

ОПЫТ РАННЕЙ КОРРЕКЦИИ БЕССВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Тараканов А.В.¹, Клименко А.Н.², Полеев А.В.²

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

² Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Хирургическое лечение детей с различными формами атрезии пищевода (АП) направлено на использование собственного пищевода для пластики. Наиболее благоприятны первичные пластики со сближением его отрезков в период первых месяцев жизни. Не при всех формах порока удается осуществить первичную пластику пищевода. Бессвищевая форма атрезии пищевода относится к категории редких вариантов. Расстояние между отрезками пищевода достигает 4–5 см и Располагаем опытом лечения двух пациентов с бессвищевой формой АП, когда диастаз между отрезками пищевода достигает 4–5 см и не позволяет создать первичный анастомоз.

После рождения у этой группы детей в первые 3 суток выполняем первый этап оперативного лечения — выведения эзофагостомы (с целью эвакуации слюны) и наложения гастростомы (для ранней энтеральной адаптации). Таким образом добиваемся устойчивой прибавки в весе, купируем дыхательную недостаточность. Отсутствие трахео-пищеводного свища позволяет проводить консервативную терапию длительное время с целью компенсации имеющихся сопутствующих нарушений систем и органов. Это позволяет выписать детей домой на амбулаторный этап лечения.

В последующем возрасте 2 и 3 мес. детям выполняли операцию Льюиса в собственной модификации (дополнив ее еюностомой и антирефлюксной защитой).

Техника операции: внеплевральная торакотомия справа в 3 межреберье. Обнажается заднее средостение. Оральный отрезок мобилизуется. Производим лапаротомию, мобилизуем желудок, выводим аборальный отрезок пищевода из средостения в брюшную полость, где он резецируется и культи ушивается. Выполняется пилоромиотомия без вскрытия слизистой оболочки. Формируется канал в заднее средостение для перемещения желудка. Под контролем из двух доступов желудок перемещается в заднее средостение и формируется эзофагогастроанастомоз «конец в конец» двухрядным швом с созданием антирефлюксного клапана. В 20 см от связки Трейца сформирована подвесная еюностомия по Витцелю. Дренирование области анастомоза в средостении со стороны грудной клетки и поддиафрагмального пространства слева через брюшную стенку.

Бужирования пищевода в обоих наблюдениях не потребовалось. Длительность лечения с обследованием и предоперационной подготовкой — на втором этапе (пластика пищевода) была 28–33 дней. Отдаленные результаты прослежены от 3 до 7 лет — рост и развитие соответствует здоровым сверстникам.

Выводы. Данный вид оперативного лечения (пластики пищевода желудком по методу Льюиса в собственной модификации) является менее травматичным по сравнению с замещением пищевода кишечником, позволяет сохранить анатомическое расположение орального отрезка пищевода и топику в средостении, создать эзофаго-гастроанастомоз с антирефлюксной защитой. Также при данном способе операции возможно воссоздание пищевода уже в раннем возрасте, выводя ребенка на физиологические нормы вскармливания.