

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА. ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лидяева Е.Е., Стриженок Д.С., Карпова И.Ю.

Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород

Материалы и методы. В Детской городской клинической больнице № 1 Нижнего Новгорода в период с 2019–2021 гг. находились на лечении 7 пациентов с атрезией пищевода. Во всех случаях патология диагностирована постнатально. Доношенных новорожденных было 5, недоношенных — 2. Эзофагографию выполняли с водорастворимым контрастным веществом (раствор «Тразограф», 2 мл) на которой в 100% случаев установлена атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (АП ДТПС). Множественные пороки развития выявили у 3 новорожденных (1 — синдром Эдвардса, 1 — неполный VACTER-синдром, 1 — сочетание с низкой формой атрезии ануса). В 4 случаях АП являлась изолированной аномалией.

После предоперационной подготовки на 2–4-е сутки все пациенты были прооперированы. Торакоскопическую коррекцию осуществили 5 младенцам, в 2 случаях использовали видеоассистированный мини-торакотомный доступ.

Одноэтапная пластика АП с разделением трахеопищеводного свища и формированием прямого эзофаго-эзофагоанастомоза проведена 6 новорожденным. Ребенку с очень низкой массой тела (1060 г) и подтвержденным синдромом Эдвардса, из-за крайней степени тяжести, использовали видеоассистированный мини-торакотомный доступ для ликвидации ДТПС.

Длительность торакоскопических вмешательств составила $165 \pm 30,5$ мин (min = 125 мин; max = 195 мин). После операции выхаживание пациентов осуществляли в ОРИТ на открытой реанимационной системе или в режиме кювеза. Искусственную вентиляцию легких выполняли в режиме P-SIMV, в рамках антибактериальной терапии назначали защищенные цефалоспорины, амикацин, метрогил в течение 10 суток, дренирование плевральной полости было с пассивной аспирацией по Бюлау. С целью нейровегетативной блокады титровали фентанил, при катетеризации эпидурального пространства использовали ропивакаин.

На 7-е сутки после операции больным начинали вводить пробное энтеральное питание через назогастральный зонд сцеженным грудным молоком или адаптированной молочной смесью. Через 10 суток — проводили контрольную эзофагографию.

Результаты. В двух случаях была констатирована несостоятельность анастомоза (1 — на 6 сутки после оперативного лечения, 1 — на 11-е сутки), потребовавшая проведения дополнительного дренирования плевральной полости. У двоих детей в отдаленном послеоперационном периоде был установлен рубцовый стеноз пищевода, проводилось однократное бужирование пищевода по струне под контролем фиброэндоскопа. Одному новорожденному в возрасте 2,5 месяцев диагностирован рецидив трахеопищеводного свища, с последующей торакоскопической ликвидацией последнего. В удовлетворительном состоянии 6 пациентов выписаны домой, умер 1 младенец с очень низкой массой тела и синдромом Эдвардса.

Заключение. Таким образом, торакоскопический метод лечения атрезии пищевода является мало-травматичным вмешательством, создающим хорошую панораму операционного поля. Методика не требует длительной седации и аналгезии с применением опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде в условиях ОРИТ, не формирует грубые рубцовые изменения и косто-мышечные деформации, дает возможность ранней экстубации и восстановления энтерального питания.