

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ МЕДИАСТИНИТОМ

Пономарев В.И.¹, Писклаков А.В.¹, Рождественская В.С.², Исаков А.Т.²

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

Цель: улучшить результаты лечения детей с посттравматическим медиастинитом.

Материалы и методы. С 2008 по 2020 год в областной детской клинической больнице пролечено 27 пациентов в возрасте от 11 месяцев до 7 лет с посттравматическим медиастинитом на почве диагностической фиброзофагоскопии 1 (3,7 %) и лечебного бужирования пищевода 26 (97,3 %). У 15 (55,5 %) пациентов пищевод травмировался на уровне 13–15 см от резцов, у 12 (44,5 %) — в нижнем сегменте. Диагноз перфорации выставлен в 8 (29,6 %) случаях сразу после получения травмы, в течение 2 ч перфорационный медиастинит диагностирован у 5 (18,5 %) детей. Клиническая картина проявилась резким ухудшением состояния, выраженным беспокойством, загрудинными болями, наличием эмфиземы средостения, хрипящим дыханием, гипертермией до высоких цифр. В 14 (51,8 %) случаях клиника медиастинита проявилась через 6–8 ч после травмы. У этих пациентов боли в загрудинной области и общая гипертермия сопровождалась хрипящим дыханием, беспокойством, но отсутствовали симптомы эмфиземы средостения. Параклинические исследования во всех случаях подтвердили наличие воспалительного процесса. Всем детям после установления клинического диагноза медиастинита выполнена эзофагография с водорастворимым контрастом. Наличие перфорации пищевода рентгенологически подтверждено у всех детей с эмфиземой средостения и только у одного без нее. Цель эзофагографии — диагностика перфорации и установление ее локализации. Все пациенты с подтвержденной перфорацией пищевода оперированы. Правосторонняя торакотомия в 13 (48,1 %) случаях закончена ушиванием раны на пищеводе, санацией и дренированием плевральной полости. Одному ребенку сформирована шейная эзофагостома. Всем детям после торакотомии выполнена операция гастростомия по Кадеру. В послеоперационном периоде на 7 дней исключалось энтеральное питание (и через гастростому). Консервативная терапия включала в себя антибактериальную, иммунокорректирующую, симптоматическую, парентеральное питание. Дренажи из плевральной полости удаляли по мере необходимости. В случаях, когда наличие перфорации не подтверждалось эзофагографически, хирургическое вмешательство не проводилось. Лечение ограничивалось прекращением энтерального питания, проведением всего комплекса консервативных мероприятий.

Результаты. Летальных случаев не наблюдалось; выздоровление наступило у 20 (74,0 %) пациентов; 1 (3,7 %) пациенту в последующем выполнена загрудинная колоэзофагопластика; 6 (22,2 %) детей продолжили лечение стеноза методом бужирования.

Заключение. Таким образом, при отсутствии достоверных признаков перфорации пищевода при наличии клинической картины медиастинита целесообразно, не используя хирургическое вмешательство, применять консервативное лечение.

Ключевые слова: медиастинит; дети; фиброзофагоскопия; гастростома; бужирование.