

Детская хирургия - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Детская хирургия | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

Детская хирургия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Детская хирургия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Консультация детского хирурга в родильном доме.

1.2. Жалобы

Со слов неонатолога родильного дома у новорождённого с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

1.3. Анамнез заболевания

По данным УЗИ во время беременности на 3 скрининге выявлена микрогастрия, многоводие. После родов отмечаются вышеперечисленные со слов неонатолога жалобы. Установлен желудочный зонд, на расстоянии 8 см от губ встречается препятствие, в желудок не проводится. Вызван на консультацию детский хирург.

1.4. Анамнез жизни

Ребёнок от 1 беременности, 1 родов самостоятельных путем. Беременность 38 недель на фоне многоводия. Масса при рождении 2540 грамм. Длина 51 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 33 см. По шкале Апгар 6/8 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскринг не проведены. С рождения не кормился.

1.5. Объективный статус

Состояние тяжелое. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. В слепой конец пищевода установлен зонд, через который отходит слюна. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям. Проводные влажные хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Смещение средостения нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D.

St. localis: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюней). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 8 см, после чего встречается препятствие. Проба Элефанта положительная.

1. План обследования

1. Вопрос

Лабораторным методом исследования, рекомендованным в данной ситуации, является

1. определение уровня альфафетопротеина крови
- 2. определение группы крови {plus} резус-фактора**
3. иммунограмма общая
- 4. биохимический анализ крови**
- 5. общий анализ крови**
- 6. коагулограмма**

Правильные ответы: определение группы крови {plus} резус-фактора; биохимический анализ крови; общий анализ крови; коагулограмма

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общи анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Определение группы крови + резус-фактора

Группа крови: B (III) третья, Rh положительный.

3.2. Общий анализ крови

Общий анализ крови:

WBC, 10 ⁹ /л	RBC, 10 ⁹ /л	HGB, г/л	PLT, 10 ⁹ /л
31,1	4,49	165	239

3.3. Биохимический анализ крови

Биохимия крови:

Белок, г/л	АСТ, Е/л	АЛТ, Е/л	Бил. Общ, ммол/л	Моч. азот, ммол/л	Креат, ммол/л	Na, мэкв/л	K, мэкв/л	Cl, мэкв/л
54	44	28	35	2,5	22	140	4,4	102

3.4. Коагулограмма

АЧТВ	Тромбиновое время	Фибриноген	Протромбин по Квику	МНО
38	23	1,4	95	1,0

3.5. Иммунограмма общая

IgA – 0,4 г/л, IgM – 0,33 г/л, IgG – 6,4 г/л, ЦИК отр. СРБ отр.

2. Вопрос

Данному пациенту рекомендовано проведение

1. ультразвукового исследования сердца

2. бронхографии

3. рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости

4. компьютерной томографии органов грудной клетки

5. ультразвукового исследования мочевого пузыря

6. нейросонографии

Правильные ответы: ультразвукового исследования сердца; рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости; ультразвукового исследования мочевого пузыря; нейросонографии

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Исследование выполняется в вертикальном положении, в прямой проекции, с захватом брюшной полости и грудной клетки:

- без контраста; рентгеноконтрастный зонд обнаруживается свернутым в слепом сегменте пищевода. Газонаполнение желудка и кишечника свидетельствует о наличии сообщения (трахеопищеводный свищ) между трахеей и дистальным сегментом пищевода. Если на обзорной рентгенограмме не визуализируется желудок и кишечные петли, то свищ отсутствует.

- с контрастом; водорастворимое контрастное вещество вводится в катетер, установленный в проксимальный отрезок пищевода (не более 0,5 – 1,0 мл); контрастируется слепой конец пищевода, а при наличии проксимальной фистулы – контрастируется трахео-бронхиальное дерево. Однако, стоит заметить, что контрастное исследование пищевода лучше выполнять в специализированном стационаре в случае необходимости.

При выполнении рентгенологического обследования возможно выявить сопутствующую патологию – дуоденальную непроходимость, пороки развития позвоночника, пневмонию. Поскольку верхний сегмент контрастирован, а трахео-пищеводный свищ, как правило, открывается над бифуркацией трахеи или в бифуркацию, то по данным рентгенологического обследования можно предположить протяженность диастаза между сегментами.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

5. Результаты обследования

5.1. Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости

Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием: задержка контраста в проекции пищевода на уровне Th III, отмечается равномерное газонаполнение петель кишечника.

5.2. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

ПОЧКИ - размеры в норме, топика обычная, структурные. Чашечно-лоханочная система не расширена. Мочеточники не расширены. Надпочечники - без особенностей. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ - просвет свободен.

5.3. Ультразвуковое исследование сердца

аорта: не расширена, восходящая часть и дуга не изменены. Диаметр восходящей аорты 10 мм. АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН: 3-х створчатый, створки и гемодинамика не изменены PGr max 4,5 mm Hg. При ЦДК регургитации нет. ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ: не расширена, ствол, правая и левая ветви не изменены. Диаметр ствола 10 мм. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: створки, гемодинамика не изменены. PGr max 3,5 mm Hg. При ЦДК физиологическая регургитация. МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены. При ЦДК регургитации нет. ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены. При ЦДК физиологическая регургитация. ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 17x20 мм не расширено. ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 17x20 мм не расширено. МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА: ООО 2 мм с косым лево-правым сбросом. ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: не расширен. ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: не расширен. КСР 14 мм. ФВ 66%. ЧСС 140. Диастолическая функция левого желудочка не нарушена Межжелудочковая перегородка 4,0 мм не утолщена, интактна. Задняя стенка левого желудочка 4,0 мм не утолщена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме. Данных за ВПС нет. Гемодинамически незначимое открытое овальное окно.

5.4. Нейросонография

Правый боковой желудочек - 3 мм, левый боковой желудочек несколько расширен до 5 мм, третий - 3 мм. Межполушарная щель не расширена. Подболобочное пространство в проекции лобных долей не расширено. Очаговых изменений паренхимы не определяется.

2. Диагноз

3. Вопрос

Предполагаемый диагноз

1. Атрезия пищевода без свища

2. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

3. Врожденный гипертрофический пилоростеноз

4. Дуоденальная непроходимость

Правильный ответ: Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

На основании жалоб: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах с рождения

На основании объективного осмотра: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюней). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 8 см, после чего встречает препятствие. Проба Элефанта положительная

При рентген исследовании без контраста; рентгенконтрастный зонд обнаруживается свернутым в слепом сегменте пищевода. Газонаполнение желудка и кишечника свидетельствует о наличии сообщения (трахеопищеводный свищ) между трахеей и дистальным сегментом пищевода. Если на обзорной рентгенограмме не визуализируется желудок и кишечные петли, то свищ отсутствует.

- с контрастом; водорастворимое контрастное вещество вводится в катетер, установленный в проксимальный отрезок пищевода (не более 0,5 – 1,0 мл); контрастируется слепой конец пищевода, а при наличии проксимальной фистулы – контрастируется трахеобронхиальное дерево.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 2.2 Физикальное обследование, 2.3 Лабораторная диагностика, 2.4 Инструментальная диагностика.

7. Диагноз

7.1. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

3. Лечение

4. Вопрос

В связи с установленным диагнозом, ребенку показано

1. оперативное лечение по неотложным показаниям

2. проведение консервативной терапии

3. оперативное лечение в плановом порядке

4. оперативное лечение в экстренном порядке

Правильный ответ: оперативное лечение по неотложным показаниям

Новорожденному с атрезией пищевода должна быть оказана неотложная, в том числе неотложная специализированная медицинская помощь в условиях специализированного стационара, в любое время суток.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Хирургическое вмешательство проводится по неотложным показаниям при стабильном кардиореспираторном статусе и нормализации темпов диуреза. Оценка готовности ребенка к оперативному вмешательству осуществляется по данным результатов обследования и лабораторных показателей.

По экстренным показаниям оперируют новорожденных при выявлении атрезии пищевода в сочетании:

- с дуоденальной непроходимостью,
- с «синдромом утечки воздуха» при широком трахеопищеводном свище (когда не удастся проводить корректную ИВЛ)
- с пневмоперитонеумом при разрыве желудка.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

5. Вопрос

Оперативное лечение по экстренным показаниям пациенту с атрезией пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем показано в сочетании с

1. недоношенностью
- 2. дуоденальной непроходимостью**
3. синдромом Дауна
4. врожденным пороком сердца

Правильный ответ: дуоденальной непроходимостью

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

По экстренным показаниям оперируют новорожденных при выявлении атрезии пищевода в сочетании:

- с дуоденальной непроходимостью,
- с «синдромом утечки воздуха» при широком трахеопищеводном свище (когда не удастся проводить корректную ИВЛ)
- с пневмоперитонеумом при разрыве желудка.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

6. Вопрос

Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в

1. ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня
2. федеральном центре
- 3. лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня**
4. родильном доме «на месте»

Правильный ответ: лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее помощь новорожденному с атрезией пищевода должно иметь в своем составе реанимационное место по профилю неонатология

(с соответствующим оснащением), специалистов: - детского хирурга (имеющего опыт работы с данной категорией больных) реаниматолога-анестезиолога, операционную, оснащенную неонатальным оборудованием, круглосуточную рентгенологическую и лабораторную службу

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

7. Вопрос

Для предоперационной подготовки пациента рекомендовано выполнить

1. гемотрансфузию
2. перевод на искусственную вентиляцию легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности
3. пробное энтеральное кормление
- 4. постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации**

Правильный ответ: постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение Рекомендовано проводить предоперационную подготовку

8. Вопрос

Оптимальный объем неотложного оперативного лечения включает в себя

1. пластику пищевода желудком
2. пластику пищевода толстой кишкой, создание анастомоза пищевода
3. пластику пищевода тонкой кишкой
- 4. выделение и разобщение трахеопищеводного свища, создание анастомоза пищевода.**

Правильный ответ: выделение и разобщение трахеопищеводного свища, создание анастомоза пищевода.

Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств 1)

Наиболее часто встречается атрезия пищевода с дистальным ТПС. Методика оперативного вмешательства сводится к следующим этапам проведения оперативного вмешательства:

- выделение и разобщение трахеопищеводного свища
- мобилизация дистального отдела пищевода
- мобилизация проксимального отдела пищевода
- создание анастомоза пищевода.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.2 Хирургическое лечение

9. Вопрос

Этапное оперативное лечение рекомендовано при

1. недоношенности
2. сопутствующем врожденном пороке сердца
- 3. наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении**
4. подозрении на сопутствующий генетический синдром

Правильный ответ: наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

• Рабочая группа рекомендует проведение этапной коррекции у детей с атрезией пищевода, когда нет технической возможности выполнить одноэтапную операцию, или при наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.2 Хирургическое лечение Этапная коррекция

10. Вопрос

Ведение в послеоперационном периоде включает в себя

1. профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- 2. рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 6-7-е сутки после операции**
3. энтеральная пауза до 14 дней
4. рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 30-е сутки после операции

Правильный ответ: рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 6-7-е сутки после операции

На 6-7-е сутки после операции проводят рентгенологическое обследование пищевода водорастворимым контрастным веществом для исключения несостоятельности в зоне анастомоза

Детская хирургия: национальное руководство / под. ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Стр. 261

11. Вопрос

Тактика хирурга при выявлении несостоятельности анастомоза пищевода

1. эзофагостомия, экстирпация пищевода
- 2. наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости**
3. стентирование пищевода
4. ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям

Правильный ответ: наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости

В любом случае выявления утечки контрастного вещества, немедленно выполняют наложение двойной гастростомы по Кадеру. При необходимости устанавливают дополнительный дренаж в плевральную полость. Лечение начинают с консервативных мероприятий, исключая энтеральную нагрузку через желудочный зонд. Обязательным является контроль инфекционного статуса.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.3 Иное лечение Послеоперационный период. Коррекция осложнений

12. Вопрос

Сроки диспансерного наблюдения у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода в периоде новорожденности до __+ лет

- 1. 7
- 2. 3
- 3. 14

4. 18

Правильный ответ: 18

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.