



ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Волерт Т.А.

СПб ГУЗ ДГБ №1, г.Санкт-Петербург

Волерт Татьяна Алексеевна

198215, Санкт-Петербург, б-р Новаторов, д.94

Тел.: 8 (495) 377 0402

E-mail: volertt@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Лечение детей с атрезией пищевода является одной из сложнейших задач в области хирургии новорожденных. 26 октября 1955 года в Советском Союзе впервые произведена успешная операция при атрезии пищевода у новорожденных под интубационным наркозом. Этот день можно считать датой рождения хирургии новорожденных в нашей стране. С тех пор технологии лечения этой аномалии претерпели значительную эволюцию и способствовали значительному росту выживаемости больных. В статье на основании большого числа собственных наблюдений дается описание отдаленного периода жизни детей после операций по поводу атрезий пищевода.

Ключевые слова: атрезия пищевода; диспансерное наблюдение; оперативное пособие; реабилитация; диспансерное наблюдение.

SUMMARY

Treatment of children with esophageal atresia is one of the greatest challenges in neonatal surgery. At the October 26, 1955 in the Soviet Union was first performed successful surgery for esophageal atresia in infants under intubation anesthesia. This day can be regarded as the birth of newborn surgery in our country. Since then, the technology of treatment of this anomaly had undergone considerable evolution and contributed to a significant increase in survival. In this article you can find description of the remote period of life of children after surgery for esophageal atresia on the basis of a large number of personal observations.

Keywords: esophageal atresia; dispensary observation, operational manual; rehabilitation; dispensary observation.

ВВЕДЕНИЕ

Лечение детей с атрезией пищевода является одной из сложнейших задач в области хирургии новорожденных. Первый успешный анастомоз при атрезии пищевода был выполнен в 1941 году Naight и Towsley. 26 октября 1955 года в Советском Союзе впервые произведена успешная операция при атрезии пищевода у новорожденных под интубационным наркозом (хирург Г. А. Баиров, анестезиолог Г. А. Бойков). Этот день можно считать датой рождения хирургии новорожденных в нашей стране. С тех пор технологии лечения этой

аномалии претерпели значительную эволюцию и способствовали значительному росту выживаемости больных [3].

За последние 5 лет в нашей клинике были пролечены 76 детей с атрезией пищевода, у 11 из них (15%) диагностирована неполная VACTERL-ассоциация. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем может быть компонентом комбинации пороков, обозначаемыми аббревиатурами VATER и VACTERL. При VATER-синдроме имеют место Vertebral defects – пороки развития позвоночника, Anal atresia

– атрезия заднего прохода, Tracheoesophageal fistula — трахеопищеводный свищ, Radial dysplasia — дисплазия лучевой кости, Renal malformations — пороки развития почек. При синдроме VACTERL дополнительно к перечисленному отмечаются Cardiac defects — пороки сердца и Limb anomalies — пороки развития конечностей [2]. 35 детей (46%) родились недоношенными, в том числе 15 — с экстремально низкой массой тела (19%). Самый маленький выживший ребенок с атрезией, которому анастомоз был наложен в первые сутки жизни, весил при рождении 960 граммов.

Все дети были оперированы в первые сутки: в 84% случаев наложен анастомоз пищевода (у каждого десятого ребенка отсроченный анастомоз), а в 16% (при несвищевой форме атрезии, а соответственно и большом диастазе) произведена эзофагостомия с гастростомией и последующей заградочной пластикой толстой кишкой. Чаще всего (75–83%) выявляли атрезию пищевода с нижним трахеопищеводным свищем.

До 1995 года прямой анастомоз накладывали при диастазе, не превышающим 1,5 см. В настоящее время мы пользуемся термином «преодолимый диастаз». Непреодолимым диастазом считается расстояние между сегментами пищевода, которое не позволяет наложить анастомоз без значительного натяжения. При выраженном диастазе для ослабления натяжения используется миотомия.

Цель исследования — изучить возможности динамического диспансерного наблюдения с использованием фиброэзофагогастроскопии в диагностике гастроэзофагеального рефлюкса и его осложнений у детей раннего возраста, оперированных по поводу атрезии пищевода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 30 детей с атрезией пищевода, получавших лечение в стационаре в период с 2006 по 2009 год. Соотношение девочек и мальчиков — 5:7. Средняя масса тела составила $2098 \pm 82,9$ грамма. Гестационный возраст к моменту рождения — 34 недели (от 28 до 37 недель). Все новорожденные в этой группе имели один и тот же анатомический вариант атрезии пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем — тип С по классификации Gross. Диастаз между проксимальным и дистальным сегментами составил в среднем 2 см, с диапазоном от 1,5 до 3 см. У 23% детей интраоперационная дистанция между немобилизованными проксимальным и дистальными сегментами пищевода составляла более 20 мм. В этом случае диастаз считается большим. Сочетанные аномалии развития диагностированы у 5 пациентов: VACTER-ассоциация — в 4 случаях, болезнь Дауна — у 1 ребенка.

При благоприятном течении послеоперационного периода через 2 недели после наложения

анастомоза производили калибровочное бужирование пищевода до бужа № 15. В рамках диспансерного наблюдения все дети в возрасте 1, 3, 6 месяцев были осмотрены хирургом. Всем наблюдаемым пациентам проводили диагностическую фиброэзофагоскопию, осмотр зоны анастомоза. При осмотре особое внимание уделяли зоне анастомоза и области пищеводно-желудочного перехода. В возрасте 6 месяцев по показаниям (клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса, рецидивирующие стриктуры анастомоза) выполняли рентгенологическое исследование пищевода с сульфатом бария.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В возрасте 1 месяца у 15 (50%) наблюдаемых детей отмечали периодические срыгивания, при этом у 8 детей объем срыгиваний не превышал 5 мл, самочувствие их не страдало. У 3 детей возникали эпизоды поперхивания и кратковременного апноэ во время кормления. У 24 детей (80%) в зоне анастомоза воспалительных явлений выявлено не было. У 2 (6%) детей была выявлена стриктура анастомоза диаметром 0,3–0,5 см с выраженными признаками воспаления (гиперемия, налеты фибрина), а у 14% детей сужение просвета пищевода от 0,5 до 0,6 см не сопровождалось выраженными воспалительными изменениями.

При повторном осмотре детей в возрасте 3 месяцев была выявлена следующая патология: субкомпенсированная стриктура анастомоза — у 4 детей, стриктура диаметром менее 0,5 см — у 3 детей, воспалительные изменения в зоне анастомоза выявлены у 5 детей. При осмотре зоны кардии недостаточность (зияние) кардии была выявлена у 10 детей, у 5 детей был выявлен катаральный рефлюкс-эзофагит.

В возрасте 6 месяцев у 10 обследуемых детей с клиническими проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса и с рецидивирующими стриктурами анастомоза, в том числе у 6 пациентов со значимым диастазом (86%), при рентгеноконтрастном исследовании пищевода был установлен гастроэзофагеальный рефлюкс.

Надо отметить, что гастроэзофагеальный рефлюкс был диагностирован у всех детей с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода. Эти наблюдения позволяют говорить о необходимости изучения влияния гастроэзофагеального рефлюкса на формирование рецидивирующей стриктуры анастомоза. Возможный механизм формирования заброса желудочного содержимого в пищевод — смещение вверх гастроэзофагеального перехода, снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера в результате тракции и перерастяжения мышц стенки пищевода [4; 5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенных исследований доказывают необходимость динамического диспансерного наблюдения детей с атрезией пищевода. В случаях значимого диастаза и наличия клинических проявлений гастроэзофагеального рефлюкса необходимо

проводить комплексное обследование детей в раннем возрасте для своевременного выявления и коррекции осложнений гастроэзофагеального рефлюкса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия/Пер. с англ. — СПб.: Хардворд, 1996.
2. Немилова Т. К., Иванов С. Л., Караваева С. А. и др. Лечение атрезии пищевода на современном этапе // Вестн. Педиатрич. акад. — Вып. 6. Сб. научных трудов. — СПб.: Изд. СПбГПМА, 2007. — С. 55–57.
3. Konkin D. E., O'Hail W. A. et al. Outcomes in esophageal atresia and tracheoesophageal fistula // J. Pediatr. Surg. — 2003. — Vol. 12. — P. 1726–1729.
4. Little D. C., Rescorla F. J. et al. Log-term analysis of children with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula // J. Pediatr. Surg. — 2003. — Vol. 6. — P. 852–856.

