

6. Самсыгина, Г. Дисбактериоз. Диагноз устарел? Биоценоз желудочно-кишечного тракта новорожденного / Г. Самсыгина // 9 месяцев. – 2002. - №3. – С. 15 – 18.

7. Шендеров, Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Микрофлора человека и животных / Б.А. Шендеров. - Москва: Грантъ, 1998. - 288 с.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

В.В. Новосад – ассистент; В.И. Ковальчук – д.м.н., заведующий кафедрой

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Кафедра детской хирургии, Гродно, Беларусь*

The article presents the results of examination of 15 children with esophageal atresia in the early postoperative period after a successful correction of malformation. Comparative estimation of majority postoperative complications such as dehiscence of anastomosis, esophageal stricture, recurrence of the tracheoesophageal fistula, hemorrhage was made in both group.

Key words: esophageal atresia, dehiscence of anastomosis, esophageal stricture, recurrence of the tracheoesophageal fistula, hemorrhage.

Введение. Атрезия пищевода (АП) — порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода. Встречается в одном случае на каждые 3500 новорожденных [1, 2].

В 84–92% случаев атрезия пищевода сочетается с наличием трахеопищеводного свища (ТПС) [2, 3].

При атрезии пищевода задачей операции является восстановление его проходимости и разобщение пищеводно-трахеального свища [1].

Материалы и методы исследований. Проанализированы результаты лечения детей с атрезией пищевода с 2005 по 2011 годы. С 2005 года в клинике детской хирургии находились на лечении 15 больных с атрезией пищевода. Диагноз был выставлен в роддоме в первые часы после родов при зондировании пищевода и выполнении пробы Элефанта. Ребенок переводился на пост интенсивной терапии отделения новорожденных детской клинической больницы. Выявлены различные варианты порока. Чаще встречались формы с трахеопищеводным свищом (таблица 1).

Таблица 1 – Основные формы атрезии пищевода

Вариант АП	Количество пациентов
Изолированная АП	2(13,3%)
АП с дистальным ТПС	10 (66,7%)
АП с проксимальным ТПС	1 (6,7%)
АП с дистальным и проксимальным ТПС	2 (13,3%)

Результаты. Прямой эзофагоэзофагоанастомоз был наложен у 14 больных. У 3 больных диастаз между сегментами пищевода составил до 1,5 см. При диастазе 1,5–2,0 см мы накладывали анастомоз по разработанной в клинике методике фиксации выше и ниже зоны анастомоза концов пищевода к превертебральной фасции. Данная методика использовалась у 7 новорожденных с атрезией пищевода, у которых диастаз между концами пищевода во время операции составил 1,5–2 см.

Атрезия пищевода с большим диастазом между концами выявлена у 5 больных, из них у 2 пациентов с изолированной АП и у 3 больных с АП с дистальным ТПС. Следует отметить, что при изолированной АП наложение первичного эзофагоанастомоза невозможно, так как всегда имеется большой диастаз. У больных с АП со свищем оценить диастаз можно только во время торакотомии, когда выполняется устранение трахеопищеводного свища.

У 4 (1 ребенок с изолированной АП и 3 с АП с дистальным ТПС) детей из этой группы проводилось удлинение пищевода путем бужирования его проксимального отдела. Один ребенок умер до операции. Ребенку с изолированной АП выполнялась гастростомия по Кадеру. Пациентам с АП с дистальным ТПС выполнялась торакотомия, устранение трахеопищеводного свища по разработанной методике (использовали в 4 случаях) и фиксация дистального конца пищевода к превертебральной фасции, а на 2 - 3 сутки выполнялась гастростомия по Кадеру. Всем пациентам из данной группы налаживалась система постоянной аспирации слюны из проксимального отдела пищевода.

Бужирование проксимального отдела пищевода начинали с 3-4 суток после устранения ТПС и наложения гастростомы. Для данной процедуры использовались трубки для питания новорожденных №10. Кратность бужирования – 3–4 раза в сутки. Через 3 недели проводили контроль. В проксимальный отдел пищевода вводили по катетеру 1,5–2,0 мл урографина, а в дистальный конец пищевода через гастростому гибкий бронхоскоп, выполнялась обзорная рентгенография. По расстоянию между уровнем контрастного препарата и бронхоскопа оценивали диастаз. Если диастаз оставался более 2,0 см, продолжали бужирование проксимального отдела пищевода с рентгенконтролем через 3 недели.

Сократить диастаз между концами пищевода до 2,0 см и менее удавалось к 6-9 неделе (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты бужирования пищевода

Диастаз до бужирования	Через 3 недели после бужирования	Через 6 недель после бужирования	Через 9 недель после бужирования
3,0	2,0	1,0	-
3,5	2,5	1,5	-
4,4	3,5	2,8	1,8
5,0	3,8	2,7	2,0

Затем выполнялась торакотомия (реторакотомия) и накладывался отсроченный эзофагоанастомоз.

В 3 случаях выполнялась фиксация зоны анастомоза по разработанной методике.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: несостоятельность анастомоза 2 (13,3%), стеноз пищевода 5 (33,3%). Общая летальность составила 40,6%, летальность от осложнений, связанных с операцией – 13,3%.

Выводы. Использование при атрезии пищевода разработанного метода фиксации его сегментов при диастазе 1,5–2,0 см снижает натяжение в зоне эзофагоэзофагоанастомоза.

Бужирование проксимального отдела пищевода при атрезии пищевода с большим диастазом между его сегментами позволяет избежать шейной эзофагостомии и создания в последующем искусственного пищевода.

Список литературы:

1. Баиров, Г.А. Атлас операций у новорожденных / Г.А. Баиров, Ю.Л. Дорошевский, Т.К. Немилова// - Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1984.- 254 с.
2. 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.
3. Москаленко, В.З. Природжені вади розвитку травного тракту / В.З. Москаленко [и др]; под общ. ред. В.З. Москаленко// – Севастополь: Вебер, 2003. – 103 с.