

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ

Бочаров Р.В., Коломыйцева М.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Обоснование. Химические ожоги пищевода у детей не редко приводят к рубцовым сужениям, что требует проведения процедур бужирования, которые могут вызвать различного вида осложнения.

Цель: проанализировать случай осложненного рубцового стеноза пищевода у ребенка полутора лет.

Описание наблюдения. Мальчик 1,5 лет принял внутрь чистящее средство на щелочной основе. При госпитализации осмотр ЛОР-специалиста: химический ожог рта, глотки и пищевода щелочью. Через 5 сут проведена поднаркозная фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) фиброгастро-скопом (Olympus XPE, Япония): в проксимальном отделе пищевода слизистая оболочка очагово-гиперемированная; кардия смыкается полностью, на розетке кардии гиперемия; слизистая оболочка дна желудка отечная, гиперемированная; язвенных дефектов желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки не выявлено. На 14-е сутки мать с ребенком самостоятельно покинули стационар и вернулись через 2 нед. с невозможностью приема пищи и воды. Выполнена поднаркозная ФЭГДС: дистальнее входа в пищевод слизистая отечная, с налетом фибрина, рубцовыми изменениями, контактной кровоточивостью; просвет пищевода сужен до 2 мм; через который проведена струна в желудок. Последовательно с усилием проведены бужи № 21, 27, 33. С регулярностью через 3 дня 9 раз повторялось поднаркозное эндоскопическое бужирование. Буж № 27 стал проходить зону стеноза пищевода без сопротивления. Ребенок выписан домой, через 10 дней у него вновь возникли признаки дисфагии. Попытка проведения бужирования «вслепую» вызвала значительное беспокойство, буж № 27 не преодолел зону стеноза.

Через 18 ч после манипуляции у пациента появились признаки дыхательной недостаточности, снижение неинвазивной сатурации до 88 % и отсутствие дыхательных шумов над полями правого легкого. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки правое легкое коллабировано; в правой плевральной полости определяется большое количество свободного воздуха и жидкости; тень средостения смещена влево. В процессе поднаркозного пунктирования и дренирования правой плевральной полости удалено до 200 мл молочно-белого выпота, аспирировано до 300 см³ воздуха. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки: свободного воздуха и жидкости в правой плевральной полости нет, тень средостения не смещена, пневматизация правого легкого улучшилась. Выбрана консервативная тактика лечения: «голодный покой», полное парентеральное питание. На 26-е сутки признаки правосторонней плевропневмонии. Возобновлены поднаркозные эндоскопические бужирования пищевода. На 45-е сутки буж № 33 прошел зону стеноза без сопротивления.

Заключение. Метод бужирования стеноза пищевода «вслепую» вызвал повреждения стенок пищевода, средостения и медиастинальной плевры, привел к развитию таких тяжелых плевро-пульмональных осложнений, как пневмогидроторакс и плевропневмония. У детей младшего возраста бужирование пищевода требует обязательной эндоскопической визуализации и анестезиологического сопровождения.

Ключевые слова: дети; ожог; стеноз пищевода; бужирование; осложнения.