

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Алхасов А.Б., Гурская А.С., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н., Баязитов Р.Р.,
Ратников С.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Атрезия пищевода (АП) — патология, представляющая один из наиболее сложных разделов детской хирургии.

Цель: оптимизация тактики лечения детей с АП.

Методы. С января 2018 по февраль 2022 г. в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста было пролечено 28 пациентов с атрезией пищевода. У 21 ребенка атрезия пищевода сочеталась с дистальным трахеопищеводным свищем (ТПС), а у 7 новорожденных была выявлена бессвищевая форма порока. Данные рентгенологического обследования и положительная проба Элефанта были показанием к переводу в хирургический стационар. Диагноз был подтвержден при проведении рентгенконтрастного исследования, а наличие газонаполнения петель кишечника свидетельствовало о наличии ТПС. Всем детям было выполнено комплексное обследование.

Результаты. Сопутствующая патология (дуоденальная непроходимость, атрезия ануса, пороки развития сердца, почек, костной системы) была выявлена в 43 % случаев ($n = 12$). У 21 ребенка (75 %) была выполнена торакоскопическая перевязка ТПС, торакоскопическое наложение эзофаго-эзофагоанастомоза. У 2 детей (7 %) была выявлена несостоятельность анастомоза, потребовавшая повторной торакоскопии с ушиванием дефекта. У 7 пациентов (25 %) с бессвищевой формой атрезии пищевода во всех случаях был выявлен непреодолимый диастаз между оральным и аборальным сегментами пищевода, наложены эзофаго- и гастростомы. В одном случае отмечен летальный исход у ребенка с весом 900 г, недоношенностью 28 нед., синдромом фето-фетальной трансфузии (ребенок являлся донором), панцитопенией, геморрагическим синдромом и полиорганной недостаточностью. В связи с крайней тяжестью состояния была выполнена торакотомия и перевязка ТПС, летальный исход наступил в течение первых послеоперационных суток. Остальные пациенты ($n = 27$) были выписаны домой в удовлетворительном состоянии с обязательной последующей госпитализацией в возрасте 2 мес. для проведения контрольного обследования. В 6 случаях (21 %) сформировался рубцовый стеноз пищевода, потребовавший проведения этапного бужирования пищевода. В 1 случае (4 %) в связи с формированием протяженного стеноза, неподдающегося бужированию, была выполнена экстирпация пищевода, ребенок готовится к пластике пищевода. В настоящее время 5 детям (18 %) с бессвищевой формой атрезии пищевода в возрасте 8–12 мес. на базе отделения торакальной хирургии уже выполнена колоэзофагопластика, 2 ребенка (7 %) готовятся к проведению операции.

Заключение. Анализ отдаленных результатов лечения новорожденных с атрезией пищевода показал, что у 71 % ($n = 20$) пациентов возможно сохранить собственный пищевод и наложить первичный эзофаго-эзофагоанастомоз. У детей с бессвищевой формой АП в 100 % случаев, по нашим данным, наложить первичный анастомоз не представлялось невозможным.

Ключевые слова: атрезия пищевода; трахеопищеводный свищ; эзофаго-эзофагоанастомоз; пластика пищевода; стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза; бессвищевая форма, дети.