

Э. М. ДАВТЯН

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Удвоение различных участков пищеварительной трубки является редким и своеобразным пороком. В литературе эта аномалия описывалась под различными названиями: энтерогенная киста, киста брыжейки, гигантский дивертикул и др. Однако наибольшее признание получил термин «удвоение пищеварительной трубки», так как он объединяет все виды данной аномалии и показывает общность эмбриологического развития.

Вопрос о происхождении удвоения выяснен недостаточно. Однако все авторы приходят к заключению, что удвоение развивается в ранних стадиях эмбриогенеза. Изучая развитие пищеварительного канала у животных и человека, Люис и Тинг [10] обнаружили дивертикулы, расположенные вдоль пищеварительной трубки, которые в норме регрессируют. При определенных условиях не происходит обратного развития и эти дивертикулы могут быть причиной удвоения. Существует теория, которая объясняет происхождение удвоения вследствие отклонения в процессе вакуолизации пищеварительной трубки [7]. Выдвинута гипотеза, согласно которой причиной многообразных форм и локализаций удвоения является слипание нейроэктодермального листка и энтодермального [11].

Удвоение располагается в любом отделе пищеварительного канала от глотки до прямой кишки.

Определение и классификация. Удвоение—это полостное образование с довольно толстыми стенками, по структуре сходное со строением стенки какого-либо отдела пищеварительной трубки. Изнутри полость выстлана слизистой оболочкой. Характер секрета зависит от типа и патологического состояния слизистой. Обычно это прозрачная, бесцветная слизистая субстанция. Жидкость может стать геморрагической или мутной, когда под действием высокого давления изнутри происходит отслойка слизистой. В случаях, если удвоение выстлано желудочной слизистой, жидкость содержит соляную кислоту, пепсин. Мышечная стенка удвоения состоит из слоев, располагающихся в одном или разных направлениях. Эти волокна переплетаются с мышечными волокнами основной трубки.

Различают тубулярные, сферические формы удвоения, когда образование располагается параллельно и имеет общую с основной трубкой стенку и дивертикулярные, удлиненные формы, которые отходят в виде рога или ветви. Кровоснабжение дополнительных образований осу-

шествовается сосудами, питающими смежный отдел пищеварительного канала.

Дупликация встречается в виде сообщающихся и изолированных форм, когда отсутствует сообщение с основным каналом. В подавляющем большинстве описанных в литературе наблюдений удвоение изолировано [5, 12].

Локализация удвоения на любом уровне пищеварительного канала, форма, размер и характер слизистой ее являются причиной многообразия вызываемых клинических синдромов. В подавляющем большинстве случаев удвоение проявляется в детском возрасте [2, 4, 8, 9, 13], однако в литературе имеются описания удвоения и у взрослых [1, 3].

Клиническая картина удвоения пищевода складывается в основном из симптомов сдавления органов средостения и легкого, с одной стороны, и осложнений, вызванных аномалией,—с другой. Образование, увеличиваясь в размерах в той или иной степени, сдавливает трахею и бронхиальное дерево, в результате чего в легких развиваются различные патологические процессы: воспаление легких, коллапс, бронхоэктазы. В анамнезе у таких детей часто отмечаются со дня рождения сухой кашель, одышка, повторные пневмонии, которые с трудом поддаются лечению антибиотиками. Больные поступают в лечебные учреждения с диагнозами заболеваний органов грудной клетки. Течение болезни осложняется в случае прорыва, перфорации стенки удвоения с излиянием содержимого в плевральную полость или в ткань легкого, что приводит к образованию свища.

Распознавание удвоения пищевода представляет большие трудности. Физикальными методами обследования не удастся выявить определенной симптоматики. При обследовании пищевода эзофагоскопом в случае сообщающейся формы удвоения возможно определить устье дополнительного образования. Однако ценность эзофагоскопии снижается вследствие редкости сообщающихся форм удвоения пищевода.

Рентгенологическое обследование является наиболее эффективным методом. Однако в большинстве случаев лишь многократным рентгенологическим обследованием можно более или менее четко определить это образование.

Методом лечения удвоения пищевода является операция. Как только выявлено удвоение, его необходимо удалить, так как в большинстве случаев оно осложняется кровотечением, воспалением или перфорацией. Ранее предложенные методы марсупиализации удвоения к коже грудной клетки и затем разрушение слизистой повторным кюретажем и склерозирующими растворами оставлены, так как лечение затягивается и часто сопровождается кровотечением. Наилучшим методом операции при удвоении пищевода является удаление образования. Так как пищевод и удвоение имеют общий мышечный слой, вылушивание удвоения произвести не удастся. Разрез проводят на 1—2 см от пищевода на стенке удвоения до слизистой. Последнюю не вскрывают и осторожно препарируют от мышечного слоя у основания. Так удастся удалить удвоение.

без повреждения стенки пищевода (рис. 1). Если имеются сращения удвоения с легким, то производится лобэктомия, т. е. удвоение удаляется вместе с легочной тканью [8, 13].

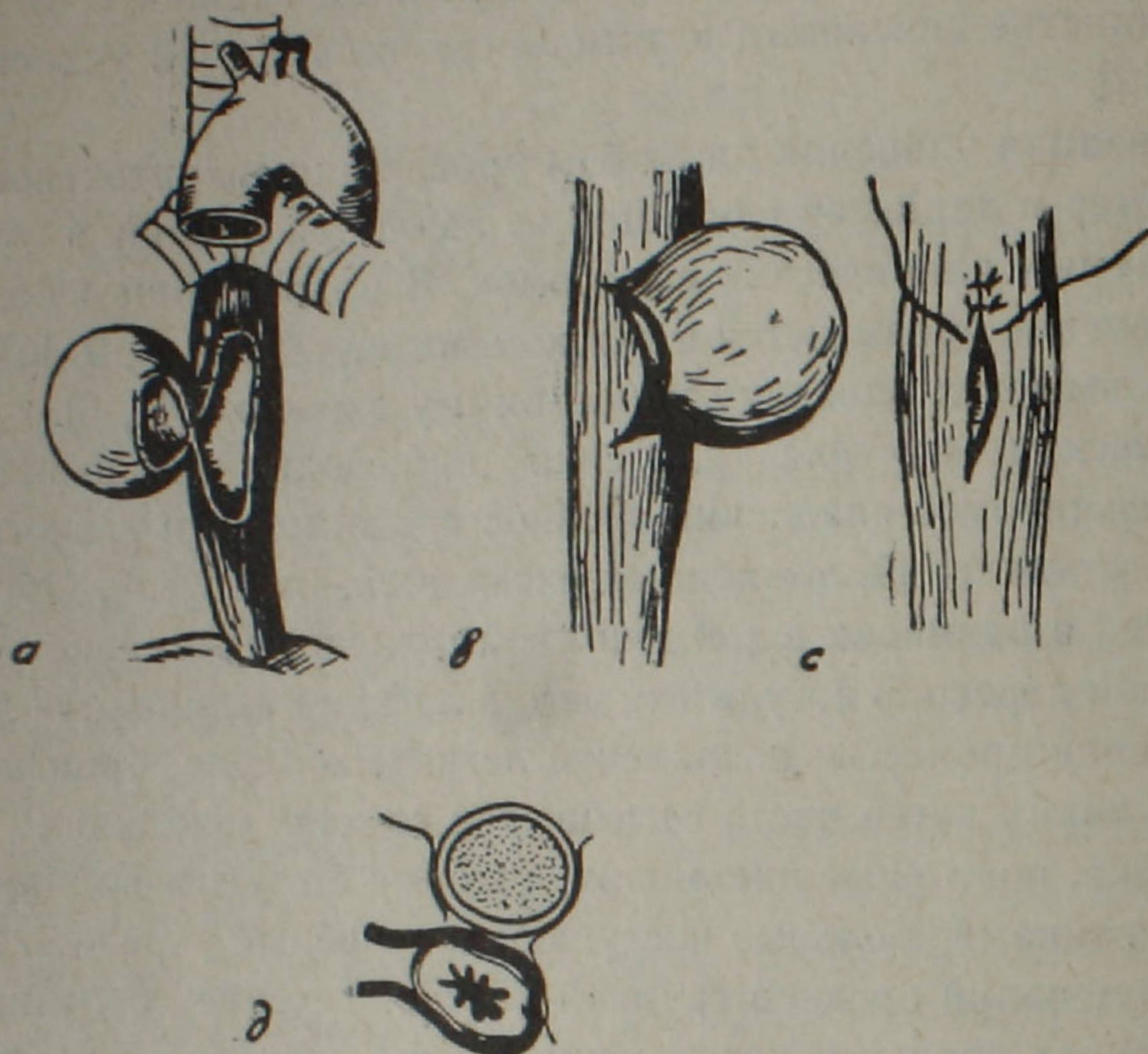


Рис. 1. Удвоение пищевода: а) пищевод и удвоение имеют общий мышечный слой; б) разрез мышечной оболочки удвоения у его основания; в) после удаления удвоения мышечный слой пищевода зашивается узловым швом; г) удвоение удалено без повреждения слизистой пищевода (по Свенсону).

В клинике детской хирургии ЦИУВ наблюдалось 30 детей с удвоением различных отделов пищеварительного канала, в том числе два ребенка с удвоением пищевода. Приводим их описание.

Больная С. Л., 13 лет (ист. бол. № 432), поступила с диагнозом—плевропневмония, трипп, левосторонняя пневмония. Девочка родилась недоношенной от первой нормально протекающей беременности. В последующие годы 6 раз болела воспалением легких.

При поступлении состояние тяжелое, жалуется на боль в левой половине грудной клетки; выраженная одышка, цианоз. Слева в легких приглушение перкуторного звука, аускультативно прослушиваются мелкие влажные хрипы. Диагноз—грипп, осложненный левосторонней пневмонией.

При рентгеноскопии определяется большой, округлой формы не совсем гомогенный участок затемнения легочной ткани, идущий к тени левого корня. Сердце находится в правой половине грудной клетки. При следующей рентгеноскопии определяется слева большая полость и несколько более мелких с наличием воздуха и горизонтальных уровней. Подозревается многокамерный абсцесс левого легкого или киста. Дальнейшее клинико-рентгенологическое наблюдение дало возможность исключить абсцесс легкого, так как после прорыва образования оно не опорожнилось, а наоборот, в его полости жидкости стало больше.

Произведена пункция образования, эвакуировано около 100 мл густой жидкости темного цвета, после чего состояние ухудшилось: повысилась температура, увеличилась одышка. В плевральной полости слева определяется выпот. Произведен торакоцентез слева во втором межреберье, плевральная полость дренирована по Бюлау. После этого

состояние улучшилось, и на 33-й день после поступления в клинику произведена бронхография: бронхи нижней и языковой долей значительно сближены между собой и оттеснены книзу, внутрь, назад и окаймляют медиальный и нижний контур полости. Бронхи верхней доли (заднего и переднего сегментов) также оттеснены вниз. Просвет бронхов не изменен. В имеющуюся полость иодолипсол не прошел. Высказано подозрение, что образование является паразитарной кистой.

На операции обнаружено кистозное образование в 1 и 2-ом сегменте левого легкого, сообщающееся с бронхом и спаянное, но не сообщающееся с пищеводом (рис. 2).

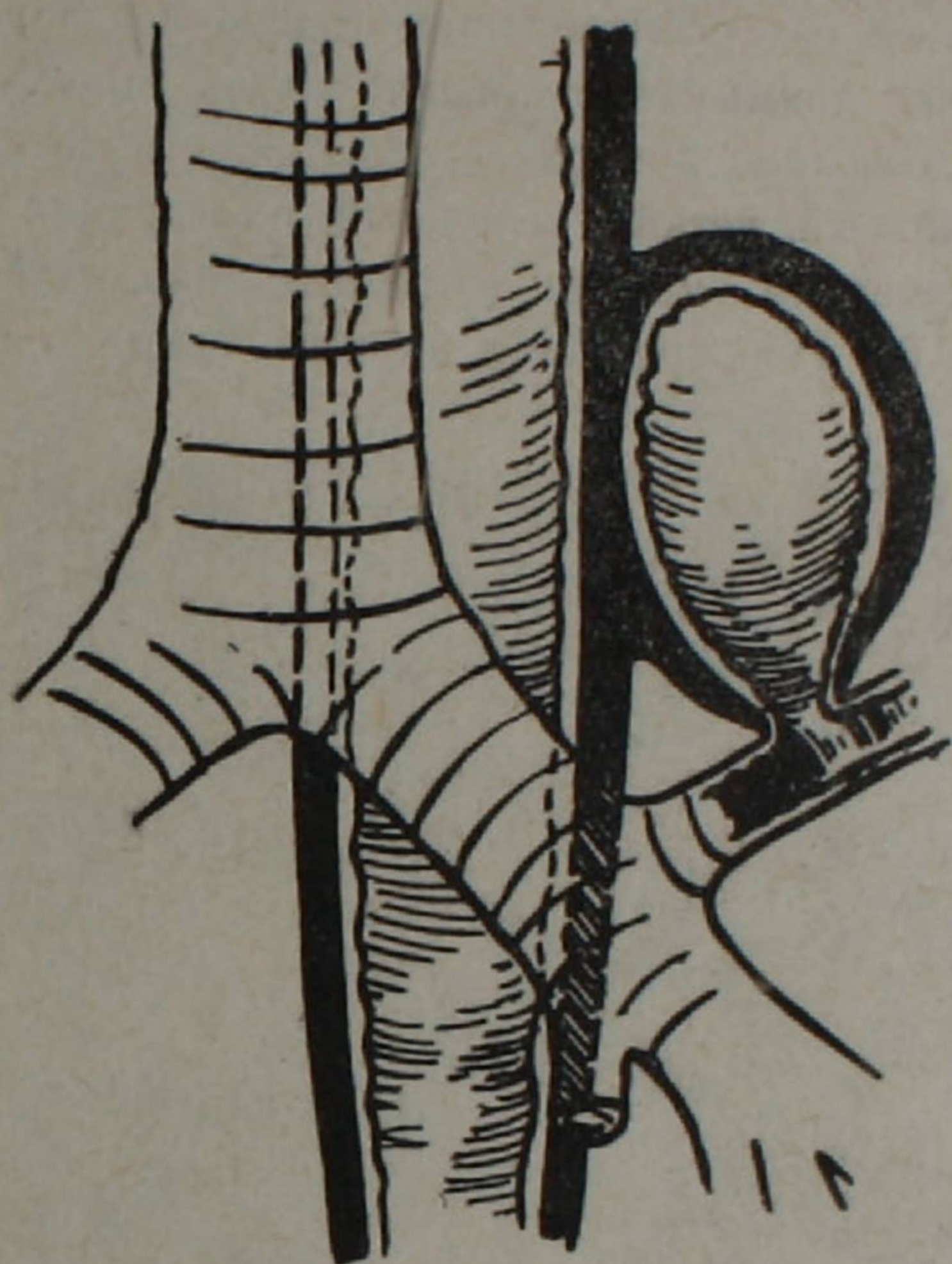


Рис. 2. Кистозное образование сообщается с бронхом, имеет общую с пищеводом мышечную оболочку и с просветом последнего не сообщается.

Из полости кисты выделялось тягучее слизистое содержимое. После пересечения бронха 1 и 2 сегменты удалены; обнаружено, что с главным бронхом эти сегменты не общались. Грудная стенка наглухо зашита. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии. Микроскопия стенки образования показала: образование построено по типу пищевода: в просвет обращена слизистая, покрытая многослойным эпителием и расположенная на м. проприя, далее подслизистая (с немногими железами) и двух-трехслойная мышечная оболочка. Заключение: удвоение пищевода.

В описанном наблюдении клиника удвоения подобна клинике абсцедирующей пневмонии, осложненной плевритом. Очевидно, секрет слизистой удвоения, поступая в бронх, вызывал асептическую воспалительную реакцию соответствующего сегмента. В дальнейшем с присоединением инфекции у больной развилась картина воспаления легких.

В некоторых случаях удвоение пищевода протекает бессимптомно и проявляется в более старшем возрасте. Приводим историю болезни с подобным клиническим проявлением удвоения.

Больная Л. Т., 8 лет (история болезни № 333), поступила с диагнозом—опухоль средостения. Жалобы на затрудненное дыхание и глотание, за грудиные боли. Девочка в 5-летнем возрасте оперирована по поводу незаращения мягкого и твердого неба. Тогда же при рентгенологическом обследовании случайно обнаружена опухоль средо-

стения, предложена операция, от которой мать отказалась. Опухоль не беспокоила ребенка и не давала клинических симптомов. Однако с ноября-декабря 1960 г. девочка начала жаловаться на затруднение при глотании, загрудинные боли, затем присоединилось затруднение при дыхании.

При поступлении перкуторно в легких справа, сзади паравертебрально до середины лопатки обнаружено притупление, справа, спереди вдоль грудины—тимпанит. Аускультативно над местом притупления отмечается ослабленное дыхание. Со стороны других внутренних органов патологии обнаружить не удалось.

Произведено многократное рентгенологическое обследование. На обзорной рентгенограмме грудной клетки и при обследовании пищевода с барием обнаружено: справа к тени сосудистого пучка примыкает овальной формы опухолевидное образование размером 7×5 см, расположенное в паравертебральной области D_1-D_4 . Наружный контур образования правильный, четкий, выпуклый, внутренний—от средостения не отделяется. Описанное образование смещает пищевод влево, смещение пологое, просвет пищевода не сужен (рис. 3). Подозревается опухоль средостения: невринома или за-

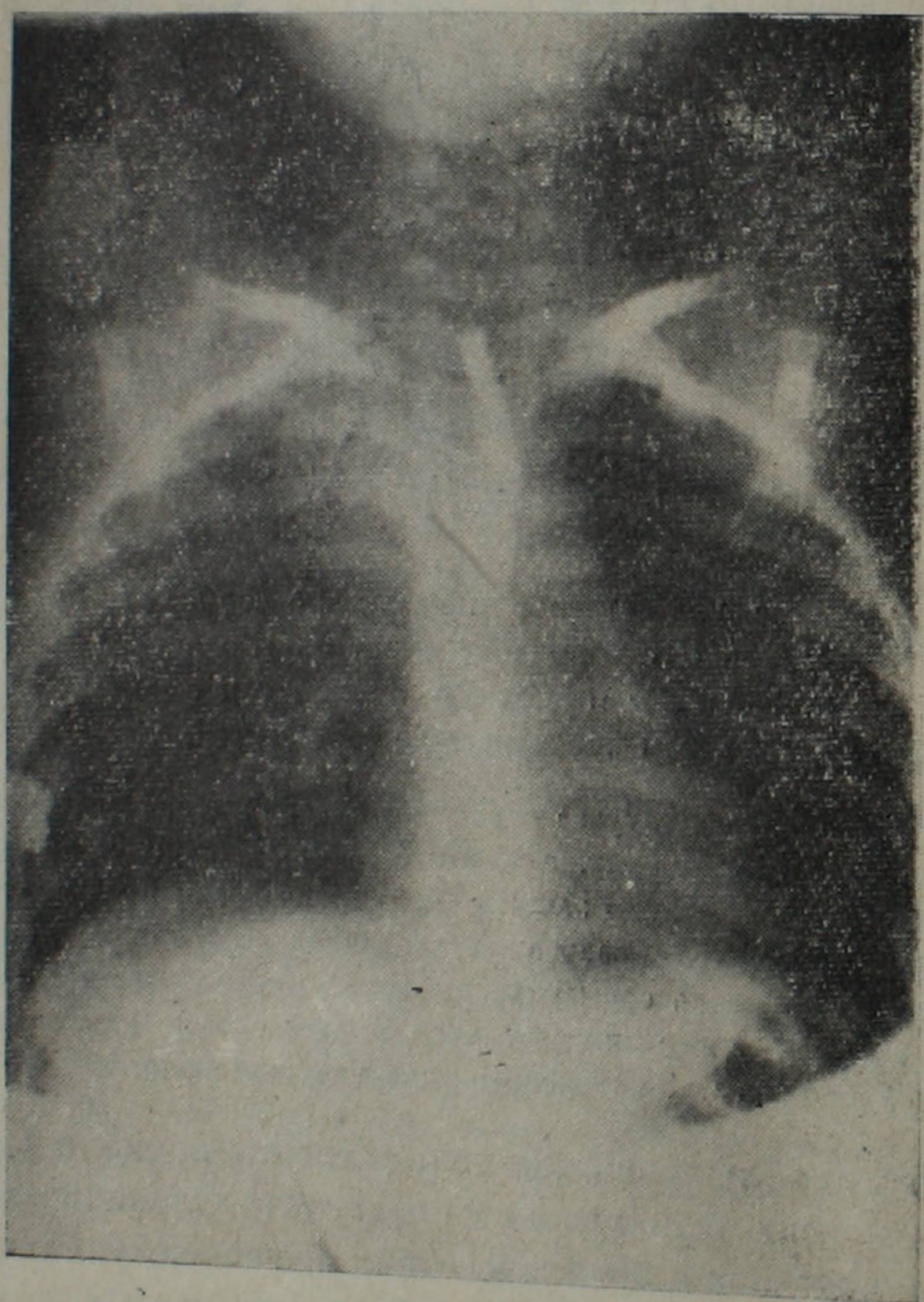


Рис. 3. Контрастное обследование пищевода.

грудинный зоб. На пневмомедиастинограмме четко контурируется овальной формы опухолевидное образование размером 6×8 см, расположенное от 1-го до 3-го ребра сзади. Образование отделяется в нижнем отделе от тени позвоночника, однородно, включений не содержит (рис. 4).

На операции в верхнем отделе средостения обнаружена округлой формы опухоль, размером 6×8 см, мягко-эластической консистенции. По вскрытии медиастинальной плевры тупым путем удалось выделить опухоль со всех сторон, кроме внутренней его поверхности, которая на протяжении 4—5 см спаяна со стенкой пищевода (отдельные

мышечные волокна переходят со стенки пищевода на опухоль). В пищевод проведен желудочный зонд, и киста вскрыта. Стенки кисты иссечены. Дефект мышечного слоя пищевода зашит узловым швом в продольном направлении, грудная клетка—послойным



Рис. 4. Пневмомедиастинограмма.

швом. Швы сняты на 10-е сутки, заживление—первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии.

В описанном наблюдении удвоение как заболевание проявилось только в 8-летнем возрасте. Очевидно, образование, вначале небольших размеров, не сдавливало органы средостения и не вызывало жалоб. Однако с течением времени в результате скопления секрета, вырабатываемого слизистой, удвоение постепенно увеличивалось в размерах и стало сдавливать трахею и пищевод, вызывая тем самым явления затруднения дыхания и глотания. В литературе имеются описания наблюдений с подобным клиническим проявлением удвоения пищевода [6, 8, 9, 13].

Подводя итоги, следует отметить, что удвоение пищевода представляет довольно редкую аномалию развития пищеварительной трубки. Диагностика трудна, ибо проявляется клинической картиной заболевания легких. В некоторых случаях аномалия протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при рентгенологическом обследовании.

Наиболее эффективным методом исследования при удвоении пищевода является рентгенологический. Своевременная диагностика и правильная хирургическая тактика дают возможность избежать осложнения. Методом лечения удвоения пищевода является его удаление.

Кафедра детской хирургии
Центрального института
усовершенствования врачей

Поступило 5/VI 1965 г.

Է. Մ. ԴԱՎԹՅԱՆ

ՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ԽՈՂՈՎԱԿԻ ԵՎ ՈՐԿՈՐԻ ԵՐԿԱՏՈՒՄԸ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Սույն աշխատությունը վերաբերվում է մարսողական խողովակի երկատման հազվագյուտ լոկալիզացիային — որկորի երկատմանը երեխաների մոտ: Բերվում են անոմալիայի դասակարգումը և նրա տեսակների նկարագրությունը: Կլինիկական պատկերն արտահայտվում է միջնորմի օրգանների, թոքի ճնշման սիմպտոմներով և անոմալիայի հետևանքով առաջացած բարդություններով: Ախտորոշումը մեծ դժվարություններ է ներկայացնում: Հետազոտման ամենաարժեքավոր մեթոդը ռենտգենոլոգիականն է:

Նկարագրվում են որկորի երկատման կլինիկական ընթացքը և բուժումը երկու երեխաների մոտ: Մեկ դեպքում 13 տարեկան աղջիկ էր, որի մոտ հիվանդությունն արտահայտվում էր թոքերի բորբոքման նշաններով: Ռենտգենոլոգիական հետազոտությունից հետո ախտորոշվում է թոքի պարազիտային կիստա: Վիրահատության ժամանակ հայտնաբերվեց որկորի երկատում, վերջինիս հետ շահողորդվող: Այդ գոյացությունը հեռացվեց առանց որկորի լորձաթաղանթի վնասման: Մյուս դեպքում 8 տարեկան աղջիկ էր, որի մոտ երկատումն ուներ «համր» ընթացք և հայտնաբերվեց պատահաբար ռենտգենոլոգիական հետազոտության ժամանակ: Երկատումը նույնպես հեռացվեց առանց որկորի լորձաթաղանթի վնասման:

Երկու դեպքում էլ երեխաներն առողջացան և լավ վիճակում հիվանդանոցից դուրս գրվեցին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ванцян Э. Н. Вестник хирургии, 1954, т. 74, 5, стр. 76.
2. Долецкий С. Я. Хирургия, 1960, 12, стр. 39.
3. Старичков М. С. и Шаталова Н. А. Вестник рентгенологии и радиологии, 1958, 6, стр. 86.
4. Astley R., в кн. Radiology of the Alimentary Tract in Infancy. 1956, London.
5. Bickford B. J. Brit. J. Surg. 1949, v. 36, p. 410.
6. Borrie J. Brit. J. Surg. 1961, v. 48, p. 611.
7. Bremer J. L. Arch. Pathol. 1944, v. 38, p. 132.
8. Gross R. E., в кн.: The Surgery of Infancy and Childhood, 1957, Philadelphia—London.

9. **Hartle H.** XIth International Congress of the British Association of Paediatric Surgeons, 1964, Rotterdam.
10. **Lewis F. T. and Thyng F. W.** Am. J. Anat. 1908, v. 7, p. 505.
11. **Linc R. and Slanina J.** Radiol. Clin., 1958, v. 27, p. 16.
12. **Sale T. A.** Arch. dis. Child. 1953, v. 28, p. 325.
13. **Swenson O.,** в кн.: Pediatric surgery, 1958. New-York.