

ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Тарасов А.Ю.¹, Саввина В.А.²

¹ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Якутск, Россия;

² Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

Обоснование. На современном этапе в лечении атрезии пищевода (АП) актуальными вопросами остаются тщательное формирование эзофагоанастомоза, уменьшение послеоперационных осложнений, сохранение «нативного» пищевода и хорошее качество жизни пациентов. Стеноз пищевода частая причина повторных вмешательств, приводящая в ряде случаев к потере пищевода. Существуют различные варианты дилатации стеноза, некоторые могут привести к фатальным осложнениям.

Цель: анализ методов лечения стеноза эзофагоанастомоза у детей с атрезией пищевода в РС (Я).

Материалы и методы. За период 2001–2021 гг. в хирургическое отделение поступило 87 новорожденных с АП. Первичный эзофагоанастомоз наложен 79 пациентам (90,8 %). Торакоскопический эзофагоанастомоз выполнен у 22 детей. Стеноз эзофагоанастомоза выявлен у 27 пациентов (34,1 %), и подтвержден после проведения эндоскопии и контрастного исследования. В период 2001–2011 гг. было 40 пациентов, перенесших эзофагоанастомоз. Всем пациентам проводилось прямое «слепое» калибровочное бужирование после 21 дня с момента операции. Стеноз сформировался у 15 детей. Применялись следующие методы дилатации: прямое «слепое» бужирование у 10 детей (всего 28 процедур), баллонная гидродилатация у 5 детей (всего 10 процедур). Перфорация в зоне эзофагоанастомоза возникла у 3 пациентов. В одном случае зафиксирован летальный исход. В период 2012–2021 гг. эзофагоанастомоз наложен 47 пациентам. Тактика и метод бужирования были изменены. Всем пациентам после 21 дня выполнялось эндоскопическое исследование, при этом важное значение придавали проведению эндоскопа 5 мм за зону эзофагоанастомоза. Если у пациента возникали клинические проявления дисфагии и эндоскопический аппарат не проходил зону анастомоза, таким детям назначали проведение бужирования. Таких пациентов было 12. Причем в 2 раза меньше после торакоскопического вмешательства (8 случаев торакотомии, 4 торакоскопии). Бужирование проводили по струне-проводнику и эндоскопическим контролем. Как правило, было достаточно 2 сеансов дилатации эзофагоанастомоза. Осложнений в этой группе детей не отмечено. В одном случае при рефрактерном стенозе выполнен реторакоскопический эзофагоанастомоз.

Выводы. Операцией выбора при АП является наложение прямого торакоскопического анастомоза, при котором значительно снижается количество послеоперационных осложнений. Целесообразно избирательно ставить показания к дилатации эзофагоанастомоза. Послеоперационные стенозы должны быть ликвидированы наиболее безопасным методом бужирования пищевода по струне.

Ключевые слова: атрезия пищевода; стеноз эзофагоанастомоза; дети; бужирование.