

УДК: 616.329-007.271-089

Терещенко Олег Анатольевич

доктор медицинских наук,
заведующий хирургическим отделением №3.
Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар
mr.toa1966@mail.ru

Мазурова Ирина Георгиевна

врач-хирург хирургического отделения №3
Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар
Milena.555@mail.ru

Полеев Александр Вадимович

кандидат медицинских наук,
врач-хирург хирургического отделения №3
Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар
Milena.555@mail.ru

Стрюковский Андрей Евгеньевич

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры хирургических болезней
Кубанского государственного
медицинского
университета, Краснодар
Milena.555@mail.ru

Oleg A.Tereshchenko

doctor of medical sciences,
manager of surgical office No. 3
Children's regional clinical hospital, Krasnodar
mr .toa1966@mail.ru

Irina G. Mazurova

doctor-surgeon of surgical office No. 3
Children's regional clinical hospital, Krasnodar
Milena .555@mail.ru

Alexander V. Poleev

candidate of medical sciences,
doctor-surgeon of surgical office No. 3
Children's regional clinical hospital, Krasnodar
Milena .555@mail.ru

Andrey E.Stryukovsky

candidate of medical sciences,
associate professor of surgical diseases
children's, The Kuban state medical
university, Krasnodar
Milena .555@mail.ru

ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

THE APPROACH TO SURGICAL METHOD OF THE TREATMENT OF ATRESIA OF ESOPHAGUS

***Аннотация.** В статье отмечается, что в последние годы отмечаются существенные изменения в подходе к выбору метода хирургического лечения атрезии пищевода. Основное изменение в хирургической тактике – преимущественное наложение анастомоза (первичного или отсроченного). Основными осложнениями хирургической коррекции являются: несостоятельность анастомоза, стеноз пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс. Невысокая частота осложнений, а также положительные отдаленные результаты свидетельствуют о правильности выбранной тактики.*

***Ключевые слова:** атрезия пищевода, элонгация пищевода, несостоятельность анастомоза, стриктура пищевода, гастроэзофагеальный рефлюкс, бужирование, лечение.*

***Annotatio..** For the last years the essential changes in the approach to the selection of surgical method of the treatment of atresia of esophagus are marked out. The main changes in surgical tactic consist of preferential esophageal anastomosis (primary or delayed). The main complications of surgical correction are: dehiscence of anastomosis, esophageal stricture and gastroesophageal reflux. The low rate of complications and positive long-term results show the correctness of the chosen tactics.*

***Key words:** esophageal atresia, esophageal elongation, dehiscence of anastomosis, esophageal stricture, gastroesophageal reflux, bouginage, treatment.*

Атрезия пищевода (АП) – порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода, относится к угрожающим жизни порокам развития, частота которых составляет от 1:2440 до 1:4500 новорожденных. В 84-92% случаев атрезия пищевода сочетается с наличием трахеопищеводного свища (ТПС).

За последние 7 лет (2007-2014 года) в Детскую Краевую Клиническую больницу поступило 138 новорожденных с атрезией пищевода. Все пациенты были оперированы.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении АП в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Отмечаются существенные изменения в подходе к выбору метода хирургического лечения. Успех лечения во многом зависит от диастаза между концами сегментов пищевода.

Основной хирургической тактикой является первичная реконструкция порока у пациентов, которым удастся восстановить проходимость пищевода

посредством наложения первичного анастомоза или выполнения различных отсроченных первичных анастомозов, не только при АП с нижним ТПС, но и попытки радикального вмешательства при изолированной форме порока (без свищей). Традиционный способ вмешательства – заднебоковая торакотомия справа. Однако с каждым годом увеличивается число торакоскопических оперативных пособий, которые обеспечивают лучший косметический результат.

Основной проблемой лечения пациентов с АП остается большой диастаз между сегментами, который дает наибольшее количество осложнений: стриктуру, несостоятельность анастомоза и реканализацию трахеопищеводной фистулы.

Наложение первичного анастомоза (однорядным швом) проводится в том случае, когда после пересечения ТПС от трахеи и мобилизации сегментов их удается свести без значительного натяжения. Небольшим натяжением можно пренебречь. При большом диастазе с целью уменьшения натяжения производится фиксация выше и ниже зоны анастомоза концов пищевода к паравертебральной фасции. Кроме того, при существенном диастазе мы применяем различные способы «удлинения» верхнего сегмента, в частности – миотомию по Livaditis.

Отсроченный анастомоз пищевода показан при изолированных формах АП, или в тех ситуациях, когда, несмотря на тщательную мобилизацию сегментов и использование методов удлинения верхнего сегмента, диастаз остается значимым и наложить анастомоз без существенного натяжения не представляется возможным.

В этих случаях применяем способ лечения АП путем удлинения проксимального и дистального сегментов пищевода в результате их самостоятельного роста и бужирования проксимального сегмента пищевода в течение 8-10 недель после перевязки и пересечения ТПС с фиксацией дистального отдела пищевода к паравертебральной фасции и наложения гастростомы. До наложения отсроченного анастомоза обеспечивается постоянный, пассивный отток слюны через назоэзофагеальный зонд и активная аспирация слюны из верхнего сегмента пищевода. После проведенного контрольного рентгенологического обследования для определения величины диастаза между сегментами, вторым этапом хирургической коррекции пищеводные сегменты соединяются анастомозом «конец в конец».

Основным осложнением в раннем послеоперационном периоде является несостоятельность эзофагоэзофагоанастомоза и развитие гнойного медиастенита. Хирургическая тактика при несостоятельности анастомоза до настоящего времени четко не определена. В случае неэффективности консервативной терапии, в одном случае была проведена повторная операция с разобщением анастомоза и созданием верхней эзофаго- и гастростомы, в другом случае – сохранен анастомоз, но наложена двойная гастростома.

Общей проблемой послеоперационного периода у больных, которым применяли различные способы элонгации, является развитие

гастроэзофагеального рефлюкса, влияющего на формирование стриктуры пищевода, обусловленного нарушением функции нижнего растянутого сегмента пищевода, смещением вверх нижнего пищеводного сфинктера и гастроэзофагеального перехода, замедлением опорожнения желудка.

Контроль над рефлюксом обеспечивает низкий процент формирования стриктур в области анастомоза.

У всех детей с развившимся послеоперационным стенозом пищевода диагностируется ГЭР, требующий проведения консервативной терапии с одновременным лечением стеноза пищевода. Курс лечения включает позиционную (постуральную), диетотерапию, медикаментозную антирефлюксную терапию, антихеликобактерную терапию, физиотерапевтическое лечение. Одновременно проводится бужирование зоны стеноза баллонными дилатациями или бужирование по металлической струне-проводнику, затем без проводника.

Неудовлетворительный результат консервативного лечения, с точки зрения динамики стеноза анастомоза пищевода и динамики ГЭР, требует проведения хирургической коррекции ГЭР, осуществляющееся разными способами: «щадящая» фундопликация по Nissen (без пересечения коротких желудочных сосудов), операция Таля, и способ с использованием круглой связки печени (имитация кардиального жома и одновременной гастропексии)

Результаты лечения новорожденных с атрезией пищевода значительно улучшились за последнее время. Об этом свидетельствуют уменьшение летальности общей и послеоперационной, уменьшение количества несостоятельности пищевода, отсутствие кровотечений и рецидивов трахеопищеводного свища. Основной риск удлиняющих операций главным образом связан с возникающим натяжением в области пищеводного соустья, что ведет к возникновению гастроэзофагеального рефлюкса и формированию зависимых от него стриктур. Однако все эти состояния в настоящее время успешно корригируются с помощью проведения консервативной терапии, антирефлюксных процедур и баллонных дилатаций. Самым главным результатом проведенной коррекции является создание проходимого, хорошо функционирующего нативного пищевода.

Литература:

1. Баиров Г.В., Атлас операций у новорожденных. Г.А.Баиров, Ю.Л.Дорошевский, Т.К.Немилова. Л. Медицина, 1984. 254с.
2. Дубровская М.И. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей раннего возраста. Вопросы практической педиатрии, 2010, т.5 №2, С.92-96
3. Исаков Ю.Ф., Володин Н.Н., Гераськин А.В. Неонатальная хирургия. Издательство «Династия», 2011. С.369-388
4. Красовская Т.В. Хирургическая тактика при различных формах атрезии пищевода: обзор /Т.В.Красовская, Ю.И.Кучеров, Х.Н.Батаев. Детская хирургия. 2000. №5. С.46-50
5. Mortell A.E.,Azizkhan R.G. Esophageal atresia with thoracotomy: the Cincinnati contemporary experience. Semin. Pediatr. Surg. 2009; 18: 12 – 9.

6. Oddsberg J., Jia Ch., Nilsson E et al. Influence of material maternal parity, age, and ethnicity on risk of esophageal atresia in the infant in a population-based study. *J Pediatric Surgery* 2008; 43: 1660 – 5.

7. Peyvasteh M. et al. A Study of Esophageal Strictures after Surgical repair of Esophageal Atresia /Pak. J. Med. Sci. – 2006. – Vol.22, N3. – P.269-272

8. Qahtani A.R. et al. Lengthening technique for long gap esophageal atresia and early anastomosis. – 2003/ - Vol.38, N2. – P.737-739

Literature:

1. Bairov G. V., the Atlas of operations at newborns/G. A. Bairov, Yu.L.Doroshevsky, T.K. Nemilova. – L.: Medicine, 1984. – 254s.

2. Dubrovskaya M. I. Gastroezofagealny a reflux at children of early age / Questions of practical pediatrics, 2010, t.5 No. 2, page 92-96

3. Isakov Yu.F., Volodin N. N., Geraskin A.V. Neonatal surgery. – Dinastiya publishing house, 2011. – page 369-388

4. Krasovsky T.V. Hirurgicheskaya tactics at various forms of an atresia of a gullet: review/T. V. Krasovskaya, Yu.I.Kucherov, H. N. Batayev//Children's surgery. – 2000. - No. 5. – page 46-50

5. Mortell A.E., Azizkhan R.G. Esofageal atresia with thoracotomy: Cincinnati contemporary experience. *Semin. Pediatr. Surg.* 2009; 18: 12 – 9.

6. Oddsberg J., Jia Ch., Nilsson E et al. Influence of material maternal parity, age, and ethnicity on risk of esophageal atresia in the infant in a population-based study. *J Pediatric Surgery* 2008; 43: 1660 – 5.

7. Peyvasteh M. et al. A Study of Esophageal Strictures after Surgical repair of Esophageal Atresia/Pak. J. Med. Sci. – 2006. – Vol.22, N3. – P.269-272

8. Qahtani A.R. et al. Lengthening technique for long gap esophageal atresia and early anastomosis. – 2003/-Vol.38, N2. – P.737-739