170 уд/мин, электрическая ось сердца – вертикально (+70), проводимость в норме.

С 16.03.09 на 17.03.09 развилось массивное легочное кровотечение с остановкой сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия имели успех. Консервативно кровотечение удалось остановить. 17.03.09 проведен консилиум, на котором высказано предположение о возможном наличии у ребенка опухоли правого легкого с распадом и кровотечением, показано оперативное лечение по жизненным показаниям. 18.03.09 ребенок был оперирован, через VI межреберье начата торакоскопия справа, которая оказалась безуспешной из-за выраженного спаечного процесса. Торакотомия: в плевральной полости выраженный спаечный процесс. Пневмолиз. Выявлены кистозная форма удвоения кишечной трубки в правом заднем средостении, образование длиной до 10 см, диаметром до 3 см. В энтерокисте обнаружена пенетрирующая в нижнюю долю легкого язва, дефект в легком до 3 см в диаметре ушит. В легком бронхиальные свищи и эрозированные сосуды. Эн-

терокиста, перекидываясь через позвоночный столб, уходила под левую ключицу. В грудной полости киста отделена от аорты, нижней полой вены, диафрагмы, удалена полностью, периральная 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