Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

УДК 616.329-007.217-036.8

О.В. Спахі, О.В. Лятуринська, М.О. Макарова

Результати лікування дітей з атрезією стравоходу

Запорізький державний медичний університет, Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.3(60):46-50; DOI 10.15574/PS.2018.60.46

Мета: вивчити результати лікування новонароджених з атрезією стравоходу, фактори ризику летального результату в післяопераційному періоді, особливості їх росту і розвитку в перші роки життя.

Матеріали і методи. Проаналізовано історії хвороби 84 новонароджених дітей з атрезією стравоходу, прооперованих у клініці дитячої хірургії м. Запоріжжя за 25 років. Народилися недоношеними 52 (63%) дитини. Переважали хлопчики – 53 (63%) дитини. У 39 (46%) дітей виявлені поєднані вади розвитку. Усіх дітей оперували в терміново-плановому порядку, після передопераційної підготовки та комплексного обстеження.

Результати. У 81 (96%) дитини була виявлена атрезія стравоходу з нижньою трахеостравохідною норицею, у 2 (1,6%) дітей атрезія стравоходу без нориці, в однієї дитини було дві нориці. У всіх випадках атрезії з нижньою трахеостравохідною норицею накладено прямий анастомоз «кінець у кінець» після відсікання трахеонориці від трахеї. При великому діастазі між сегментами стравоходу до 3,5 см прямий анастомоз накладено після циркуляторної міотомії верхнього відділу стравоходу. Обом дітям з безнорицевою формою атрезії стравоходу накладено шийну езофагостому і гастростому. До 1995 р. летальність склала 55,5%, з 1995 р. по 2005 р. – 24% (вижили 10 дітей із 13 прооперованих). За останні 12 років померло троє з прооперованих дітей, що мали супутню патологію серця і головного мозку. Серед ускладнень раннього післяопераційного періоду переважала аспіраційна пневмонія, яка спостерігалася у 53% випадків. Неспроможність анастомозу відзначена у двох випадках.

Висновки. Результат оперативного лікування хворих з атрезією стравоходу залежить від правильної оцінки стану хворого при надходженні, раціонального вибору часу і методу оперативного лікування, терміну гестації, наявності супутньої патології та поєднаних вад розвитку.

Ключові слова: атрезія стравоходу, новонароджені, трахеостравохідна нориця.

Treatment outcomes of children with oesophageal atresia

O.V. Spakhi, O.V. Liaturynska, M.O. Makarova

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Objective: to study the treatment outcomes of newborns with oesophageal atresia (EA), the risk factors of lethal outcome in the postoperative period, the features of their growth and development during the first years of life.

Materials and methods. The case histories of 84 newborns with oesophageal atresia, operated in Zaporizhzhia Clinic of Paediatric Surgery for the last 25 years, were analysed. There were 52 (63%) prematurely born children. The boys prevailed – 53 children (63%). The combined developmental malformations were found in 39 (46%) children. All children were operated in urgent and planned manner, after preoperative preparation and comprehensive examination.

Results. Out of 84 children with oesophageal atresia, 81 children (96%) had EA with a lower tracheoesophageal fistula, two children (1.6%) had a non-fistula form, one child had two fistulas. In all cases of EA with the lower tracheoesophageal fistula, an end-to-end anastomosis was applied after cutting off the tracheoesophageal fistula from the trachea. In case of a long gap between the segments of the oesophagus up to 3.5 cm, a direct anastomosis was performed after the circulatory myotomy of the proximal oesophageal segment. In both children with blind pouches and no fistula presented, there were cervical oesophagostomy and gastrostomy provided. Mortality was 55.5% before 1995 and during the period of 1995-2005 – 24% (10 children out of 13 operated survived). Over the past 12 years, three of all operated children who had concomitant cardiac and brain malformations died. Among the complications of the early postoperative period, aspiration pneumonia prevailed, which was observed in 53% of cases. The anastomotic leakage was registered in 2 cases.

Conclusions. The outcome of the surgical treatment of patients with EA depends upon the correct assessment of the patient's general condition upon admission, rational choice of time and method of surgical treatment, gestational age, concomitant pathology and developmental defects.

Key words: oesophageal atresia, newborns, tracheoesophageal fistula.

Результаты лечения детей с атрезией пищевода

О.В. Спахи, О.В. Лятуринская, М.А, Макарова

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Цель: изучить результаты лечения новорожденных с атрезией пищевода, факторы риска летального исхода в послеоперационном периоде, особенности их роста и развития в первые годы жизни.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 84 новорожденных детей с атрезией пищевода, прооперированных в клинике детской хирургии г. Запорожья за 25 лет. Родились недоношенными 52 (63%) ребенка. Преобладали мальчики – 53 (63%) ребенка. У 39 (46%) детей обнаружены сочетанные пороки развития. Все дети оперировались в срочно-плановом порядке, после предоперационной подготовки и комплексного обследования.

Результаты. У 81 (96%) ребенка была выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом, у 2 (2%) детей была бессвищевая форма, у одного ребенка имело место наличие двух свищей. Во всех случаях атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом наложен прямой анастомоз «конец в конец» после отсечения трахеопищеводного свища от трахеи. При большом диастазе между сегментами пищевода до 3,5 см прямой анастомоз наложен после циркуляторной миотомии верхнего отдела пищевода. Обоим детям с бессвищевой формой атрезии пищевода наложена шейная эзофагостома и гастростома. До 1995 г. летальность составила 55,5%, с 1995 г. по 2005 г. – 24% (выжило 10 детей из 13 прооперированных). За последние 12 лет из прооперированных детей умерло трое, имевшие сопутствующую патологию сердца и головного мозга. Среди осложнений раннего послеоперационного периода преобладала аспирационная пневмония, которая наблюдалась в 53% случаев. Несостоятельность анастомоза отмечена в двух случаях.

Выводы. Исход оперативного лечения больных с АП зависит от правильной оценки состояния больного при поступлении, рационального выбора времени и метода оперативного лечения, срока гестации, наличия сопутствующей патологии и сочетанных пороков развития.

Ключевые слова: атрезия пищевода, новорожденные, трахеопищеводный свищ.

Вступ

Останніми роками на тлі низької народжуваності зросла частота природжених вад розвитку, у тому числі атрезії стравоходу, яка часто поєднується з множинними природженими вадами [1,3]. Частота атрезії стравоходу, за даними різних авторів, становить 1:10000–25000 новонароджених [2].

Лікування дітей з атрезією стравоходу залишається найскладнішим і трудомістким завданням [3,4]. Тільки своєчасна оперативна корекція дає шанс на життя дитині. Зберігається дуже висока летальність при пізній діагностиці і наявності супутньої патології[2,5].

Метою дослідження було вивчення результатів лікування новонароджених з атрезією стравоходу, факторів ризику летального результату в післяопераційному періоді, особливостей росту і розвитку у перші роки життя.

Завдання: проаналізувати історії хвороби новонароджених дітей з атрезією стравоходу, прооперованих у клініці за 25 років.

Матеріал і методи дослідження

У клініці дитячої хірургії м. Запоріжжя лікувалися 84 дитини з атрезією стравоходу. Народилися недоношеними 52 (63%) дитини, доношеними – 37%. Переважали хлопчики – 53 (63%) дитини. Маса тіла дітей коливалася у межах 1100–3600 грамів. Переважали діти з вагою менше 2500 г (51%). У 39 (46%) виявлені поєднані вади розвитку: природжені вади серця – дефект міжшлуночкової та міжпередсердної перегородок; гідронефротична трансформація нирки; атрезія ануса з ректовестибулярною норицею; стеноз легеневої артерії, гіпоплазія внутрішніх і зовнішніх жовчних ходів.

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).

За даними нейросонографії у 47 (56%) дітей спостерігалися ознаки гіпоксії і внутрішньошлуночкових крововиливів. VATER і VACTERL виявлено у двох випадках. Супутня патологія (субепіндимальні крововиливи, сепсис, гнійний менінгіт, аспіраційна пневмонія) була у 62 (73%) дітей.

Внутрішньоутробно діагноз атрезії стравоходу до 2005 р. не було встановлено в 90% випадків, з 2009 р. діагноз підтверджувався на пренатальному консиліумі у 92% випадків (77 дітей). Матері чотирьох дітей до пологів не обстежувалися і не спостерігалися у гінекологів.

Діти госпіталізовані в клініку в різні терміни після народження:

- до 12 годин – 40 (47%) дітей;
- до 24 годин – 49 (58%) дітей;
- до 2 діб – 8 (9%) дітей;
- 5 діб – 1 (1%) дитина.

Із 84 дітей 40 доставлені з районів області. Маса дітей становила від 1100 г до 3600 грамів.

Усім дітям у пологових будинках проводилася передопераційна підготовка (антибіотикотерапія, аспірація вмісту носоглотки, оксигенотерапія, відміна ентерального харчування). Транспортування хворих у клініку здійснювалося в супроводі спеціалізованої бригади.

У клініці проводилася ретельна передопераційна підготовка (санація трахеобронхіального дерева, антибактеріальна та інфузійна терапія, спрямована на стабілізацію загального стану дитини). Паралельно проводилося комплексне обстеження дитини (УЗД серця і великих судин, нирок, нейросонографія). Обов'язкові консультації окуліста, невропатолога, кардіолога. Показань для екстреного хірургічного втручання (у перші години надходження) не було. Діти оперувалися

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

в терміново-плановому порядку. Передопераційна підготовка проводилася в терміни від 2 до 72 годин з моменту надходження.

Із 84 дітей у 2 (1,6%) спостерігалася атрезія стравоходу без нориці. У більшості випадків – 81 (96%) – була виявлена атрезія стравоходу з нижньою трахеостравохідною норицею, при цьому верхній сегмент стравоходу закінчувався найчастіше на рівні III–IV грудного хребця. Діастаз між сегментами стравоходу був близько 2 см у 27 дітей. У трьох дітей діастаз був більше 2,5 см. У однієї дитини було дві нориці.

У всіх випадках атрезії стравоходу з нижньою трахеостравохідною норицею накладено прямий анастомоз «кінець у кінець» після відсікання нориці від трахеї. Мобілізація завжди проводилася за рахунок верхнього сегмента стравоходу. Застосовували однорядний вузловий шов на атравматичній голці PDS 5/0-6/0. У 10 випадках накладено безперервний шов. У післяопераційному періоді діти тривалий час перебували на ШВЛ у стані медикаментозної седації із синхронізацією з апаратом при мінімальному руховому режимі до 7–9 днів. Шлунковий зонд видалявся на 12 добу після контрольної езофагографії. На 2–3-й день ентерального навантаження видалявся дренаж із заднього середостіння.

В одному випадку при великому діастазі між сегментами стравоходу (до 3,5 см) зроблена перев'язка і відсічення нориці, фіксація дистального відділу стравоходу до міжреберних м'язів і накладення гастростоми. Дитина померла на 15-у добу через наявність важких супутніх вад (стеноз легеневої артерії, гіпоплазія внутрішніх і зовнішніх жовчних шляхів, субепендимальні крововиливи). У двох випадках при великому діастазі до 3 см зроблена перев'язка і відсічення нориці, накладено прямий анастомоз «кінець у кінець» за рахунок подовження відрізка стравоходу у вигляді циркуляторної міотомії за Livaditis.

Атрезія стравоходу без нориці спостерігалася у двох випадках. Обом дітям накладена шийна езофагостома і гастростома. Вижила одна дитина, якій у віці 1,5 року проведена езофагопластика сегментам товстого кишечника.

Простежені віддалені результати. До 1995 р. летальність склала 55,5%. Після організації відділення реанімації новонароджених до 2005 р. вдалося знизити летальність до 24% (вижило 10 дітей із 13 прооперованих). За останні 12 років померли троє з прооперованих дітей через іншу важку патологію – серця і головного мозку.

Рис.1

Серед ускладнень раннього післяопераційного періоду переважала аспіраційна пневмонія, яка спостерігалася у 53% випадків. Неспроможність анастомозу відзначена у двох випадках (при значному натяжінні анастомозу, виконаному вузловими швами). Діти вижили після консервативного лікування (вторинне загоєння анастомозу на шлунковому зонді.)

Після накладення прямого езофагоезофагоанастомозу віддалені результати простежувалися у 51 дитини. Бужування в ранньому післяопераційному періоді обов'язково проводилося тричі всім дітям з інтервалом в один місяць. У подальшому з інтервалом два місяці двічі бужувалося п'ятеро дітей. Одна дитина бужувалася нерегулярно (із соціальних причин) до двох років. Стенози стравоходу, що вимагали тривалого бужування, були у п'ятьох дітей. Діти не відстають від однолітків у фізичному розвитку, соціально адаптовані. У двох, незважаючи на планові бужування щомісяця до одного року, зберігався і збільшувався стеноз анастомозу з виразними дихальними розладами. У цих дітей діагностовано

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

Рис.2

гастроезофагальний рефлюкс і проведено оперативне втручання. У двох оперованих дітей із широкою трахеостравохідною норицею є виразні ознаки трахеомаляції. Діти спостерігаються у торакальних хірургів.

Факторами ризику летальності даного контингенту дітей є малий термін гестації (менше 35 тижнів), маса тіла при народженні менше 2500 г, множинні вади розвитку.

Стан здоров'я дітей, що народилися з атрезією стравоходу, у віці одного року життя був задовільним за критеріями як фізичного, так і психомоторного розвитку, крім тих, що мають інвалідність з різних причин –інші множинні природжені вади розвитку, органічне ураження головного мозку (5,1%), природжені вади серця (2,6%), синдром Дауна (2.6%).

Наводимо ***клінічне спостереження*** рідкісної форми атрезії стравоходу з двома норицями. Хлопчик (історія хвороби №7319) народився від І вагітності, що перебігала з гестозом І половини. Мати здорова. Дитина народилася з вагою 3300 г, оцінкою за шкалою Апгар 7–8 балів. Діагноз поставлений пренатально. Доставлений у клініку через шість годин з моменту народження. Дитина обстежена. На езофагографії – атрезія нижнього відділу стравоходу на рівні Th IV–III. (рис.1) Супутніх вад у доопераційному періоді не виявлено.

Оперативне втручання виконано через 24 години з моменту надходження – перетин і перев'язка нижньої трахеостравохідної нориці з накладанням прямого езофагоезофагоанастомозу «кінець у кінець» окремими вузловими швами PDS 5/0 (діастаз 2,5 см), дренуванням заднього середостіння. Дитина екстубована на третю добу, подальше знаходження в реанімації відбувалося на спонтанному диханні з подачею зволоженого кисню через кисневу палатку. На сьому добу проведена контрольна езофагографія – цілісність анастомозу не порушена (рис.2).

Дренаж із заднього середостіння видалений на 8-у добу, розпочато ентеральне навантаження через шлунковий зонд. Зонд вилучений на 12-ту добу. На 18-у добу дитина виписана додому. Контрольне бужування стравоходу розпочато з першого місяця і проведено 4 рази по 1 разу в тиждень, потім 1 раз на 10 днів до 4-х місяців. З 4-місячного віку, після перенесеної респіраторної вірусної інфекції, у дитини з'явилися рецидивні бронхообструкції, за даними рентгенографії – ателектаз верхньої частки лівої легені. На ФЕГДС – не можна виключити наявність трахеостравохідної нориці в проксимальному відділі стравоходу.12.12.16 р. проведена операція – торакотомія, ревізія заднього середостіння. Перетин і перев'язка верхньої трахеостравохідної нориці. На даний час, незважаючи на оперативне лікування, зберігаються явища бронхообструкції через виразну трахеомаляцію. Дитина перебуває під наглядом торакальних хірургів.

Висновки

Результати оперативного лікування хворих з атрезією стравоходу залежать, головним чином, від правильної оцінки стану хворого при надходженні і раціонального вибору часу і методу оперативного лікування, а також від терміну гестації, наявності супутньої патології та поєднаних вад розвитку.

Діти, оперовані з приводу атрезії стравоходу, протягом першого року життя повинні обов'язково знаходитися на диспансерному спостереженні, метою якого є виявлення різних наслідків втручання: стеноз у ділянці анастомозу, недостатність кардіального відділу шлунка, шлунково-стравохідний рефлюкс тощо.

Читайте нас на сайті: http://med-expert.com.ua

При виявленні стриктур стравоходу необхідне проведення бужування стравоходу, тривалість якого визначають за даними рентгенконтрастного й ендоскопічного досліджень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Ашкрафт КУ, Холдер ТМ. (1996). Детская хирургия. Т.2. Санкт-Петербург:237–238.
2. Журило ИП, Фоменко СА, Иващенко ТИ и др. (2012). Анализ структуры отдельных врожденных пороков развития у новорожденных в Донецкой области. Неонатологія, хірургія та перінатальна медицина. 1(3): 31–36.
3. Красовская ТВ, Кучеров ЮИ, Батаева СМ и др. (2001). Осложнения оперативного лечения атрезии пищевода. Детская хирургия. 3:44–46.
4. Немилова ТК. (1998). Диагностика и хирургическое лечение множественных пороков у новорожденных. Москва:1-2.
5. Немилова ТК, Баиров ВГ, Каган АВ, Караваева СА и др. (2003). Атрезия пищевода: 48-летний опыт лечения в Санкт-Петербурге. Детская хирургия.6:14–16.

Відомості про авторів:

Спахі Олег Володимирович *– д.мед.н., проф. каф. дитячої хірургії та анестезіології Запорізького державного медичного університету. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 24а.*

Лятуринська Ольга Василівна *– к.мед.н, доц. каф. дитячої хірургії та анестезіології Запорізького державного медичного університету. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 24а.*

Макарова Марина Олександрівна *– к.мед.н, доц. каф. дитячої хірургії та анестезіології Запорізького державного медичного університету. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Маяковського, 24а.*

Стаття надійшла до редакції 12.04.2018 р., прийнята до друку 13.09.2018 р.

IPA 2019
PARTNERSHIPS FOR CHILDREN
PANAMA CITY, PANAMA MARCH 17-21, 2019

29TH INTERNATIONAL PEDIATRIC ASSOCIATION CONGRESS

PARTNERSHIPS FOR CHILDREN

Welcome from the committee

It is our pleasure to invite you to join us at the 29th International Pediatric Association Congress. The IPA 2019 Congress will be held March 17 – 21, 2019 in beautiful Panama City, Panama in the year of this vibrant city's Quincentennial Celebration!
The IPA 2019 Congress will address progress within the context of the sustainable development goals for child health. In alignment with the congress theme «Partnerships for Children» it will advance the IPA Mission that «Pediatricians, working with other partners, will be leaders in promoting physical, mental and social health for all children, and in realizing the highest standards of health for newborns, children and adolescents in all countries of the world. The IPA will work with professional associations and all others willing to add their strengths to advocacy, education and programming on behalf of children.»
The IPA 2019 Congress will deliver an outstanding scientific program, meaningful networking opportunities and memorable cultural experiences to upwards 4000 delegates from 120+ countries.
We look forward to welcoming you to Panama!

Sincerely,
Prof. Zulfiqar Bhutta, President, IPA, Canada
Dr. William Keenan, Executive Director, IPA, USA
Dr. Errol Alden, President Elect, IPA, USA
Dr. Mariana Lopez, Congress Chair, IPA 2019, Panama
Prof. Olle Söder, Scientific Co-Chair, IPA 2019, Sweden
Dr. Iván Wilson, Scientific Co-Chair, IPA 2019, Panama

More information: https://www.ipa2019congress.com/