

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДИСФАГИЙ ПРИ АТРЕЗИЯХ ПИЩЕВОДА

А.И. Фадеев, А.Ф. Хамидуллин, С.Г. Анохина

*Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС (зав. - проф. А.А. Ахунзянов),
Детская республиканская клиническая больница (главврач - канд. мед. наук Е.В. Карпунин)
МЗ РТ, г. Казань*

Атрезия пищевода является одним из наиболее тяжелых врожденных пороков развития. Коррекция его сопровождается сложностями не только во время оперативного лечения, но и в послеоперационном периоде. В частности, в ближайшем послеоперационном периоде возможно развитие дисфагии, которая иногда сохраняется в течение длительного времени. В основе данного явления лежат две основные группы причин: неврологические - разобщенная иннервация верхнего и нижнего сегментов, выделение пищевода на большом протяжении, нарушения, связанные с перинатальным поражением ЦНС, и механические - стеноз в области пищевого анастомоза, несоответствие диаметров верхнего и нижнего сегментов, реканализация трахео-пищеводного свища. Затруднения в дифференцировании причин дисфагии приводят к ошибкам в диагнозе и неправильному выбору тактики, что отражается на эффективности и сроках лечения.

Цель настоящих исследований: оценка информативности различных методов исследования при дифференциальной диагностике послеоперационных дисфагий при атрезиях пищевода.

Проанализированы результаты лечения 68 новорожденных, оперированных по поводу атрезии пищевода. У 64 из них был нижний трахеопищеводный свищ, у одного - верхний, у одного - верхний и нижний, у 2 - бес свищевая форма. 26 детям с диастазом между фрагментами пищевода до 1,5 см выполнена операция по Haight. 42 пациентам, у которых расстояние между атрезированными концами пищевода варьировало от 1,5 до 3 см, операцию дополняли митомией верхнего сегмента до подслизистого слоя с целью его удлинения, что позволяло накладывать телескопический анастомоз.

После операции явления дисфагии (больные медленно сосали, с перерывами, с трудом сглатывали молоко, срыгивали и поперхивались во время корм-

ления) наблюдались у 54 новорожденных. Для выяснения причин этого явления детям были проведены рентгеноэзофагография (31), рентгеноэзофагоскопия (36), фиброэзофагоскопия (36), а при подозрении на реканализацию трахео-пищеводного свища - бронхоскопия одновременно с эзофагоскопией и контрастированием пищевода метиленовым синим. Рентгенологические исследования выполнялись на аппарате "Тошиба" (Япония), фиброэзофагоскопия - на установках "Олимпус" (Япония), бронхоскопия - детскими бронхоскопами фирмы "Шторц" (Германия).

Наименее информативным методом исследования оказалась рентгеноэзофагография: достоверно установить диагноз удалось у 21 ребенка (стеноз пищевода в области анастомоза - у 18, дивертикул пищевода - у 3). Рентгенограммы были информативными лишь в тех случаях, когда снимки выполнялись в момент прохождения контрастного вещества через проблемную зону или при задержке его в этой области. Дисфагия, вызванная неврологическими нарушениями, данным методом не обнаружилась.

Более информативной оказалась рентгеноэзофагоскопия (у 19), которая позволяла судить не только об анатомических проблемах, но и о функциональных нарушениях. Однако существенным ее недостатком следует считать значительную лучевую нагрузку. Ее удается избежать, если рентгеноэзофагоскопию проводить на ангиографической установке (у 17). Во время исследования выполнялась серия рентгенограмм с частотой 8 снимков в 1 с, вся информация сразу же поступала на центральный процессор компьютера. Специальное программное обеспечение позволяло воспроизвести и оценить полученную информацию в режиме видеозаписи, в различном скоростном режиме, вплоть до покадрового просмотра. Продолжительность исследования была сокращена до 10-15 секунд, то есть до времени необходи-

мого для выполнения одного-двух глотков с контрастным веществом, что само по себе является важным моментом в детской практике, так как из-за неприятного вкуса контрастного вещества ребенок нередко делает всего 1-2 глотка, а затем категорически отказывается. Рентгенологические исследования у больных изучаемой группы позволили подтвердить диагноз: дивертикул пищевода - у 3 больных с циркулярной миотомией верхнего сегмента, нарушение транзита контрастного вещества, не связанное с механическим препятствием или подозрением на трахео-пищеводную коммуникацию - 6, стеноз в области пищеводного анастомоза - у 23.

Сложной для рентгеноэзофагоскопии явилась диагностика трахео-пищеводного свища. Свищ контрастировался очень плохо, заброс в трахею был столь кратковременным, что четко зафиксировать этот момент не удавалось. У 4 детей была заподозрена реканализация трахео-пищеводного свища, в последующем у одного из них этот диагноз подтвердился, у остальных оказалась функциональная дисфагия. При рентгеноэзофагоскопии на ангиографической установке такие трудности не возникали, они легко разрешались посредством покадрового просмотра видеозаписи, на которой практически всегда удавалось рассмотреть законтрастированный трахео-пищеводный свищ.

Всем пациентам, которым проводилась рентгеноэзофагоскопия, выполнялась и фиброэзофагоскопия. Дивертикул пищевода был обнаружен у 3 новорожденных, стеноз в области анастомоза размером от 4 до 2 мм в диаметре - у 23. У 4 детей с подозрением на реканализацию трахео-пищеводного свища была использована одномоментная эзофагобронхоскопия с контрастированием пищевода метиленовым синим. Трахео-пищеводный свищ имел место у одного больного. Как показали результаты наших исследований, данный метод позволяет достаточно точно определить не только локализацию дивертикула, но и его величину, диаметр пищеводного анастомоза, степень отклонения его от сагиттальной оси, протяженность стеноза, подтвердить или исключить наличие трахео-пищеводного свища. В то же время он совершенно неэффективен в диагностике неврологических дисфагий. Минимальный срок после операции, когда была выполнена фиброэзофагос-

копия (7 дней), зарегистрирован у 3 больных, 10 дней - у 16, от 10 до 15 - у 21, от 15 до 30 - у 14. Осложнений не наблюдалось.

Таким образом, для диагностики причин послеоперационных дисфагий при атрезиях пищевода наиболее информативными методами исследования являются рентгеноэзофагоскопия на ангиографической установке и фиброэзофагоскопия. Традиционный рентгенологический метод хотя и является менее травматичным, однако сопровождается более высокой лучевой нагрузкой и не позволяет детализировать анатомические особенности, лежащие в основе дисфагии. Эзофагоскопия весьма информативна в диагностике дисфагий, вызванных анатомическими отклонениями, и совершенно непоказательна в отношении функциональных дисфагий.

ВЫВОДЫ

1. Для дифференциальной диагностики послеоперационных дисфагий у детей с атрезией пищевода оптимальны рентгеноэзофагоскопия, выполненная на ангиографической установке, и фиброэзофагоскопия.

2. Обследование больного целесообразно начинать с фиброэзофагоскопии, так как этот метод весьма информативен, не требует использования дорогостоящей аппаратуры и не сопровождается рентгеновским облучением ребенка.

3. Рентгеноэзофагоскопию на ангиографической установке следует проводить лишь в тех случаях, когда результаты фиброэзофагоскопии не дают ответ на все поставленные вопросы, или высок риск ее выполнения.

Поступила 12.01.05.

DIAGNOSIS OF POSTOPERATIVE DYSPHAGIAS IN ESOPHAGEAL ATRESIAS

A.I. Fadeev, A.F. Khamidullin, S.G. Anokhina

S u m m a r y

Based on experience of treatment of 68 patients with atresias of esophagus new examination methods are described. Roentgenoesophagoscopy performed on the angiographic apparatus and fibroesophagoscopy proved to be the most informative for differential diagnosis of postoperative dysphagias in children with atresia of esophagus. It is reasonable to begin examination of patients with fibroesophagoscopy. It does not require expensive equipment and is not accompanied by irradiation. Roentgenoesophagoscopy on the angiographic apparatus should be performed only in cases when fibroesophagoscopy does not provide answers to all questions or when risk during its performance is very high.