



ОБОСОБЛЕННОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ "РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"
(РДКБ ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Ленинский проспект, д. 117
г. Москва, 119571

Тел. +7 495 434 1177 | Факс +7 495 935 6118
E-mail: clinika@rdkb.ru

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ № 16823
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Лазарев С.А. 11 лет

находился в торакальном отделении с 01.08.22 г. по 17.08.22 г. Диагноз: Стеноз верхнего анастомоза трансплантата с пищеводом. Состояние после пластики пищевода толстой кишкой по поводу атрезии пищевода (К.22.2)

Жалобы при поступлении: на периодическую дисфагию.

Из анамнеза: болен с рождения - атрезия пищевода с ТПС. Лечился по м/жительства: 08.10.10 г. - торакотомия справа, ушивание свища, эзофагоэзофагоанастомоз. На 3 сутки - несостоятельность анастомоза. 11.10.10 г. - лапаротомия, гастростомия по Кадеру. 15.10.10 г. реторакотомия, трансезофагеальное ушивание свища. 28.12.10 г. реторакотомия, эзофагостомия, ушивание свища. В РДКБ наблюдается с ноября 2011 г. 29.02.12 г. - пластика пищевода толстой кишкой. Находился в РДКБ на лечении в апреле 2013 г., проводилось бужирование верхнего анастомоза нить, разбуживан до № 38. Находился на лечении в РДКБ в апреле 2014 года, 25.04.14 г. операция: закрытие гастростомы, пооперационный период осложнился образованием желудочного свища, который самостоятельно закрылся дома. В 2022 году по месту жит-ва обследован, выявлено сужение верхнего анастомоза до 5 мм. Поступил для обследования и лечения.

STATUS PRAESENS ЧДД 19 ЧСС 97 уд.в мин АД: 90 мм.рт.ст. Состояние ребенка: средней тяжести. Самочувствие: удовлетворительное. Телосложение: нормостеническое. Подкожно-жировой слой: достаточный. Кожные покровы: чистые, умеренно влажные. Видимые слизистые: чистые, влажные, розовые. Лимфатические узлы: не пальпируются. Движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Зев чистый, миндалины не увеличены. Дыхание через нос свободное, отделяемое из носовых ходов отсутствует. Аускультативно - дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезнен. Печень пальпируется, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Область почек визуально не изменена, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Диурез адекватный. Недержание мочи - нет. Недержание кала - нет. Сознание ясное. Меннгеальные знаки отсутствуют. Общемозговая симптоматика не выявлено. Дополнительно: Имеются пооперационные рубцы на грудной клетке, брюшной стенке и на шее без воспаления.

Обследован. Р-скопия ЖКТ с Ва: Состояние после пластики пищевода толстой кишкой. При рентгеноскопии органов грудной полости очаговых и инфильтративных теней не определяется. Легочный рисунок обогащен в медиальных отделах. Корни легких несколько расширены, не уплотнены, рисунок обогащен, вероятно хр. аспирационный синдром. Тень средостения расширена в верхних отделах, за счет тени трансплантата пищевода из толстой кишки, заполнена воздухом, расположена срединно. Тень сердца не изменена. Синусы свободны. Куполы диафрагмы обычной подвижности. Деформация грудной клетки и ребер справа после торакотомии до 8-ого ребра, с синистозами и уменьшением объема. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости без особенностей. Рer os дано 250 мл жидкой бариевой взвеси («БАР-ВИПС»). Акт глотания не нарушен. При контрастировании пищевода верхний анастомоз расположен на уровне тела Th1, с перегибом влево и вперед, при тугом заполнении сужен диаметром 5-6 мм, стенки его сокращаются активно, по контурам циркулярные зарубки от рубцов, суживающие его просвет. Трансплантат пищевода расположен за грудной, слева и срединно, не расширен, сокращение стенок активное, перистальтика в трансплантате последовательная, свободно проходит для жидкой бариевой взвеси. Нижний анастомоз в области антрального отдела, на передней стенке желудка, не сужен, диаметром около 12 мм, вышележащие отделы трансплантата пищевода не расширены. Желудок туго

заполнен, обычных размеров, ротирован кзади, кардиальный отдел желудка скошен, вероятно после наложения антирефлюксного "клапана". Начальная эвакуация не нарушена. При проведении водно-сифонной пробы желудочно-пищеводный рефлюкс в трансплантат пищевода через ону стеноза в анастомозах. Луковица и ветви 12-перстной кишки не увеличена, ветрикулярная и горизонтальная ветви расширены, расположены ретрогастрально, пассаж по ней не нарушен. Дуоденоюнальный переход расположен по средней линии, по средней линии дефект наполнения от а. mesenterica, но свободно проходим, компенсированная артерио-мезентериальная компрессия.

Через 1 ч: большая часть контрастного вещества сохраняется в желудке; остальное количество неравномерно распределяется в тощей и подвздошной кишке, идет дальнейший пассаж. Пассажа из желудка замедлен. Через 3 ч: желудок опорожнен, дальнейший пассаж по тонкой и толстой кишке, до нисходящего отдела, положение обычное, восходящий отдел укорочен (после колозофагопластики). ФЭГДС: Протокол исследования: В анамнезе пластика пищевода толстой кишкой. Аппарат проведен в пищевод до верхнего анастомоза, в области верхнего анастомоза слизистая гиперемирована, отечная определяются эрозии под фибрином, просвет в области анастомоза циркулярно сужен до 6-7 мм, для аппарата 9 мм в д не проходим. Слизистая осмотренной части пищевода (2-3 см) розовая, блестящая. Заключение: Состояние после пластики пищевода. Стеноз верхнего пищеводного анастомоза. Фибринозный эзофагит. Больному сделаны

2 операции – эндоскопическое восстановление просвета пищевода по струне, разбуживан до № 33(11 мм) Контрольная ФЭГДС: Протокол исследования:

Эндоскоп введен свободно в пищевод после буживания по струне (буж №33, 11мм), выполненного врачом торакальным хирургом Веровским В.А. Слизистая оболочка пищевода на протяжении 3-4см бледно розовая, гладкая. На расстоянии 18см от края зубов определяется стеноз верхнего анастомоза диаметром до 11мм, свободно проходим для аппарата 9мм. Слизистая оболочка пищевода выше стеноза гиперемирована, отечная, с налетом фибрина, отмечается осаднение слизистой оболочки с умеренно выраженной контактной кровоточивостью. Слизистая оболочка трансплантата розовая, гладкая. Складки среднего калибра, эластичные. Сосудистый рисунок четкий. Просвет не деформирован. Нижний анастомоз сомкнут, без признаков воспаления, свободно проходим для аппарата 9мм. В просвете желудка незначительное количество прозрачной слизи. Складки желудка среднего калибра, правильной ориентации, эластичные, легко расправляются при инсuffляции воздуха. Перистальтика активная. Слизистая оболочка свода, тела и антрального отдела желудка розовая. Привратник сомкнут. Луковица (12пк средних размеров, пустая. Слизистая оболочка розовая, бархатистая. Бульбодуоденальный переход не деформирован, свободно проходим для аппарата. В постбульбарных отделах 12пк складки среднего калибра, эластичные. Слизистая оболочка розовая, гладкая. Большой дуоденальный сосок расположен на заднемедиальной стенке, конусовидной формы, слизистая его розовая. Просвет кишки не деформирован, в просвете визуализируется желчь. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Состояние после пластики пищевода толстой кишкой. Стеноз верхнего анастомоза. Фибринозный эзофагит. Состояние после буживания пищевода по струне. ЭКГ:

Заключение: Ритм эктопический средний правопредсердный с частотой 64 уд в мин. Горизонтальное направление ЭОС. Неполная блокада правой ветви пучка Гиса. В ортостазе сохраняется тот же источник водителя ритма с учащением до 97 уд в мин. В остальном без существенных изменений. УЗИ брюшной полости: Заключение: УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ПЕЧЕНЬ - размеры не увеличены. Вертикальный размер правой доли 126 мм, толщина правой доли 118 мм. Вертикальный размер левой доли 78 мм, толщина левой доли 43 мм. Контуры ровные, четкие, углы не увеличены. Структура однородная, эхогенность средняя. Воротная вена и ее долевые ветви не изменены. НПВ и печеночные вены без особенностей. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Очаговые изменения не выявлены. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ Форма обычная. Стенки не изменены. В просвете анэхогенное содержимое. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА - размеры не увеличены. Головка 15 мм, тело 9 мм, хвост 16 мм. Контуры ровные, четкие. Структура несколько неоднородная. Эхогенность средняя. Вирсунгов проток не расширен. СЕЛЕЗЕНКА не увеличена. Размеры 86х34 мм. Контуры ровные, четкие. Структура однородная. Эхогенность средняя. СВОБОДНАЯ ЖИДКОСТЬ нет. ДОПОЛНЕНИЯ мезентериальные л/узлы единичные до 13х6 мм. ЗАКЛЮЧЕНИЕ эхо-признаки минимальных реактивных изменений паренхимы поджелудочной железы и единичных мезентериальных л/узлов. Анализы крови, мочи, биохимия крови без патологии.

Иммуногематологические исследования

Показатель	Значение	Ед.	Норма	Диапазон
Подтвержд. опр-е группы принадл. крови АВО	A (II)			
Подтверждающее определение Rh D	Rh (+) положительный			
Непрямая проба Кумбса	Отрицательный			Отрицательный

Фенотип Rh	ccEe			
Эритроцитарный фенотип (C)	Не обнаружен			Не обнаружен
Эритроцитарный фенотип (c)	Обнаружен			Обнаружен
Эритроцитарный фенотип (E)	Обнаружен			Обнаружен
Эритроцитарный фенотип (e)	Обнаружен			Обнаружен
Эритроцитарный фенотип (K)	K (-) отрицательный			K (-) отрицательный
Первичное определение ABO и Rh (D)	A (II) Rh+			

Анализы на ВИЧ, гепатиты, сифилис – отрицат. Группа крови A(2) РФ-положит. Заключение: больной с рубцовым стенозом верхнего анастомоза трансплантата с пищеводом поступил на обследование и лечение. Обследован – Р-скопия ЖКТ с Ва, ФЭГДС – выявлен стеноз до 5-6 мм. Больному сделаны 2 операции – эндоскопическое восстановление просвета пищевода по струне, разбуживая до № 33(11мм). Ест хорошо, дисфагии нет. Выписывается домой с улучшением. Дозовая нагрузка - 1,56 мЗв

Рекомендовано: 1. Наблюдение хирурга, невропатолога по м'жит-ва. 2. Госпитализация на контрольное обследование и лечение 30.10.2023 г. 3. Исключить кислую, жареную, копченую пищу. 4. Санаторно-курортное лечение по бронхолегочному и гастроэнтерологическому профилям 5. На основании наличия у ребенка нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости в мерах социальной поддержки, включая реабилитацию, и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», рекомендовано направить ребенка на медико-социальную экспертизу по месту жительства.

Врач

Веровский В.А.

Зав. отд.

Андреев Е.С.

