

# Атрезия пищевода у детей.



Кафедра детской хирургии  
БелМАПО.

# Статистика

- Частота заболевания 1:3000 – 5000 новорожденных
- Доказательств, что патология передается по наследству нет, но предварительные исследования показали, что возможно патология связана с поражением 2p23-p24 локуса хромосомы;
- Описаны «семейные» случаи – родители – дети, братья –сестры
- В одной семье (США) последовательно болели 3 детей

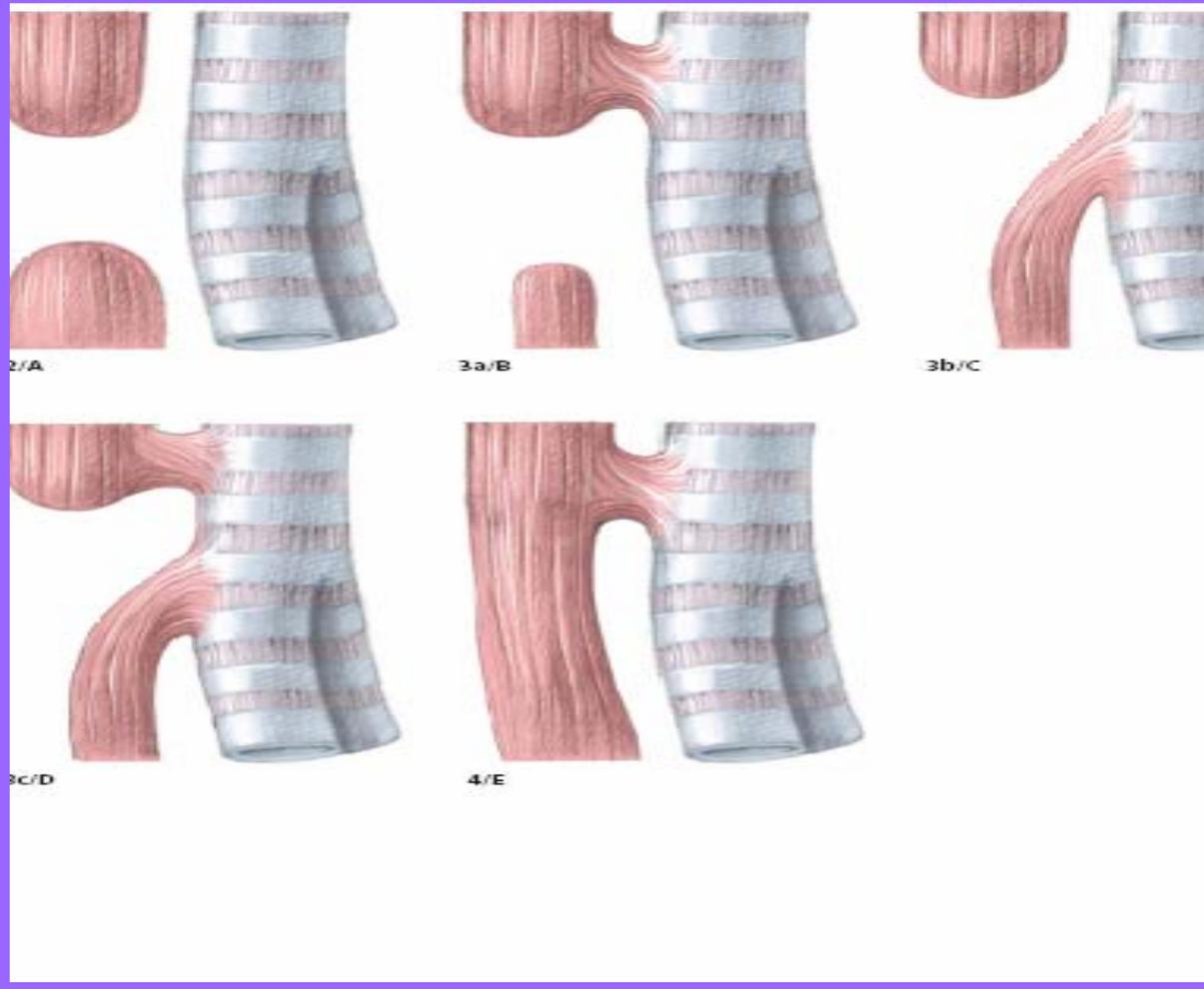
# Краткая история

- 1697 г. - первое описание патологии (Гибсон, Англия)
- 20-е годы XX в. – первые попытки хир. лечения
- 1938 г. - первые успешные операции (Ледд и Левен США)
- 1941 г - первый прямой анастомоз (Хайт, США)
- 1943 г. – внеплеральный доступ и прямой телескопический анастомоз (Хайт, США)

# Эмбриогенез

- Формирование пищевода и трахеи происходит из переднего отдела первичной кишечной трубки (3 – 4 неделя)
- При их неполном разделении образуется ТПС
- Атрезия – при более быстром росте трахеи, часть пищевода инкорпорируется в ее стенку
- Этому способствует фиксация между пищеводом и трахеей в области ТПС при неполном их разделении
- При неполной вакуолизации цилиндрического эпителия в просвете пищевода, формируются врожденные его стенозы
- В эксперименте атрезия пищевода получена у крыс при введении доксорубицина (Адриамицин)

# Классификация



# Сопутствующие заболевания

- Частота от 50 до 70 %, от небольших деформаций позвоночника, до тяжелых ВПС
- ВПС – 30 % (ОАП, ДМПП, ДМЖП, Фалло, транспозиция сосудов и т. д.), декстрапозиция аорты (5%) влияет на оперативный подход;
- Особенно часто встречаются при болезни Дауна ;

# Сопутствующие заболевания

- Пороки ЖКТ – 17 % (атрезии, мембраны, атрезия ануса и т.д.);
  - Неперфорированный анус -9%;
  - Дуоденальная атрезия -5%;
  - Мальротации -4%;
- Две и более аномалии встречается > чем у половины пациентов;
  - Недоношенность – 40%.

# Сопутствующие заболевания

- VATER – 12 %;
  - VACTER;
- VACTERL -1,5%
  - VACTERL – H;
  - VCTERL;
- CHARGE - колобома, ВПС, атрезия хоан, умственная отсталость, гипоплазия гениталий, патология уха;
- ROTTER – синдром «расщелины»: расщелина губы и верхнего неба, омфалоцеле, гипогенитализм.

# Клиника

- Возникает сразу после рождения;
- Обильные пенистые выделения из рта и носа, отсутствие глотания;
- Быстрое нарастание дыхательной недостаточности
- Причины дых.недостаточности: а) аспирация, б) ТПС – вздутие живота и снижение подвижности диафрагмы, в) ТПС – рефлюкс содержимого желудка в трахею
- Дыхательная недостаточность более выражена при пороках ЖКТ
- Дыхательная недостаточность менее выражена при атрезии без нижнего ТПС

# Пренатальная диагностика.

- Более 90% - атрезия пищевода ( на УЗИ многоводие;
- При пренатальной УЗИ можно увидеть слепо заканчивающийся проксимальный сегмент пищевода;
- Уменьшен или не определяется желудок;
- При выполнении ЯМР можно выявить слепо заканчивающийся сегмент пищевода у плода.

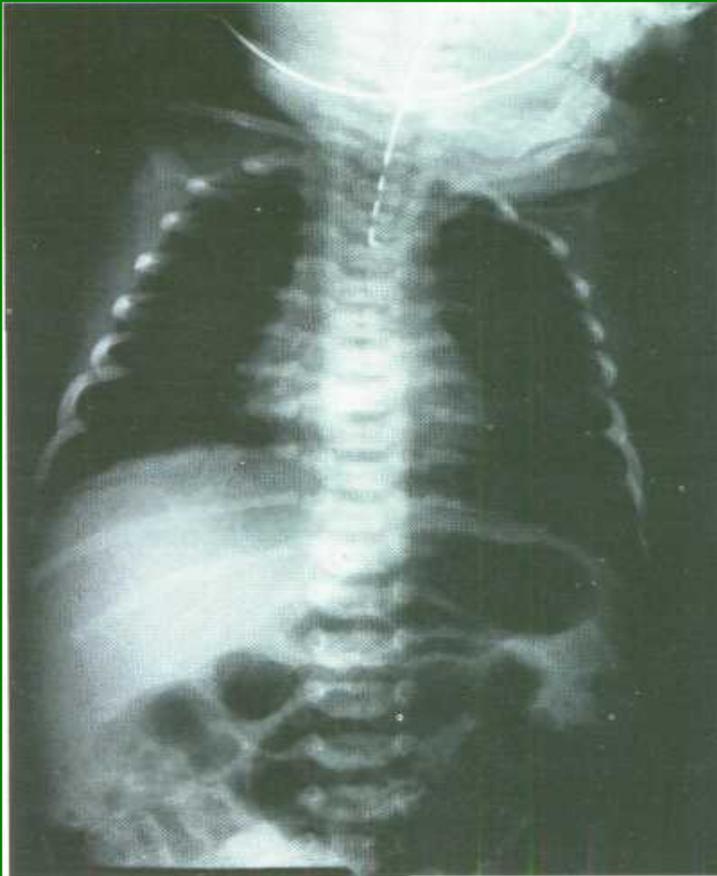
# Клиническая диагностика.

- Зондирование пищевода;
- Проба Элефанта.

# Методы диагностики

- Рентгендиагностика
- Трахеобронхоскопия
- Компьютерная томография

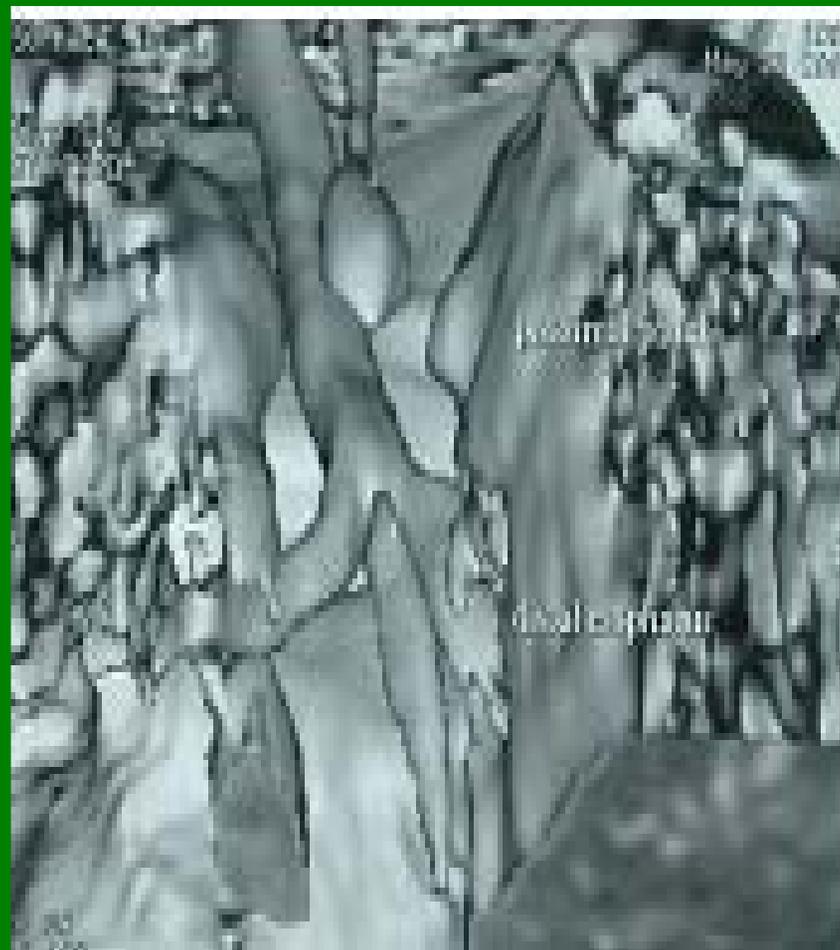
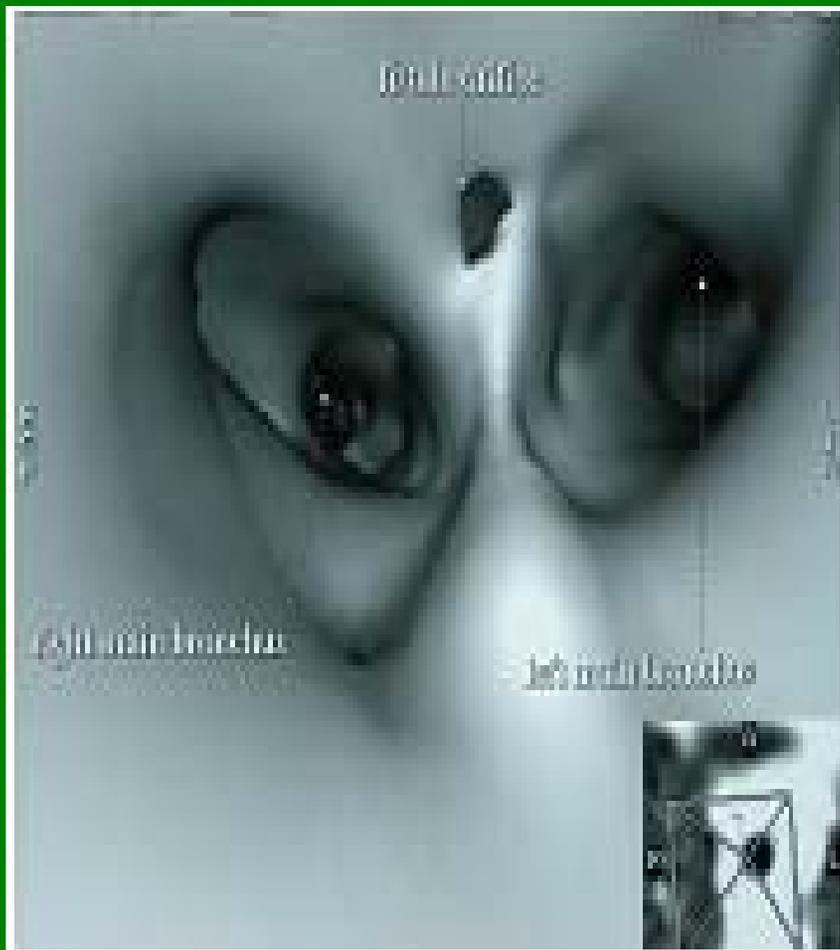
# Рентгенодиагностика



# Рентгенианостика



# Компьютерная томография



# Оценка состояния и прогноз

- по Ватерсону:

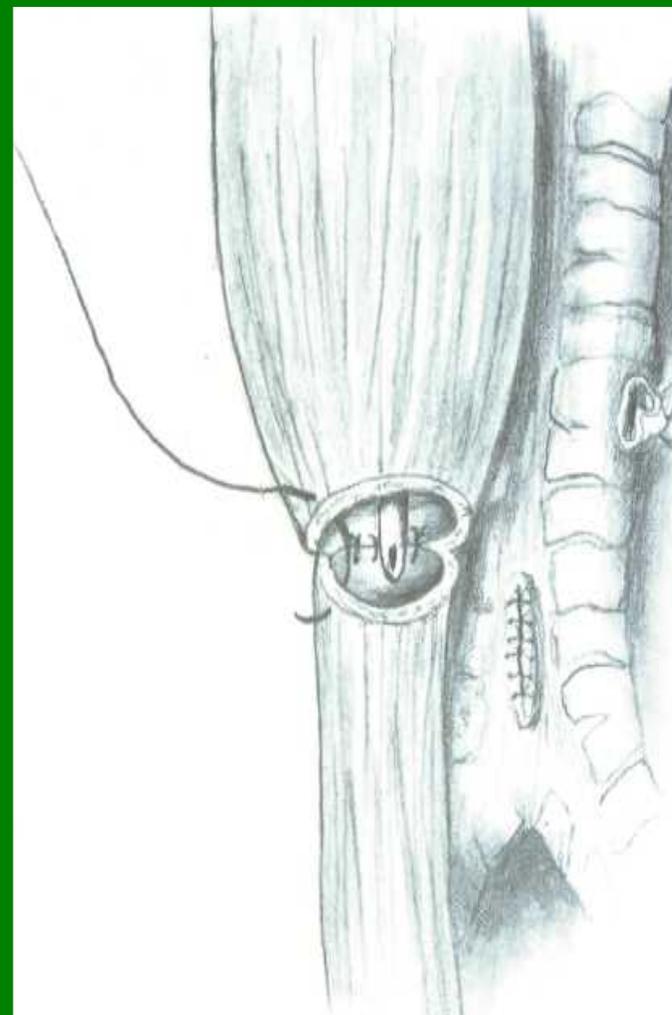
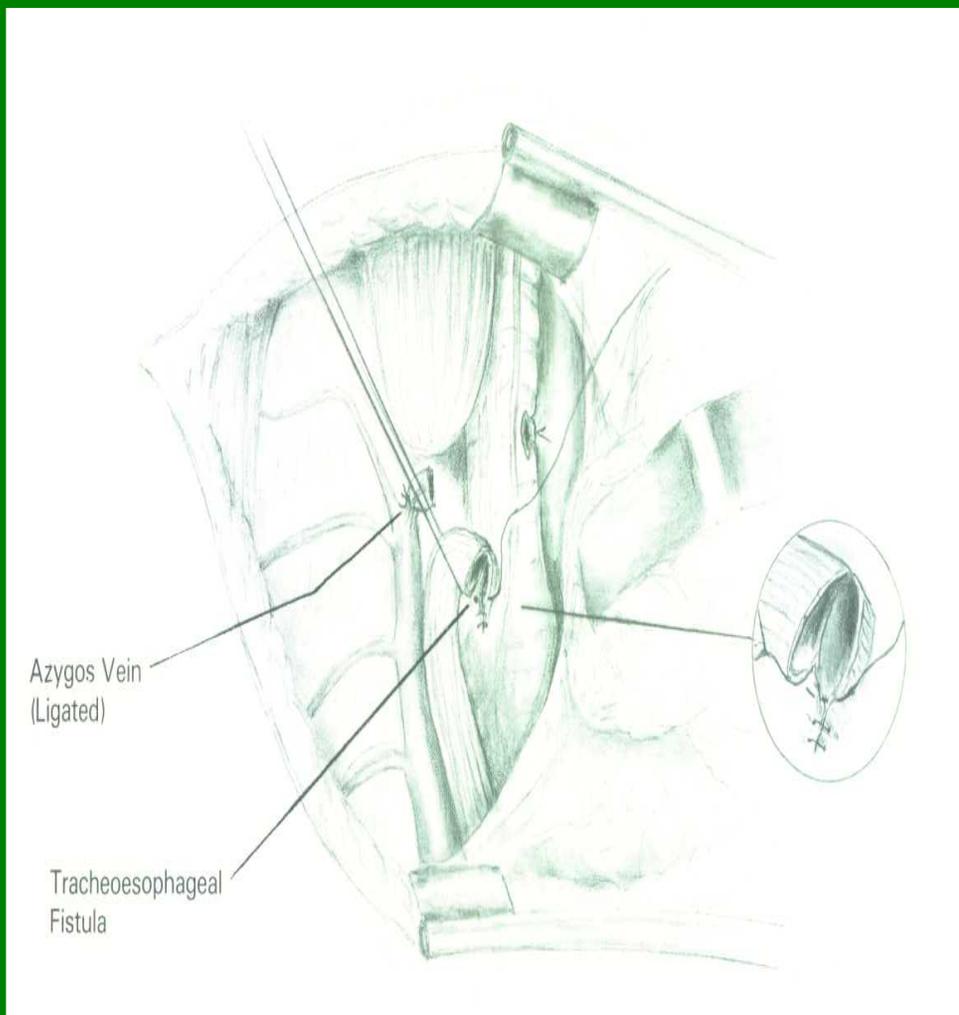
- А – вес  $> 2500$ , без крупных пороков – 100%
- В – вес 2000 – 2500 г., умеренные пороки – 85 %
- С - вес  $< 2000$  г., тяжелые пороки – 65 %
  - В среднем выживаемость должна составлять около 85 %

# Предоперационная подготовка

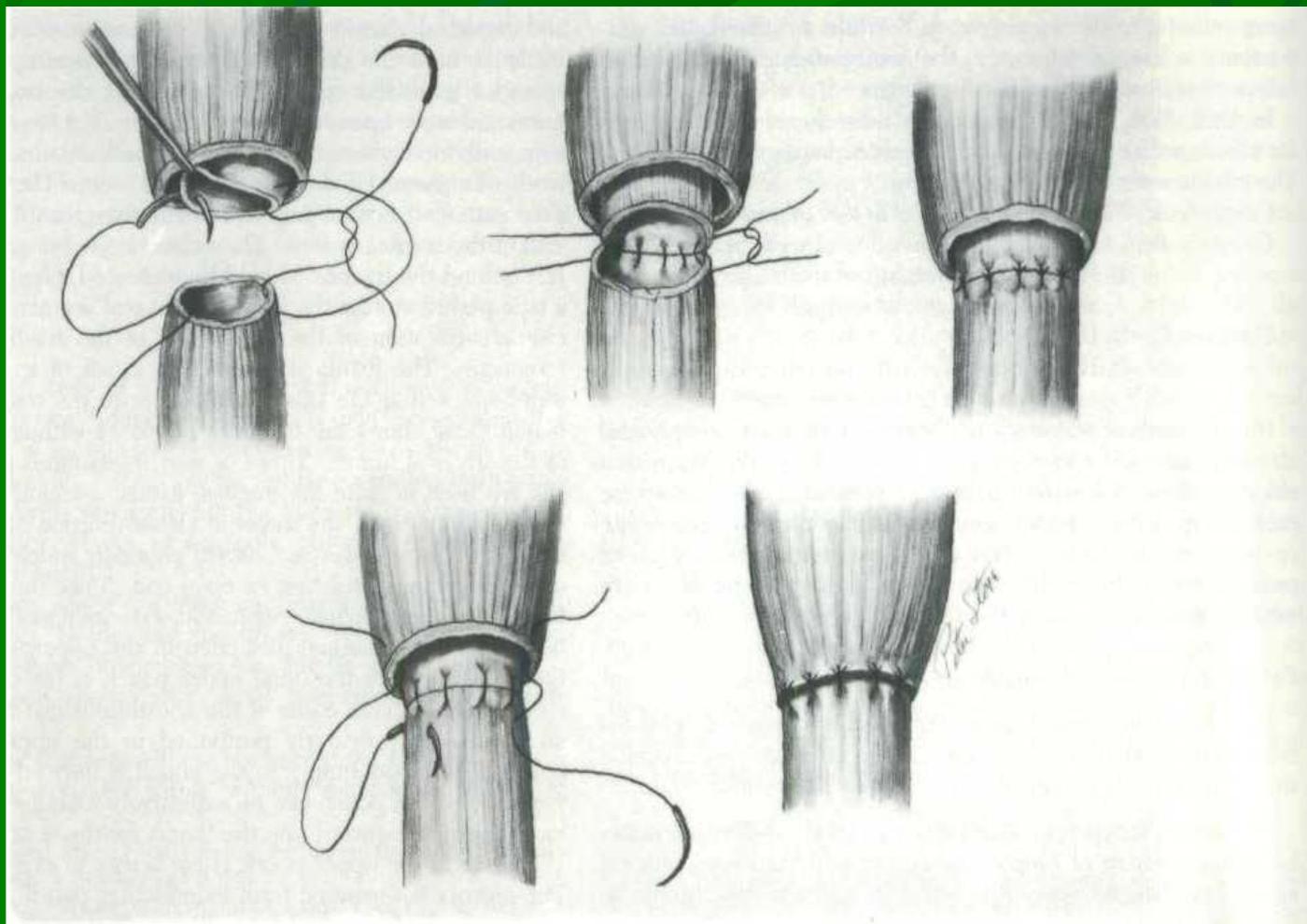
Цель – предотвращение аспирационной пневмонии.

- Голод;
- Интубация трахеи;
- Возвышенное положение;
- Аспирация из верхнего сегмента;
- Антибактериальная терапия и Vit. К
- Коррекция гомеостаза (по показаниям)

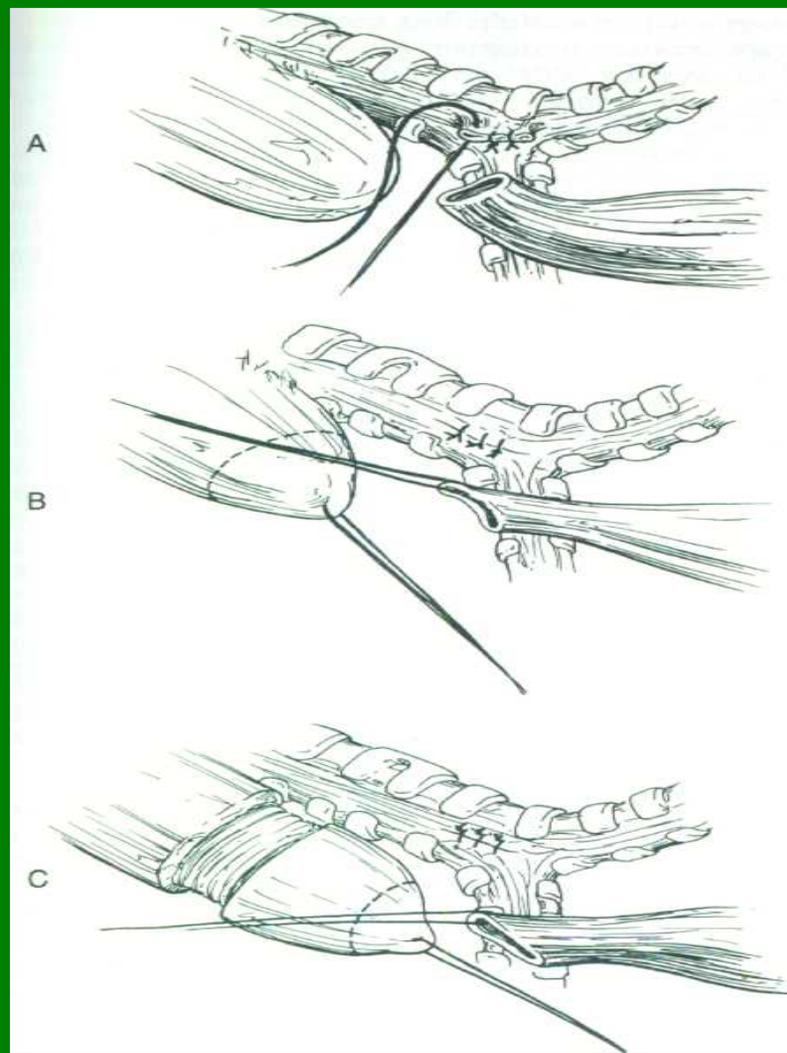
# Операция (прямой анастомоз)



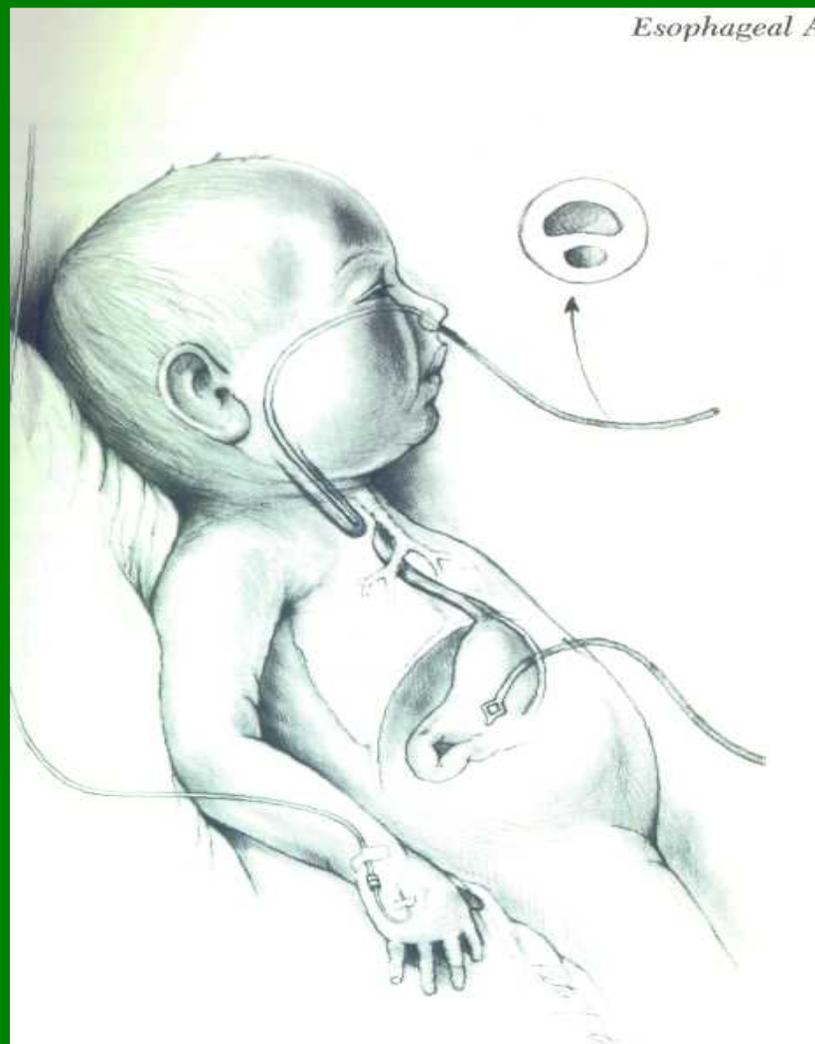
# РАЗНОВИДНОСТИ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА



# Методика Левадитиса.



# Операция (разобшчения)



# Послеоперационное ведение

- Возвышенное положение;
- Постоянный желудочный зонд;
  - Зонд в верхнем сегменте;
  - Интубация трахеи, ИВЛ;
- Кормление по зонду на 4-5 сутки;
- R-контроль состоятельности анастомоза на 6-7 сутки;
  - Кормление через рот на 7-8 сутки.

# Осложнения (ранние)

- Несостоятельность анастомоза;
- Подтекание анастомоза.

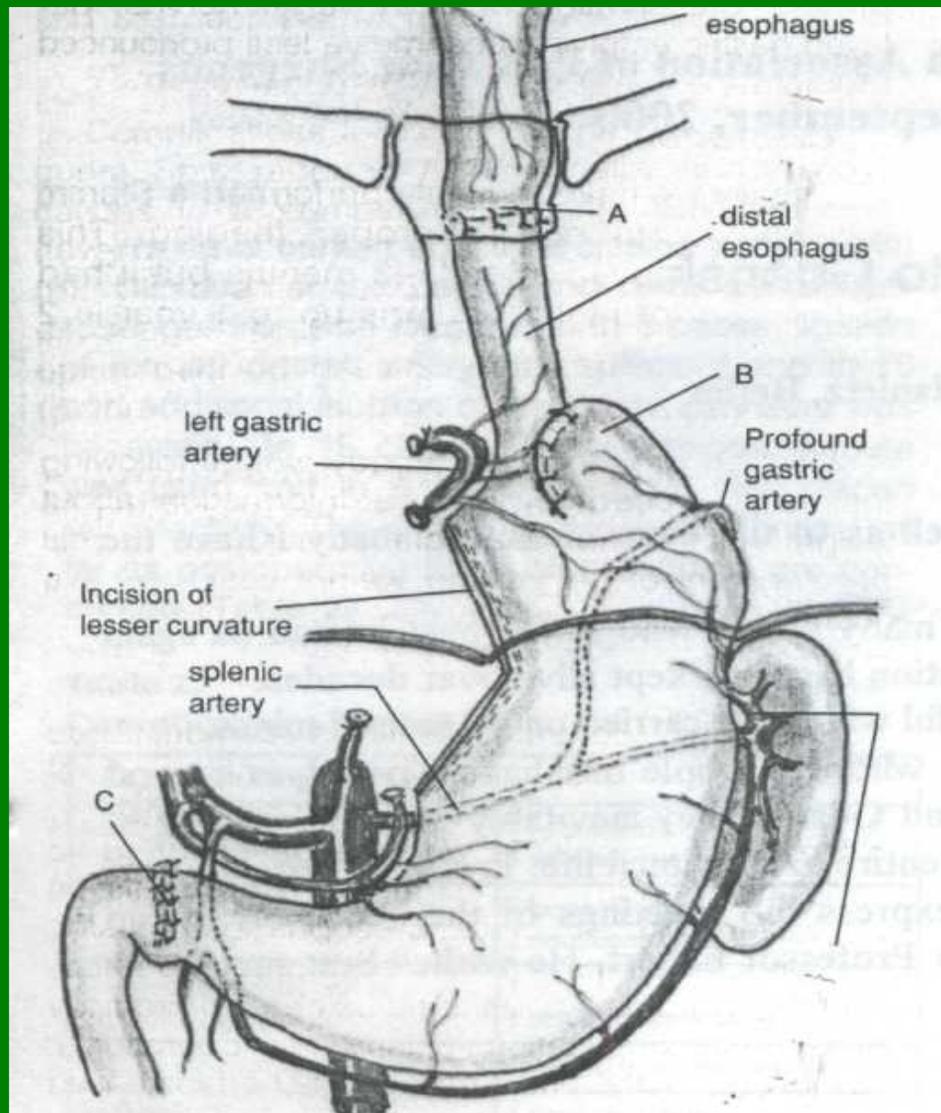


# Осложнения (поздние)

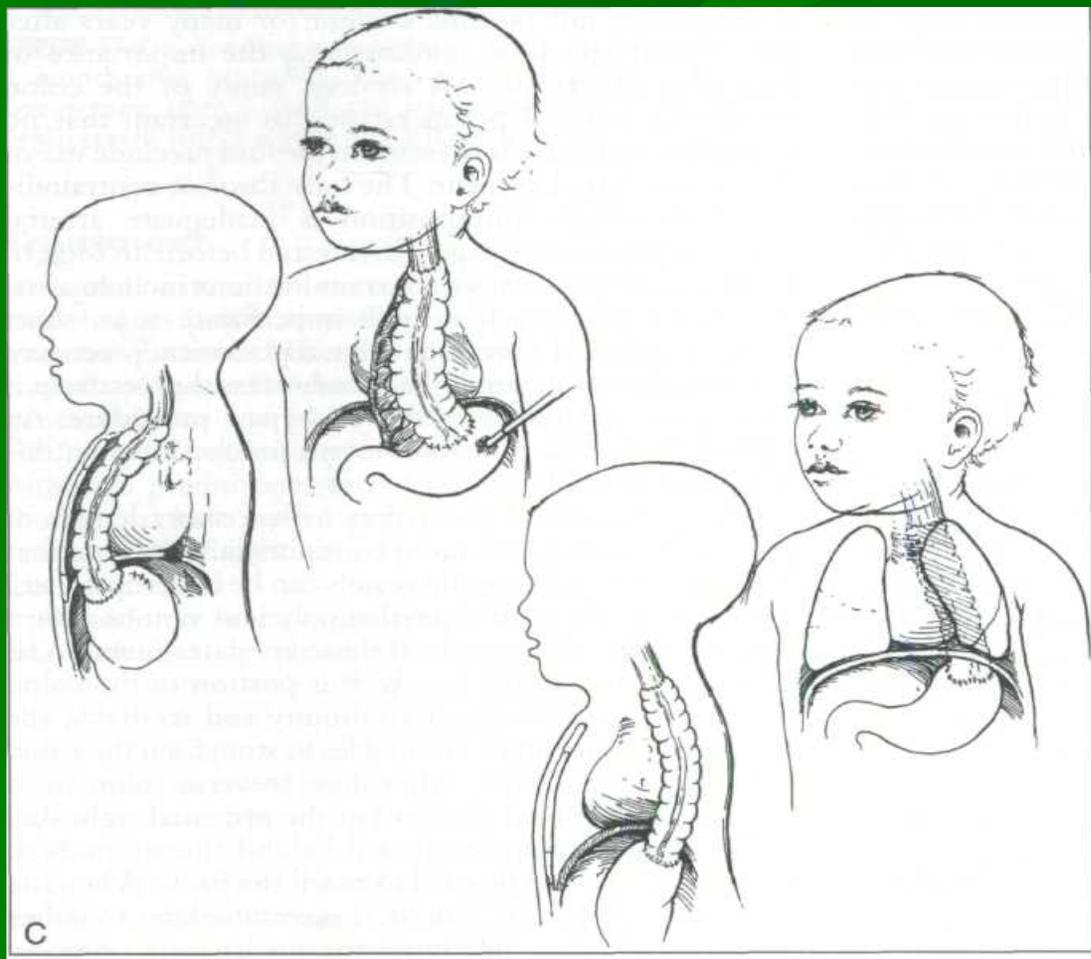
- Стриктура пищевода;
- Рецидив ТПС;
- ГЭРБ;
- Трахеомалация



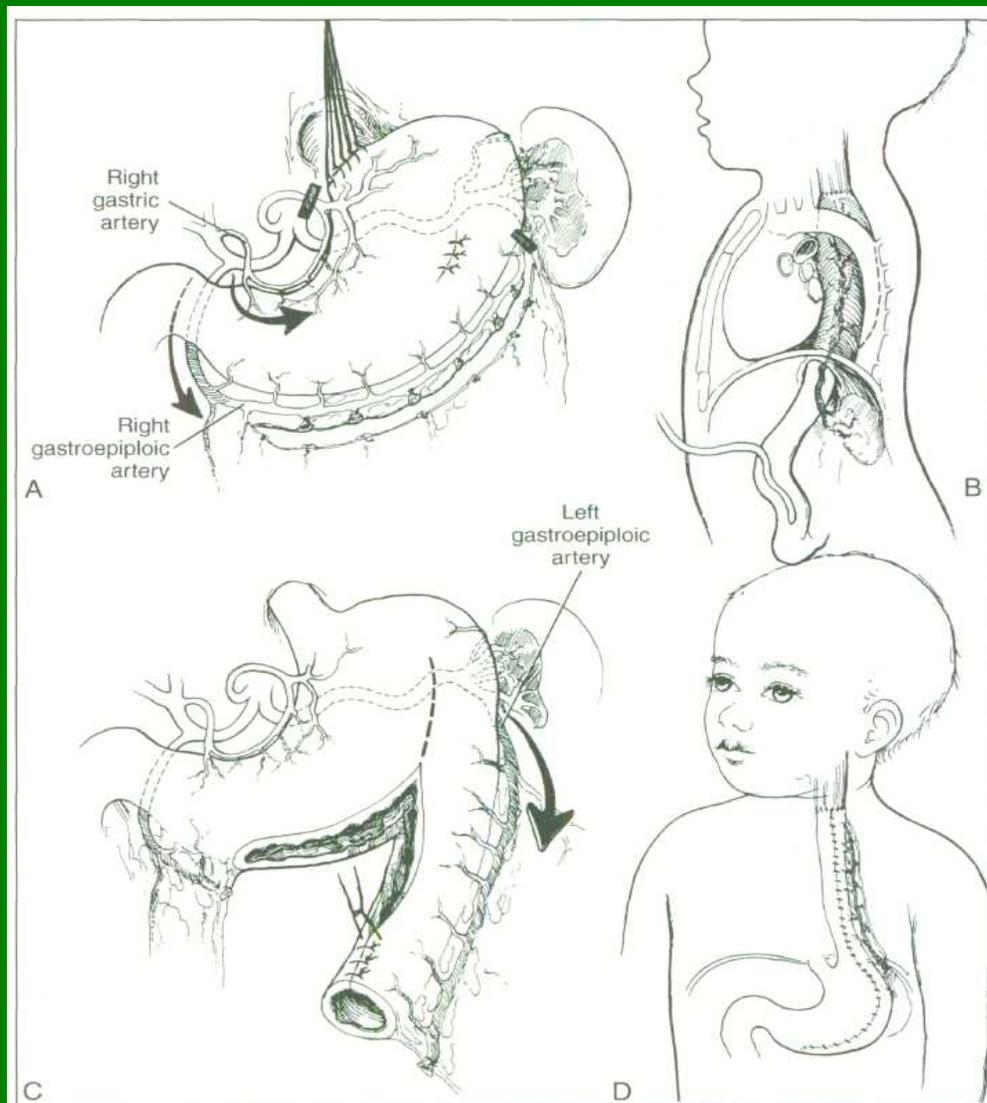
# Операция (другие виды).



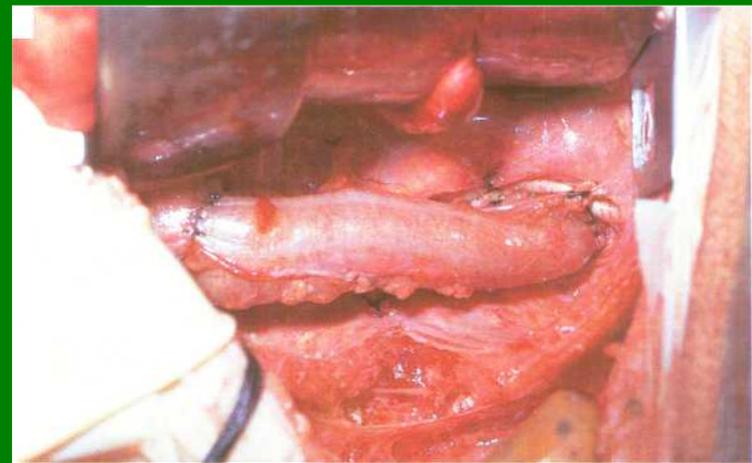
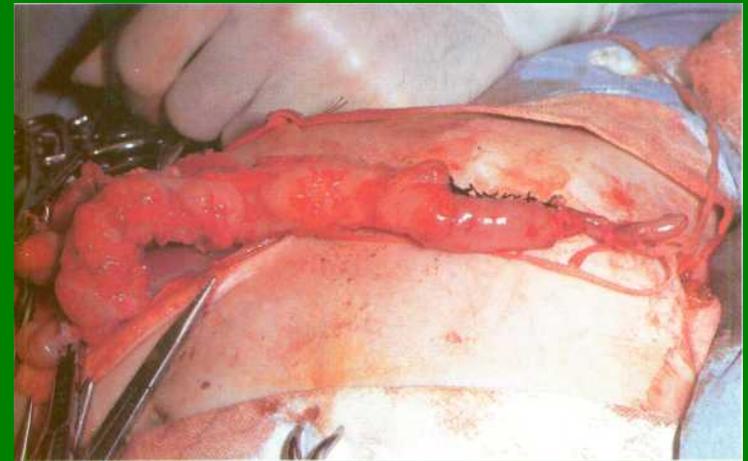
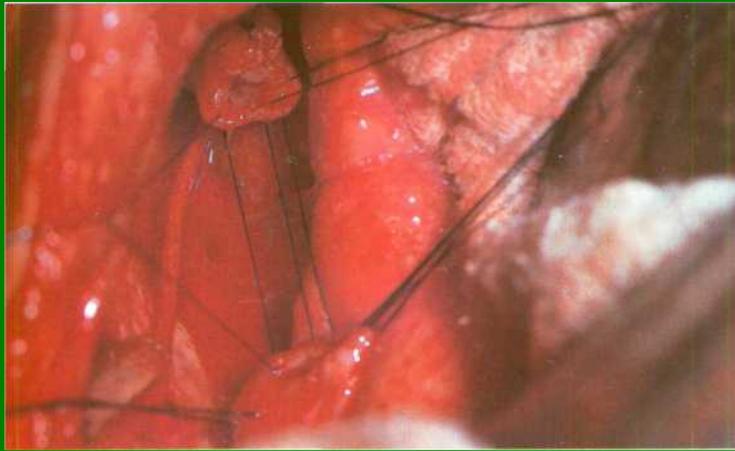
# Операция (другие виды).



# Операция (другие виды).



# Операция (другие виды)



# Атрезия пищевода (I тип).

## Особенности:

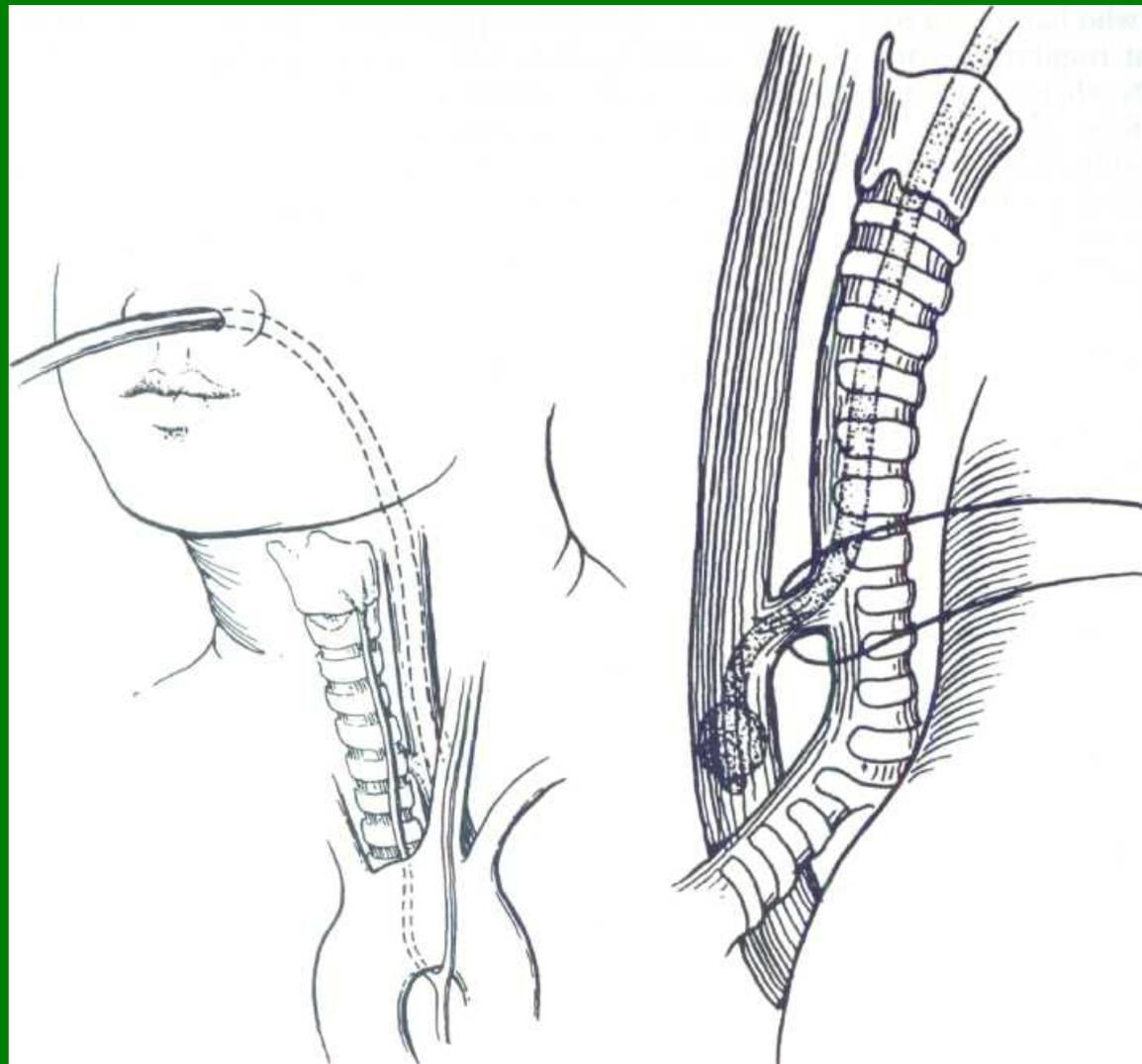
- Более выражено многоводие на пренатальном этапе (УЗИ);
- Менее выражены респираторные осложнения;
- Как правило большой диастаз между сегментами;
- Небольшой размер желудка (микрогастрия)

# Атрезия пищевода (I тип).

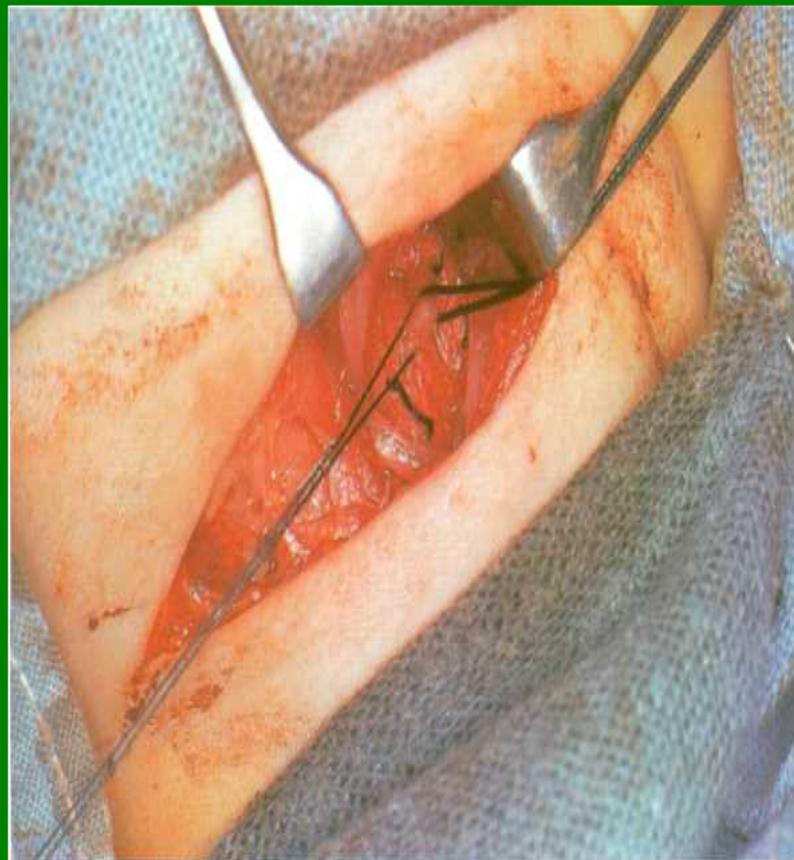
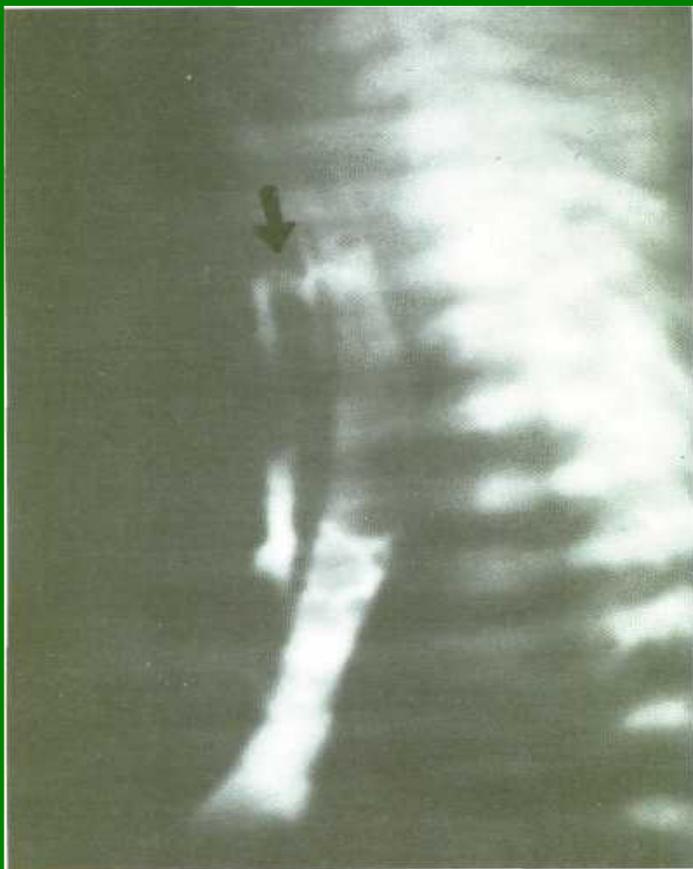
Особенности лечения:

- Шейная эзофагостомия и гастростомия;
- Гастростоми и бужирование сегментов пищевода (3-6 недель) с последующим анастомозом;
- Создание «внутригрудного» желудка;

# Изолированный трахеопищеводный свищ



# Изолированный трахеопищеводный свищ.



# Изолированная мембрана пищевода.

