

УДК 616.329+616-007.271:617-089-053.2/6

© Коллектив авторов, 2009.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ХЕРСОНСКОЙ ДЕТСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ

**А. В. Чернов, С. Н. Рыбась, А. В. Николенко, С. Г. Новосёлова, Ф. О. Гаврилюк***Херсонская областная детская клиническая больница, г. Херсон.*

### EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH AN ESOPHAGUS ATRESIA IN THE KHERSON CHILDREN'S REGIONAL HOSPITAL

**A. V. Chernov, S. N. Ribas', A. V. Nikolaenko, S. G. Novoselova, F. O. Gavrilyuk**

#### SUMMARY

Experience of treatment of 10 patients with different forms of esophageal atresia for 2006 - 2008 is resulted in the article. It would be desirable to pay attention to a significant amount prematurely born infants and infants with very low birth weight who began to meet in our daily work recently. The given category of patients represents significant difficulties in definition of tactics of treatment, carrying out of operation and conducting the postoperative period. The success in treatment can achieve only at modern equipment by the respiratory equipment, application of microsurgical technics and modern suture materials in technology of carrying out of operation.

### ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АТРЕЗІЄЮ СТРАВХОДУ В ХЕРСОНСЬКІЙ ДИТЯЧІЙ ОБЛАСНІЙ ЛІКАРНІ

**А. В. Чернов, С. М. Рибась, О. В. Николенко, С. Г. Новосёлова, Ф. О. Гаврилюк**

#### РЕЗЮМЕ

В статті наведений досвід лікування 10 хворих з різними формами атрезії стравоходу за 2006-2008 рр. Вважаємо за потрібне звернути увагу на зростаючу кількість недоношених дітей, з якими ми стали частіше стикатися в повсякденній роботі. Вказана категорія дітей створює значні труднощі при визначенні тактики лікування, виконання операції та веденню післяопераційного періоду. Успіх лікування в значній мірі обумовлено наявністю сучасної дихальної апаратури, застосуванням мікрочірургічної техніки та новітніх шовних матеріалів в технології проведення оперативних втручань.

**Ключевые слова:** атрезия пищевода, лечение, дети.

Согласно данным литературы в 5% случаев атрезия пищевода встречается при хромосомных болезнях. Популяционная частота – 0,3:1000. Сочетание мужского и женского пола – 1:1 [1].

«Никакая другая операция в детской хирургии не нуждается в столь глубоких знаниях (анатомических, хирургических), как операция у новорожденных при атрезии пищевода. Хирург, в течение многих лет, успешно оперирующий детей с атрезией пищевода, наиболее квалифицирован в операциях и на других органах ребенка. Хорошо известно, что результаты лечения атрезии пищевода отражают не только мастерство конкретного хирурга, но и уровень в целом всего медицинского учреждения, где лечат детей с атрезией пищевода»[2].

Цель работы: поделится опытом лечения детей с атрезией пищевода и различными сопутствующими аномалиями развития.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2006 по 2008 год нами оперировано 10 детей с различными видами атрезии пищевода: у восьмерых имелся нижний трахеопищеводный свищ, у одного верхний отрезок пищевода впадал в трахею и один больной не имел трахеопищеводного соустья, дистальный конец пищевода в грудной клетке отсутствовал. Диагностическая лапаротомия между верхним и нижним сегментами пищевода у пациентов составил от 1,5 см. до 3,5 см.

Группа недоношенных детей - 4 человека (40%). Сроки гестации составили от 31 недели до 34 недель. Вес при рождении от 950 гр. до 2060 гр.. В этой группе у одного ребенка сопутствующей врожденной аномалией развития явился синдром Патау.

Сопутствующими заболеваниями у маловесных детей явились: респираторный дистресс синдром, дыхательная недостаточность, перинатальное поражение ЦНС, анемия, холестаза, гипотрофия.

Группу доношенных детей составили 6 человек. Сроки гестации от 38 недель до 40 недель. Вес при рождении от 2700 гр. до 3780 гр. Сопутствующими врожденными аномалиями были: эписпадия, атрезия ануса, гипоспадия. Сопутствующими заболеваниями были: постгипоксическое поражение ЦНС, НЕК с перфорацией кишечника, двухсторонняя пневмония.

Все больные были оперированы, нам удалось избежать послеоперационной летальности.

Один больной с сопутствующей генетической патологией (синдром Патау) умер в возрасте 2 месяцев. Остальные находятся под наблюдением, отдаленных осложнений в настоящее время нет.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За период 2006-2008 годов, в условиях отделения хирургии новорожденных детской областной клинической больницы города Херсона оперировано десять

детей с различными формами атрезии пищевода.

Все больные были интубированы и успешно транспортированы в реанимационное отделение новорождённых из различных районов города Херсона и области.

После госпитализации, выполнялось лабораторное и инструментальное дообследование больных. В комплекс диагностических мероприятий входят -нейросонография, ультразвуковое обследование органов брюшной полости, рентгенография с контрастированием верхнего сегмента пищевода. Ребёнок осматривался смежными специалистами: невропатологом, педиатром. При необходимости выполнялись эндоскоп и чески е процедуры.

Лабораторное исследование включало в себя -общеклинические показатели крови, состояние кислотнощелочного обмена, печёночные пробы, показатели азотистого обмена.

Детям проводилась катетеризация вены с целью проведения инфузионной терапии. Каждые 30 - 40 мин. выполнялась санация ротовой полости, верхнего участка пищевода и трахеобронхиального дерева.

В среднем длительность предоперационной подготовки у доношенных детей составляла от 10 до 20 часов. В группе недоношенных от 16 часов до 5 суток.

Операция производилась под эндотрахеальным наркозом и правостороннего торакотомического доступа по общепринятым методикам. В ходе операции использовалось оптическое увеличение в 4 - 6 раз, микрохирургический инструментарий, пищеводный анастомоз накладывался нитями 7\0 . 8\0. Двум больным с диастазом 3 -4см. выполнялась мобилизация нижнего сегмента пищевода.

У девяти больных удалось выполнить первичный анастомоз пищевода. Один больной не имел дистального участка пищевода в грудной полости, ему выполнено наложение шейной эзофагостомы и питательной гастростомы.

Одному ребёнку из группы глубоко недоношенных детей, находящемуся в крайне тяжёлом состоянии, с весом 950 гр. выполнено наложение гастростомы, с её помощью в последующем выполнено контрастирование нижнего сегмента пищевода, начато энтеральное кормление, на пятые сутки жизни произведено наложение пищеводного анастомоза.

Среди доношенных детей у одного из больных одновременно с наложением пищеводного анастомоза пришлось выполнить наложение толстокишечного свища по поводу сопутствующей атрезии ануса.

Все пациенты в послеоперационном периоде находились в отделении реанимации. Лечение заключалось в продленной ИВЛ, инфузионной терапии,

парентеральном питании, антибактериальной терапии, обезболивании.

Дренаж из плевральной полости удалялся на 9 - 10 сутки.

В группе доношенных детей сроки ИВЛ составили от 5 до 30 суток, среди маловесных пациентов ИВЛ проводилась от 9 до 41 дня.

Хотел бы коротко остановиться на осложнениях ближайшего послеоперационного периода: у одного пациента на 11 день после операции развился язвенно некротический энтероколит с перфорацией кишечника, ещё через 7 дней у него появилось кишечное отделяемое по плевральному дренажу.

По поводу перфорации кишечника выполнена лапаротомия, санация брюшной полости, цекостомия. Явления несостоятельности пищевода удалось купировать консервативными мероприятиями.

Отдалённые результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Послеоперационных стенозов пищевода не выявлено, случаев реканализации трахеопищеводного свища нет.

Наши данные согласуются с литературными источниками [3]. Чаще всего встречается сочетание атрезии пищевода с нижним трахео-пищеводным свищем в 84% случаев. Атрезия пищевода без свища встречается заметно реже - 8%. Атрезия пищевода с проксимальным и дистальным трахео-пищеводным свищем 3% и атрезия пищевода с проксимальным свищем около 1%.

#### ВЫВОДЫ

1. Своевременная и адекватная транспортировка больных позволяет в полном объёме выполнить обследование больного, провести подготовку к операции в условиях реанимации новорождённых.
2. Во время операции стремимся наложить первичный пищеводный анастомоз во всех случаях, несмотря на величину диастаза.
3. Применение прецизионной технологии позволяет мобилизовать нижний сегмент пищевода без нарушения трофики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зернов Н. Г., Сашенкова Т.П., Остроухова И.П. Заболевание пищевода у детей. - М.:«Медицина» - 1988. - 173с.
2. Management of Esophageal Atresia: Diagnosis. Therapy, Complication and Late Results \ Eds g. h. Willitai, C Nihoul-Fekete, N. Myerrrrrs. - Munchen, 1990.
3. Holder TM. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. // Pediatric Esophageal Surgery. - 1986. - P. 29-52.