

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

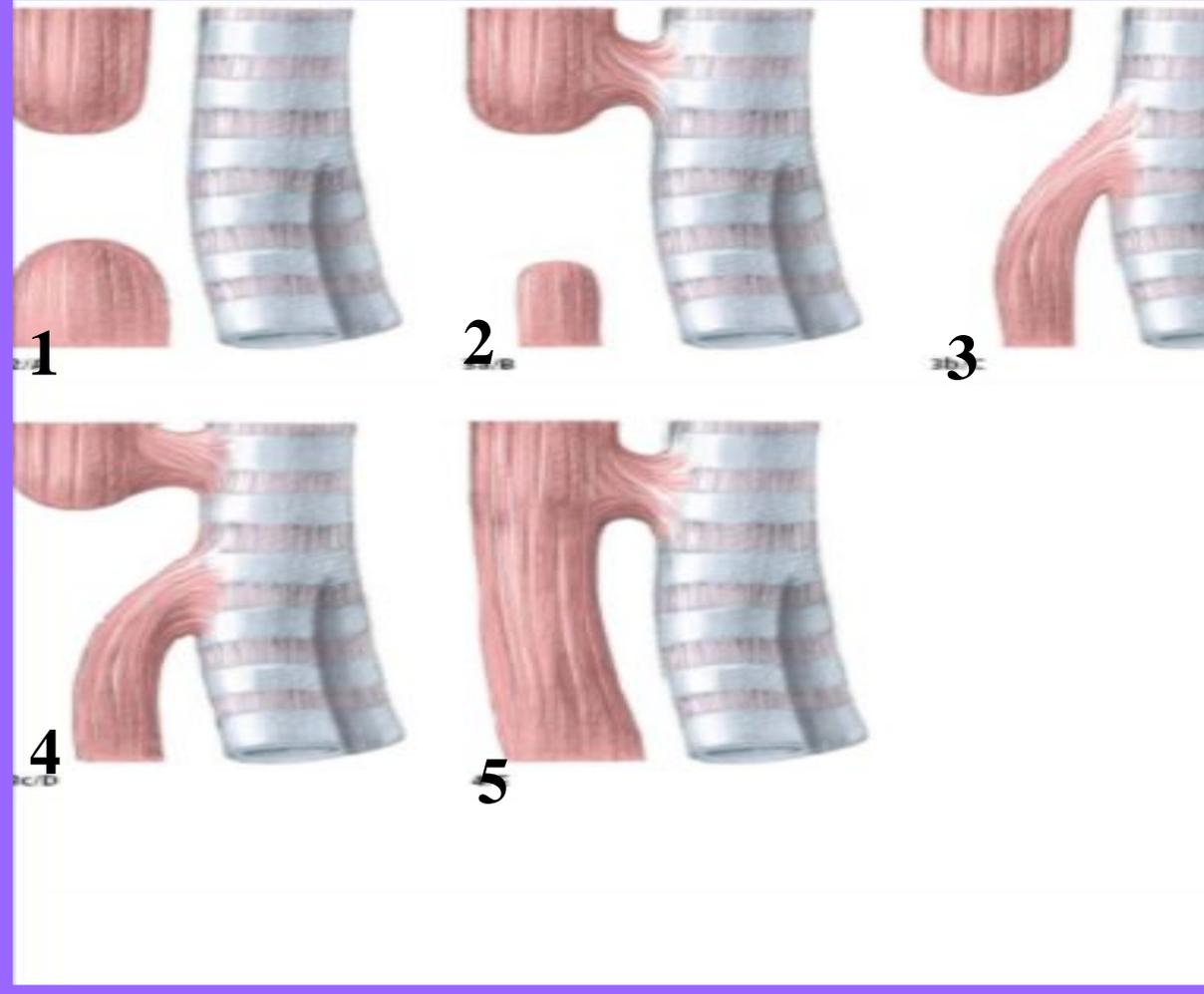
Краткая история

- 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 анастамоз (Хайт, США)
- 1943 г. – внеплеральный доступ и прямой телескопический анастамоз (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.

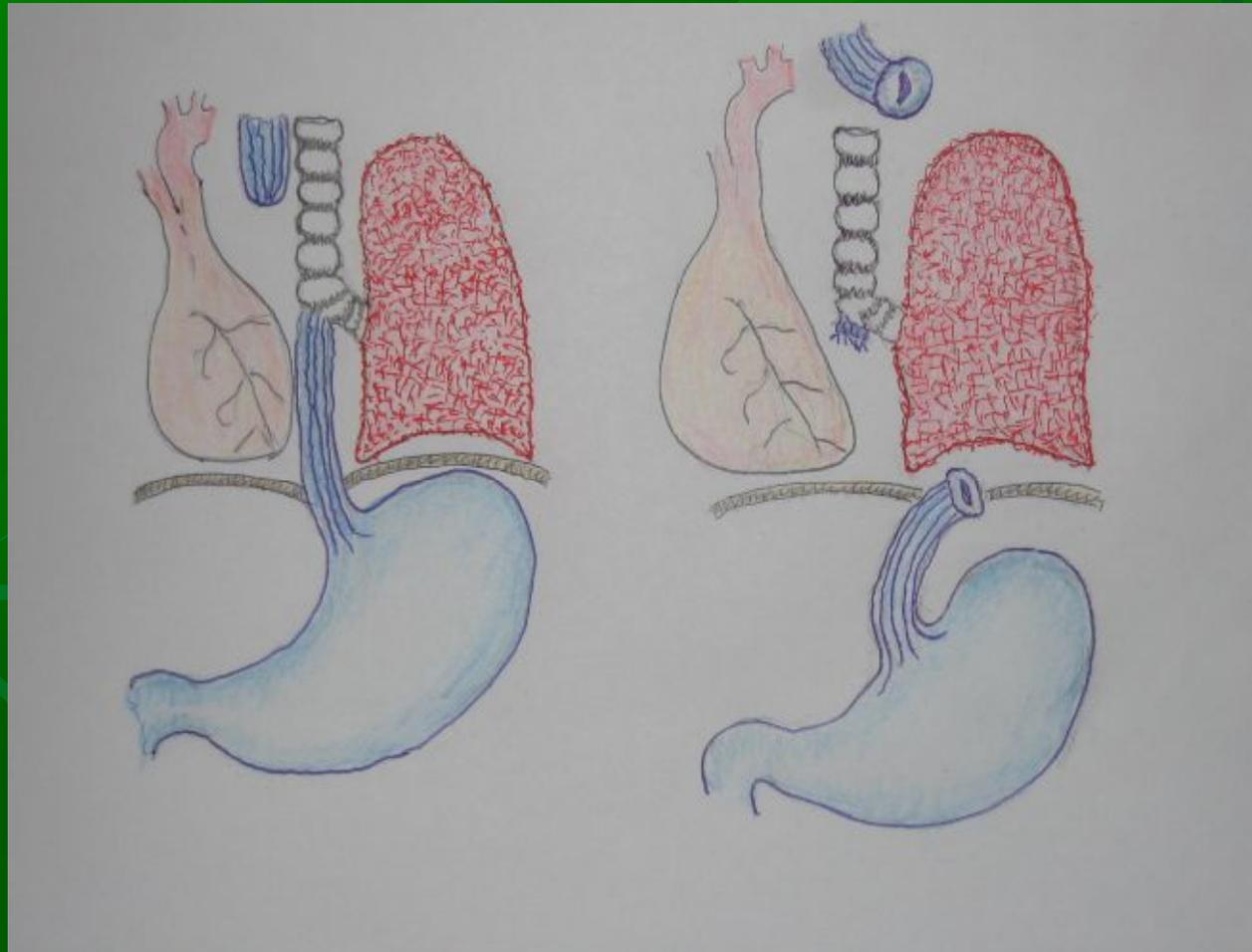
Сопутствующие заболевания

- Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом,
- Агенезия правого легкого, декстракардия, гипоплазия правых легочных вен, аплазия правой легочной артерии, открытый артериальный проток, легочная гипертензия,
- Эктопия ануса, правосторонняя анофтальмия, гипоплазия ушной раковины справа и ее эктопия на щеку, атрезия слухового прохода справа, гипоплазия правого предплечья и кисти.

Сопутствующие заболевания



Сопутствующие заболевания



Сопутствующие заболевания



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

- Рентгенодиагностика
- Трахеобронхоскопия
- Компьютерная томография

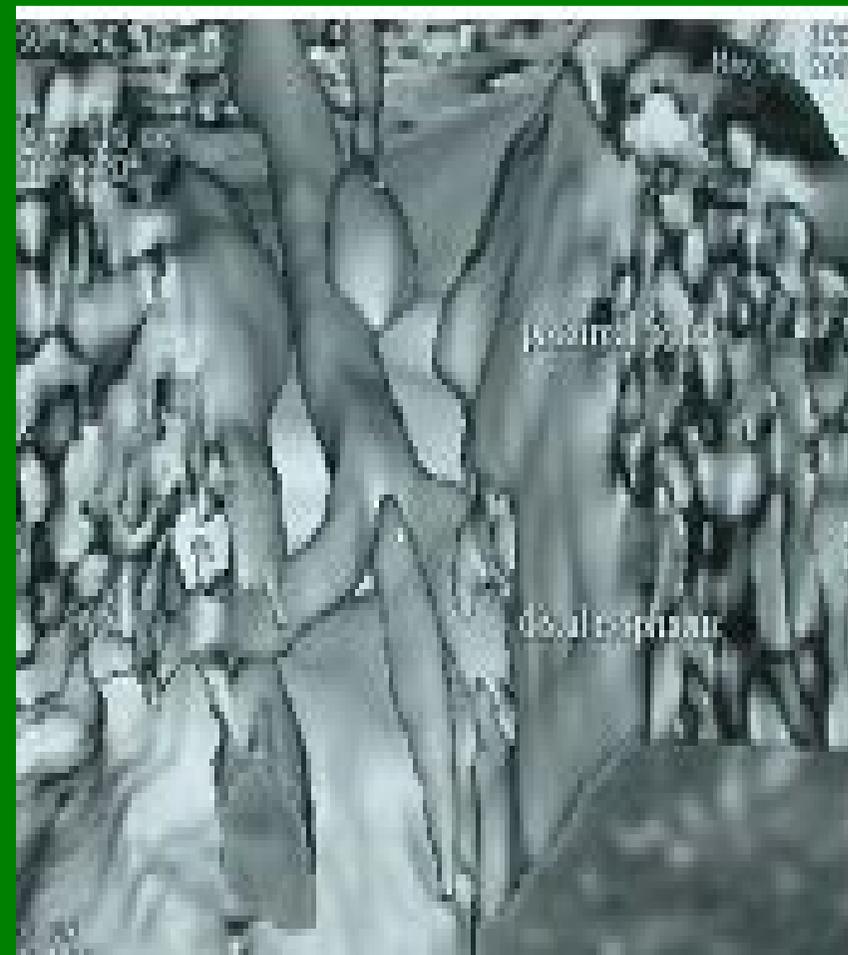
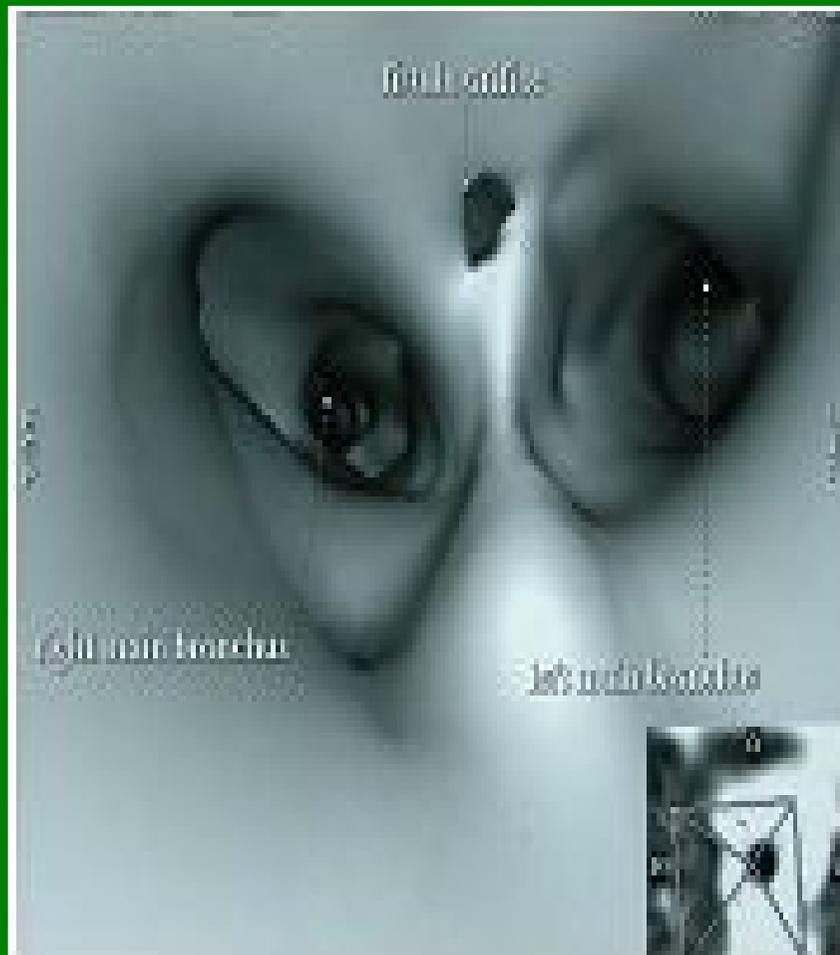
Рентгендианостика



Рентгендианостика



Компьютерная томография



Оценка состояния и прогноз

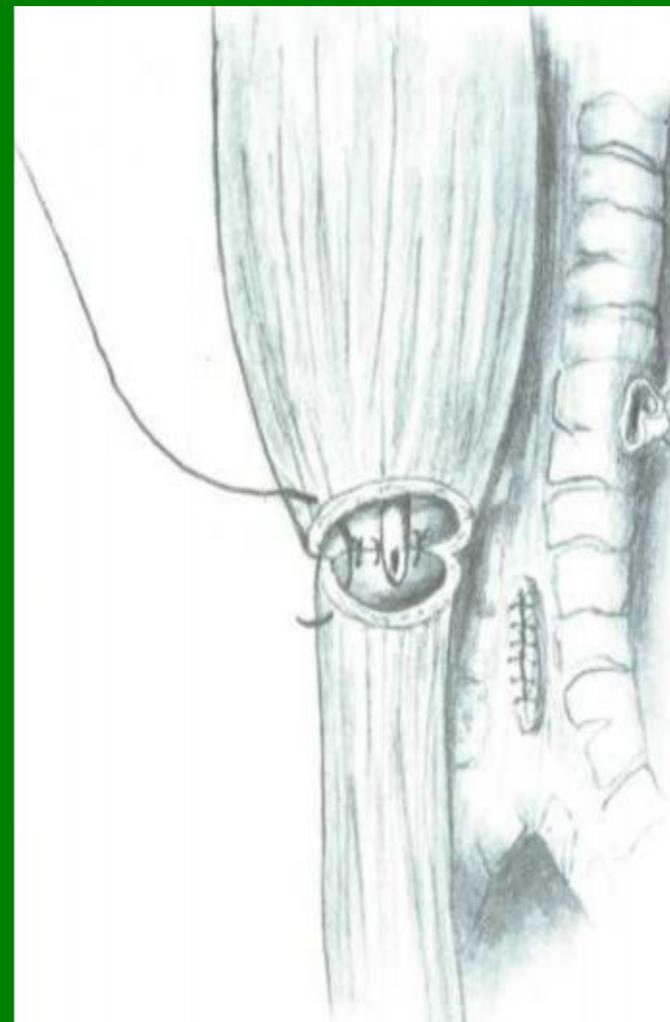
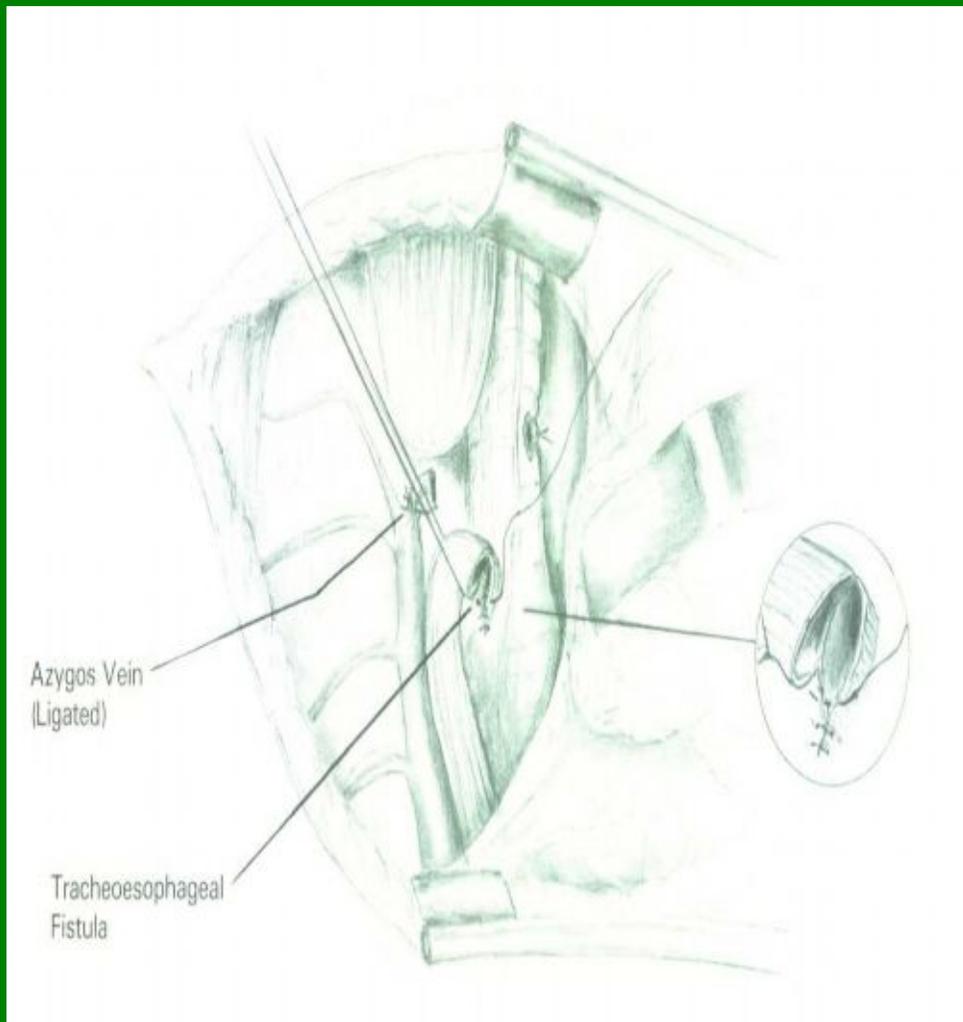
- по Ватерсону:
 - А – вес > 2500 , без крупных пороков – 100%
 - В – вес 2000 – 2500 г., умеренные пороки – 85 %
 - С - вес < 2000 г., тяжелые пороки – 65 %
 - В среднем выживаемость должна составлять около 85 %

Предоперационная подготовка

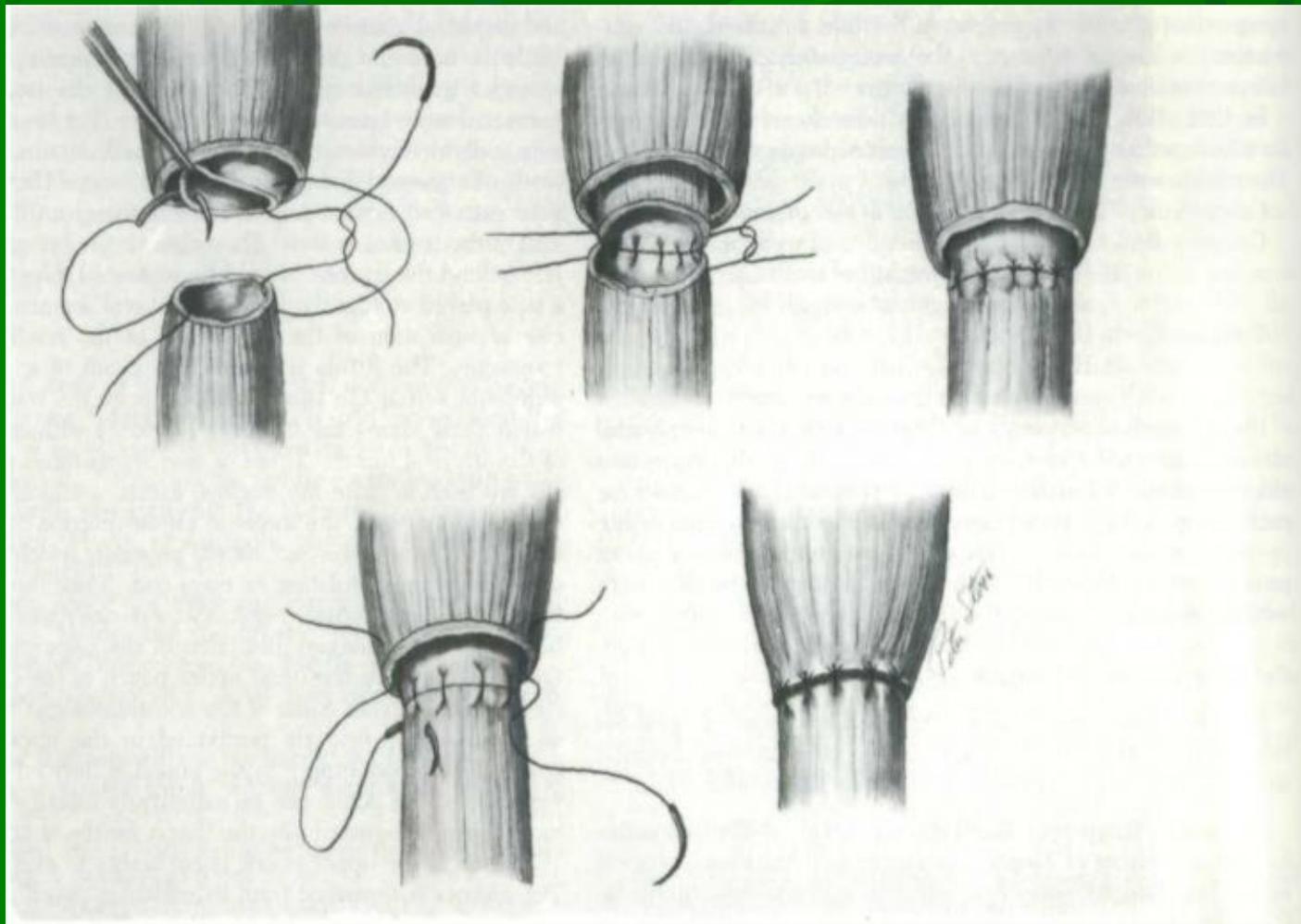
Цель – предотвращение аспирационной пневмонии.

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

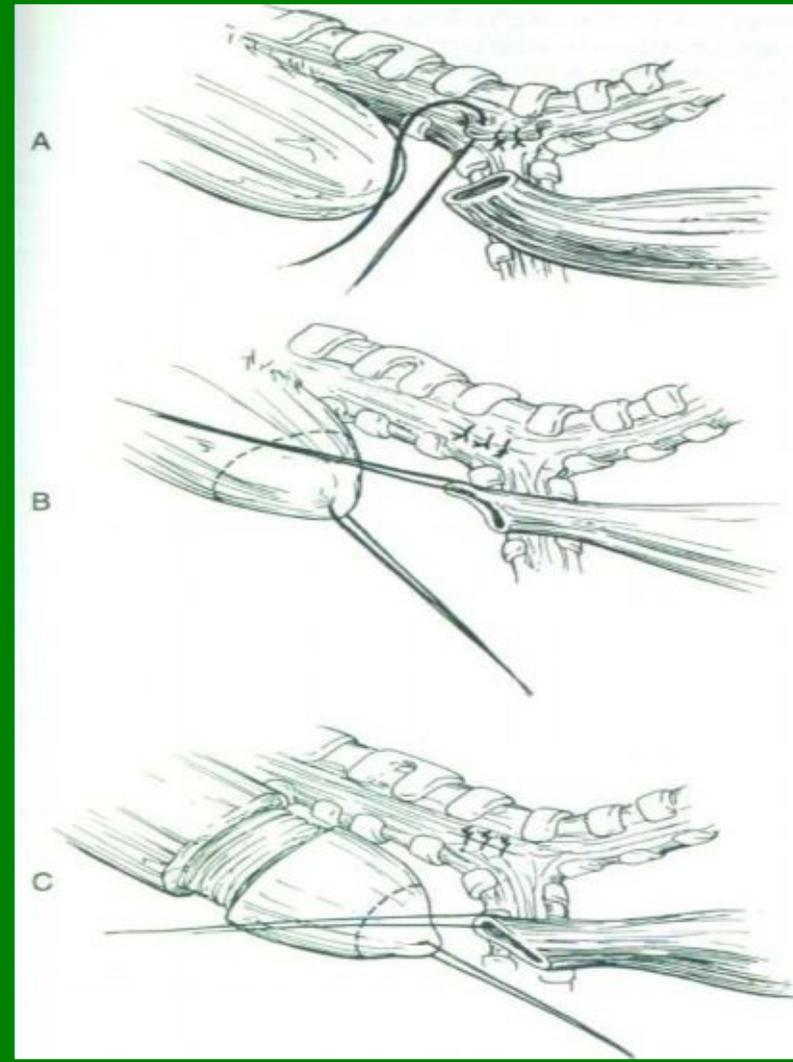
Операция (прямой анастомоз)



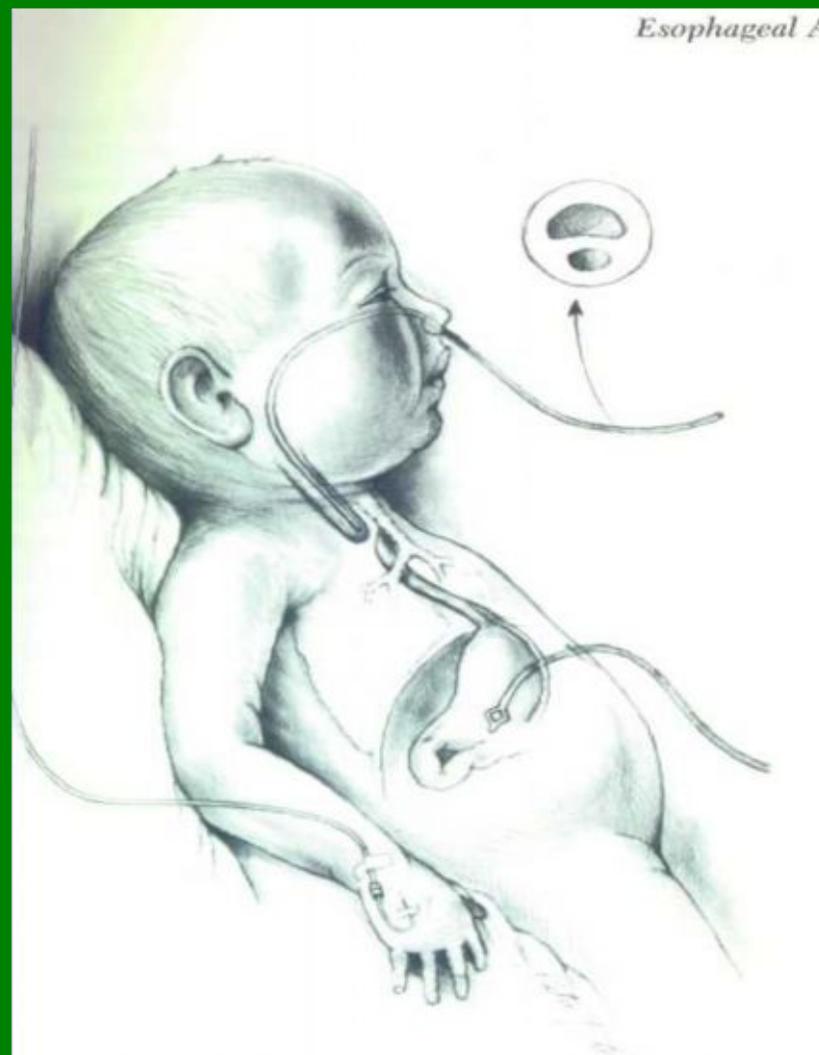
РАЗНОВИДНОСТИ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА



Методика Левадитиса.



Операция (разобращения)



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.

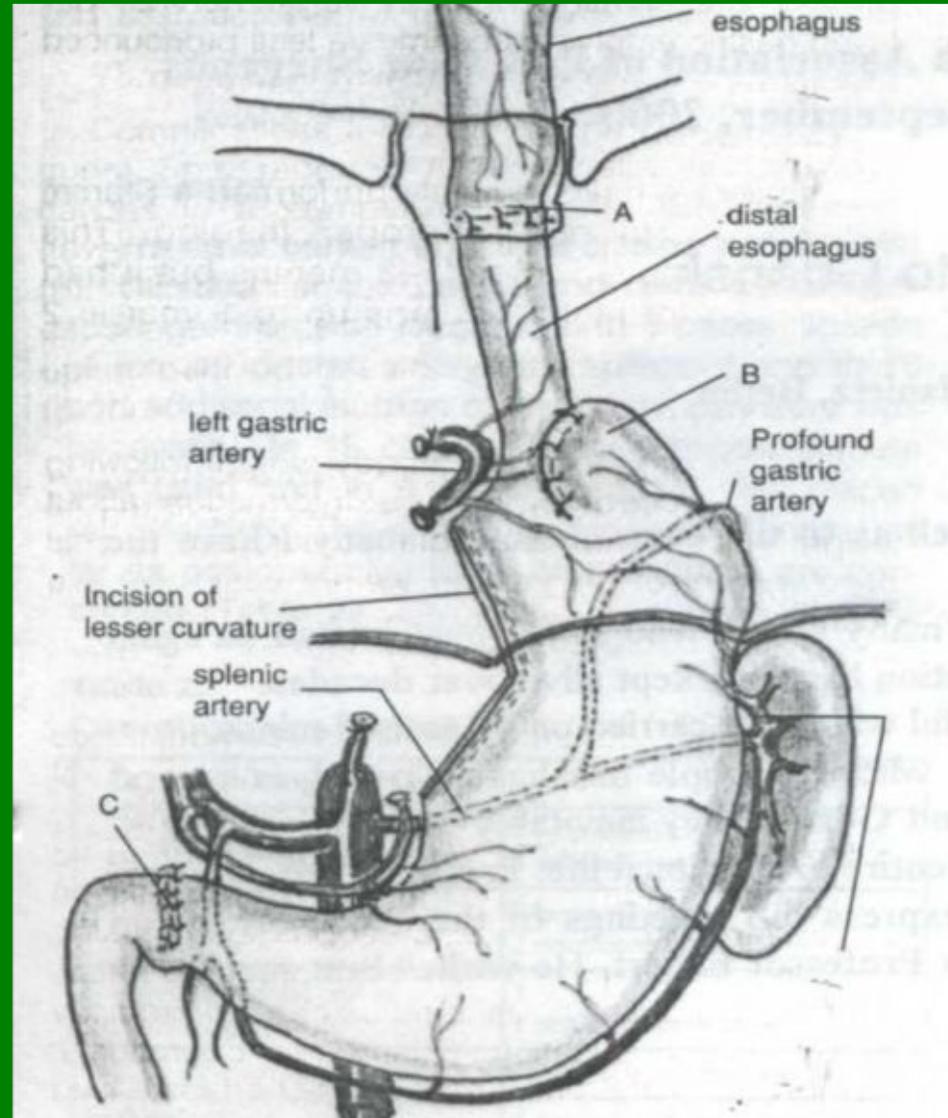


Осложнения (поздние)

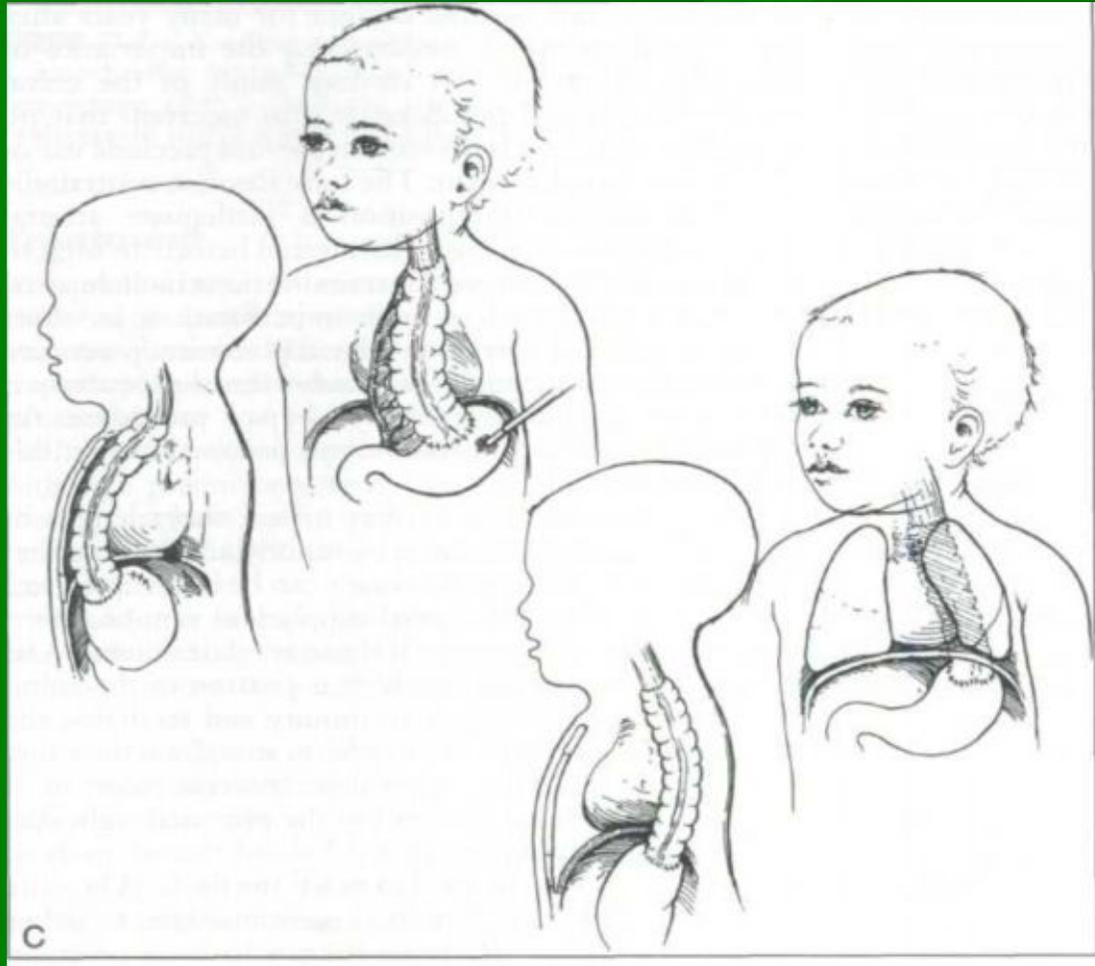
- Стриктура пищевода;
- Рецидив ТПС;
- ГЭРБ;
- Трахеомалация



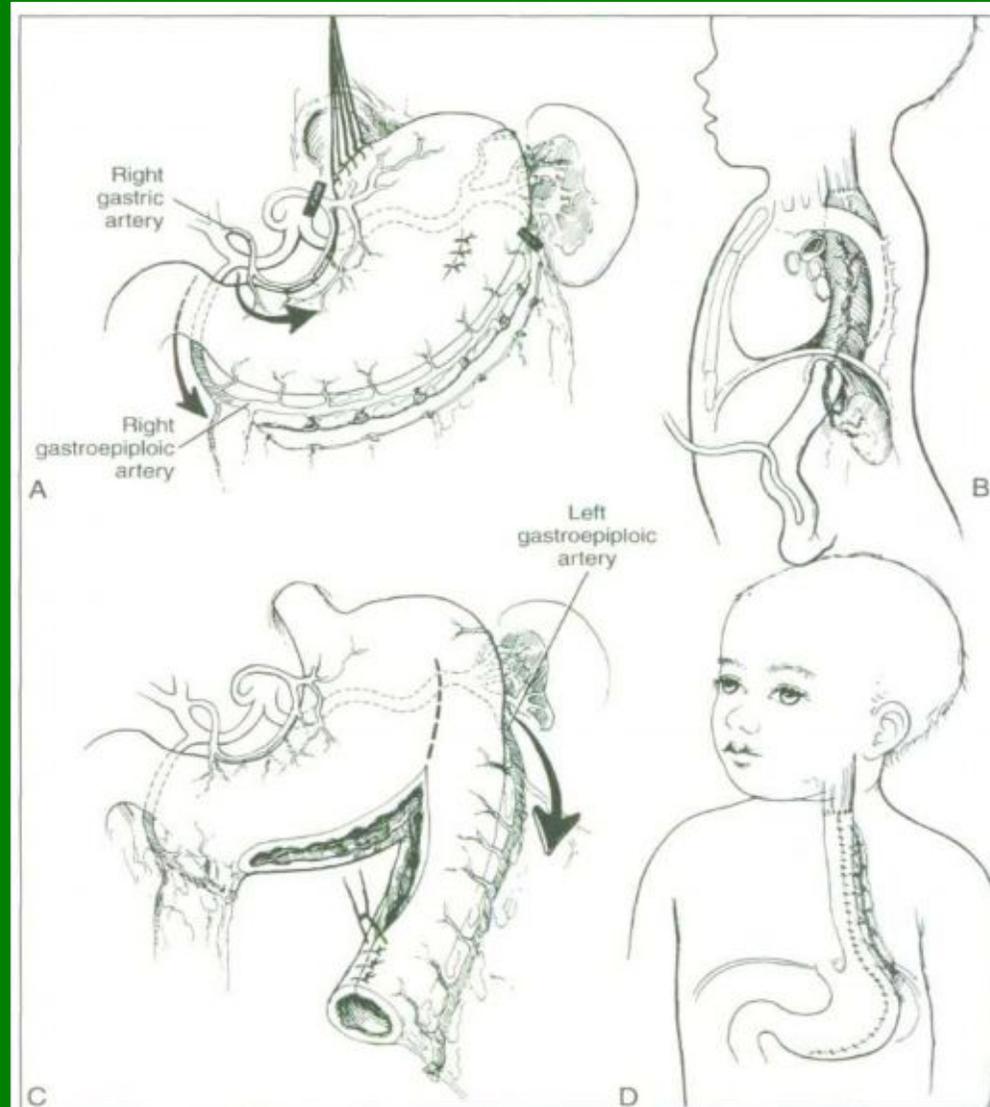
Операция (другие виды).



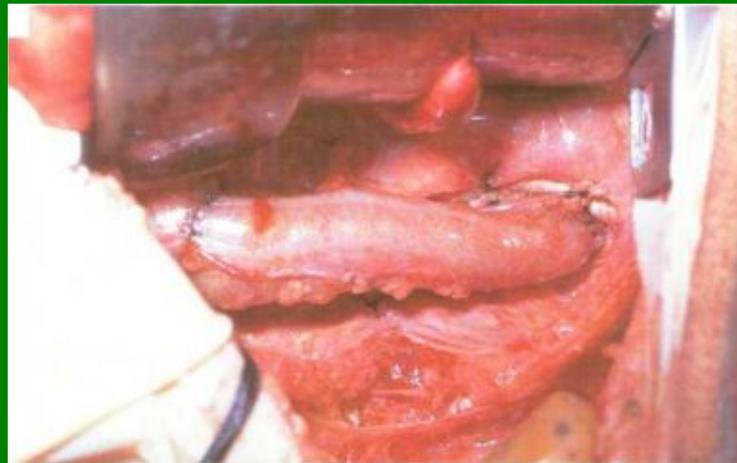
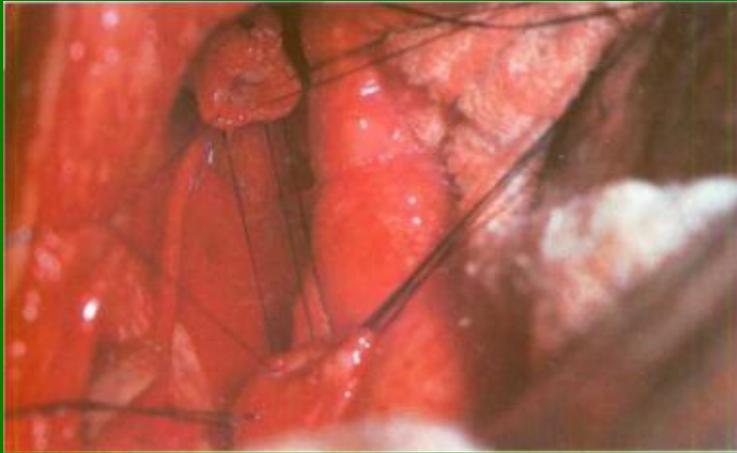
Операция (другие виды).



Операция (другие виды).



Операция (другие виды)



Атрезия пищевода (I тип).

Особенности:

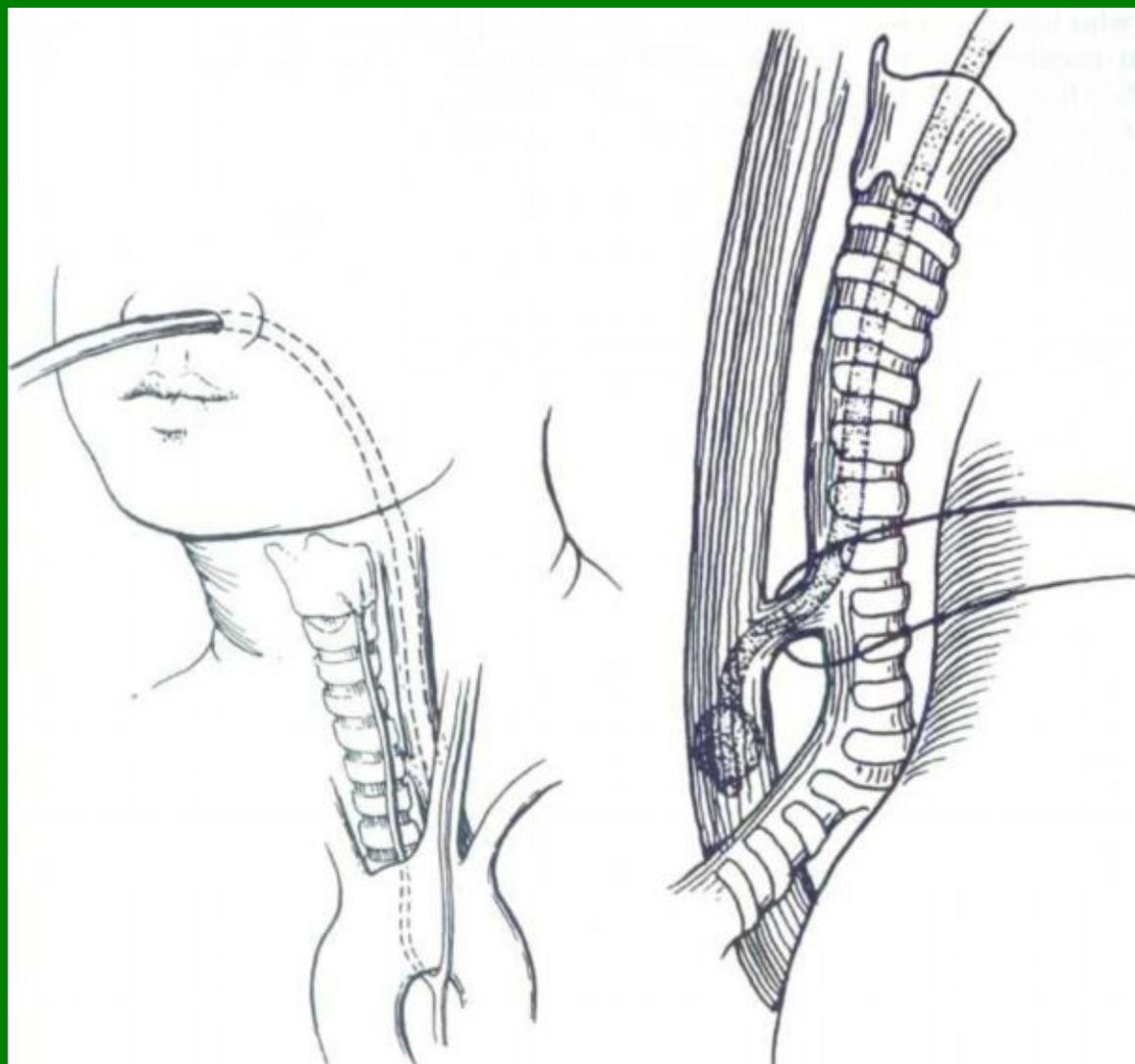
- Более выражено многоводие на пренатальном этапе (УЗИ);
- Менее выражены респираторные осложнения;
- Как правило большой диастаз между сегментами;
- Небольшой размер желудка (микрогастрия)

Атрезия пищевода (I тип).

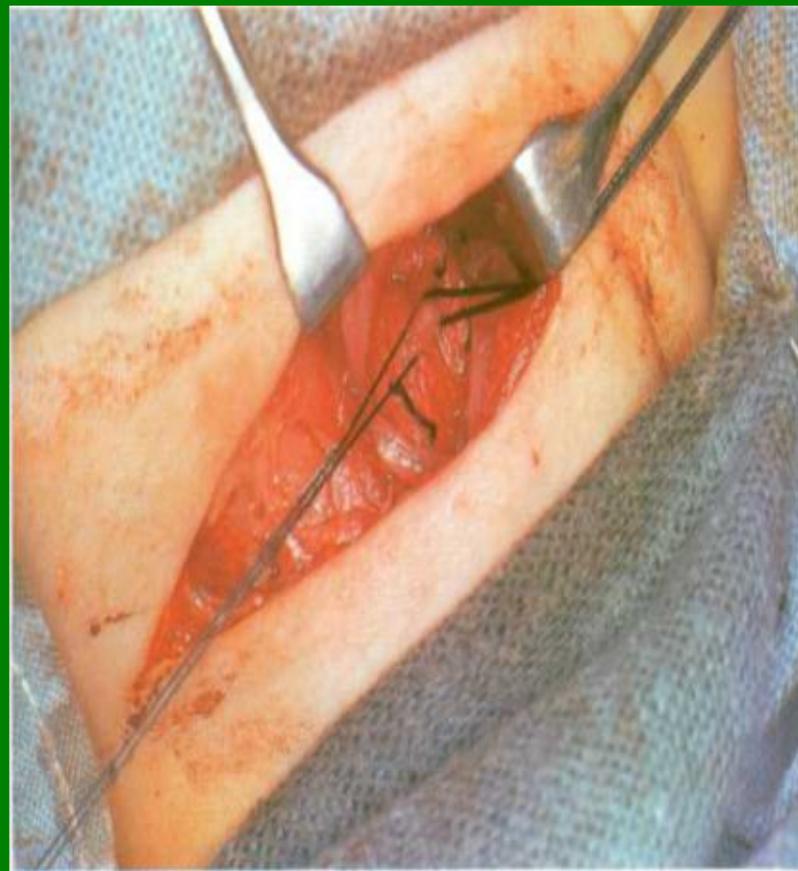
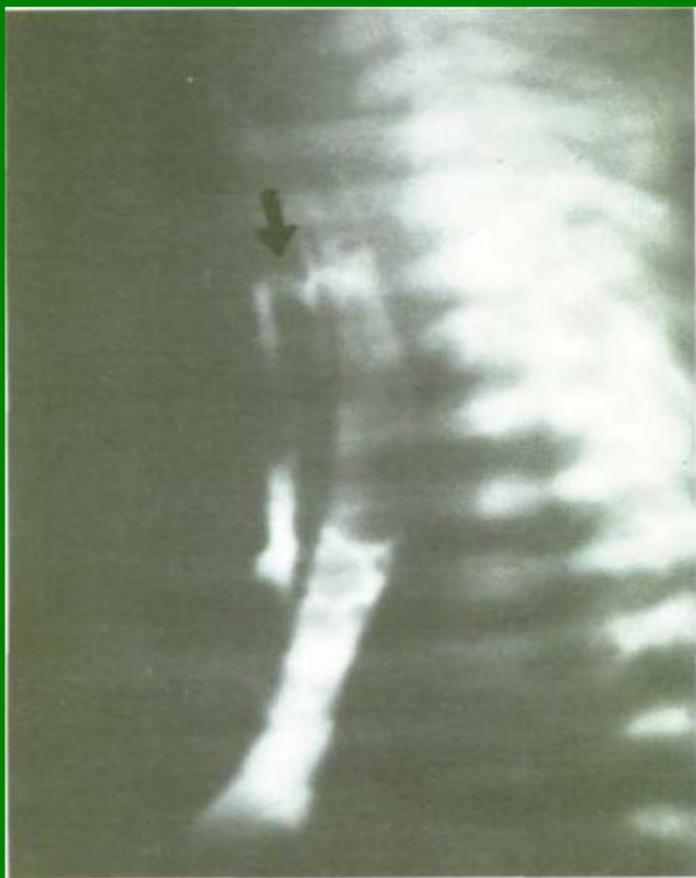
Особенности лечения:

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

Изолированный трахеопищеводный свищ



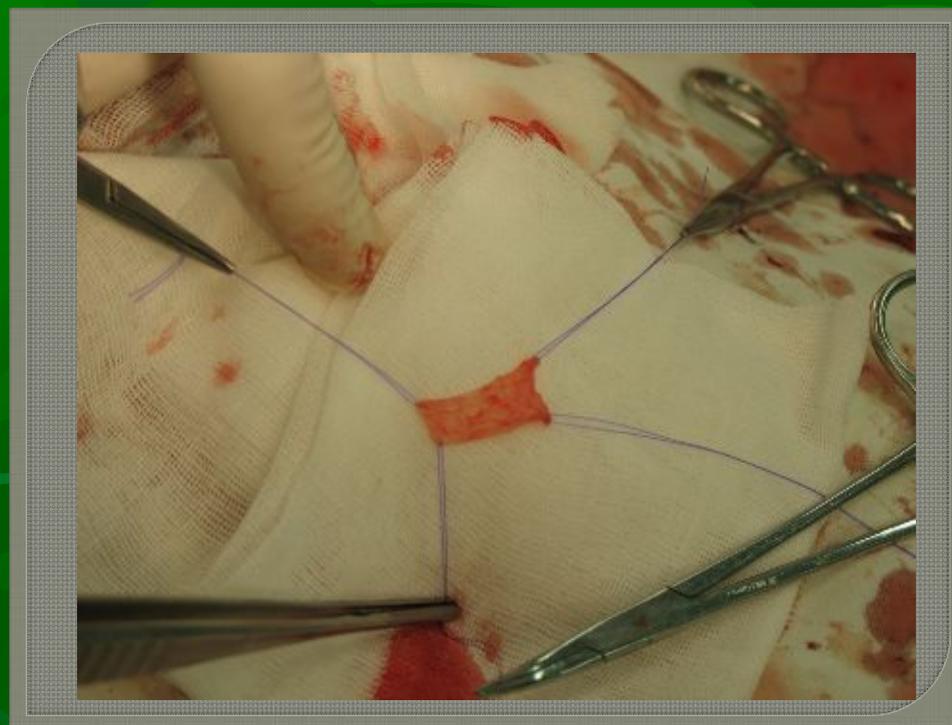
Изолированный трахеопищеводный свищ.



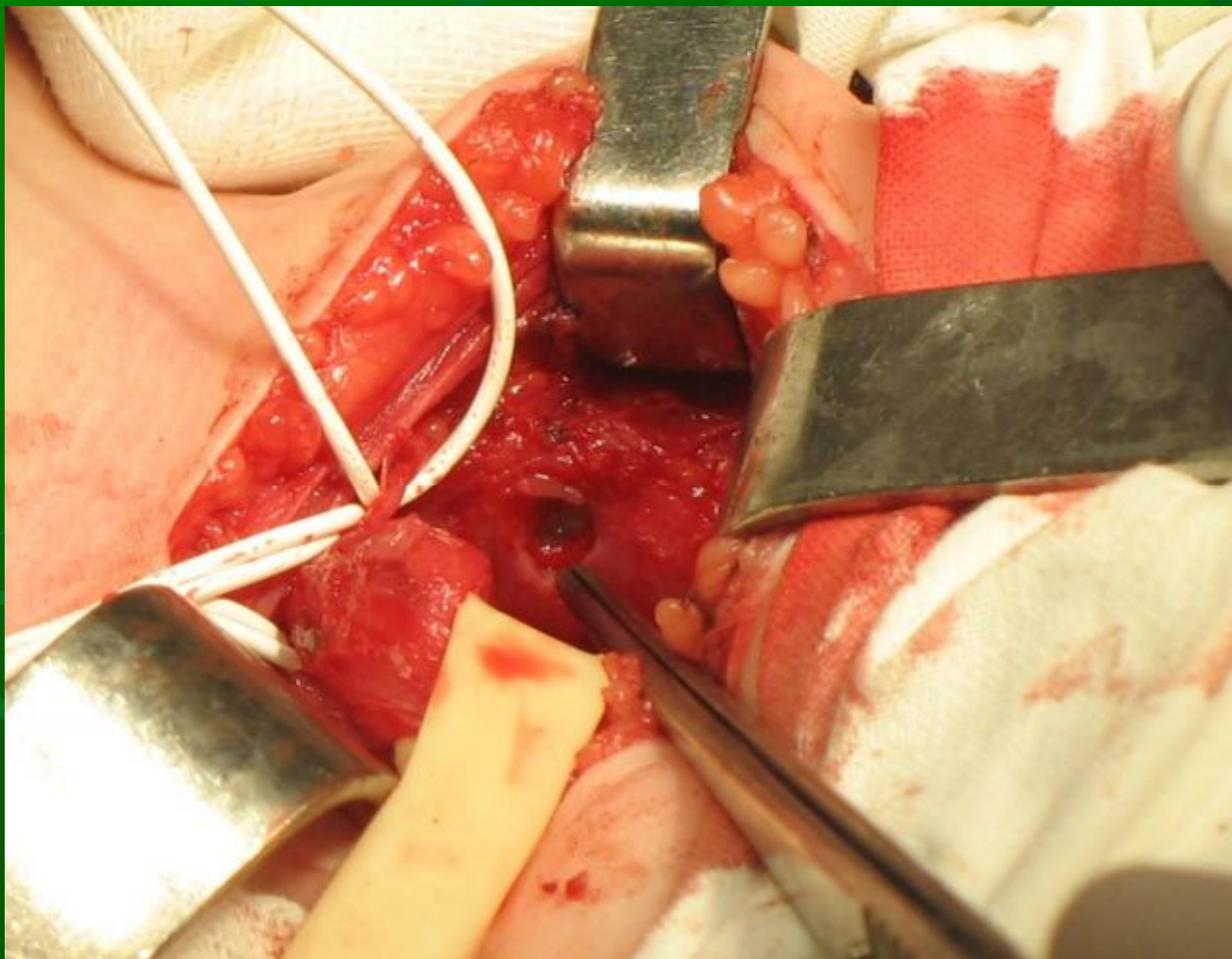
Изолированный трахеопищеводный свищ



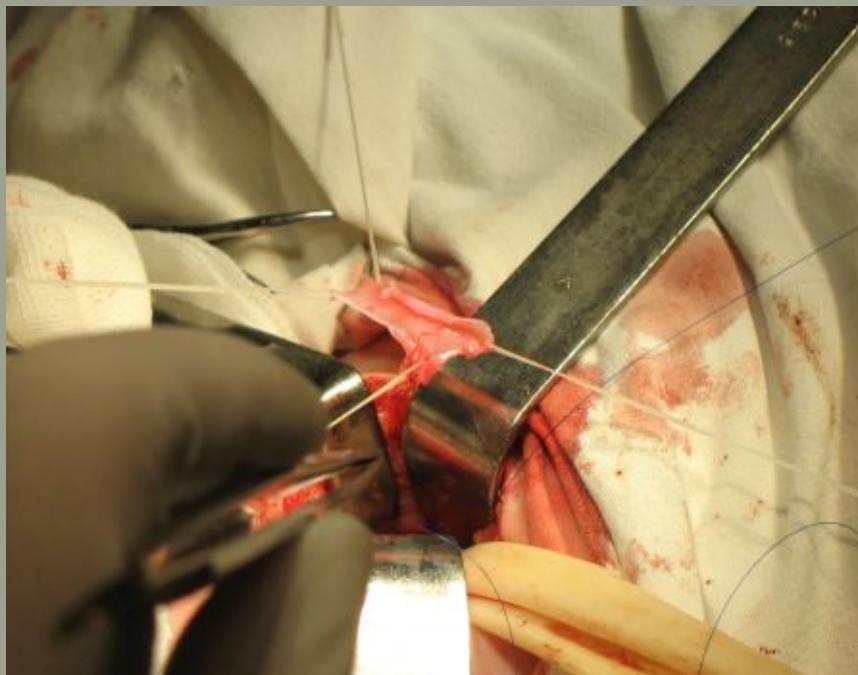
Изолированный трахеопищеводный свищ



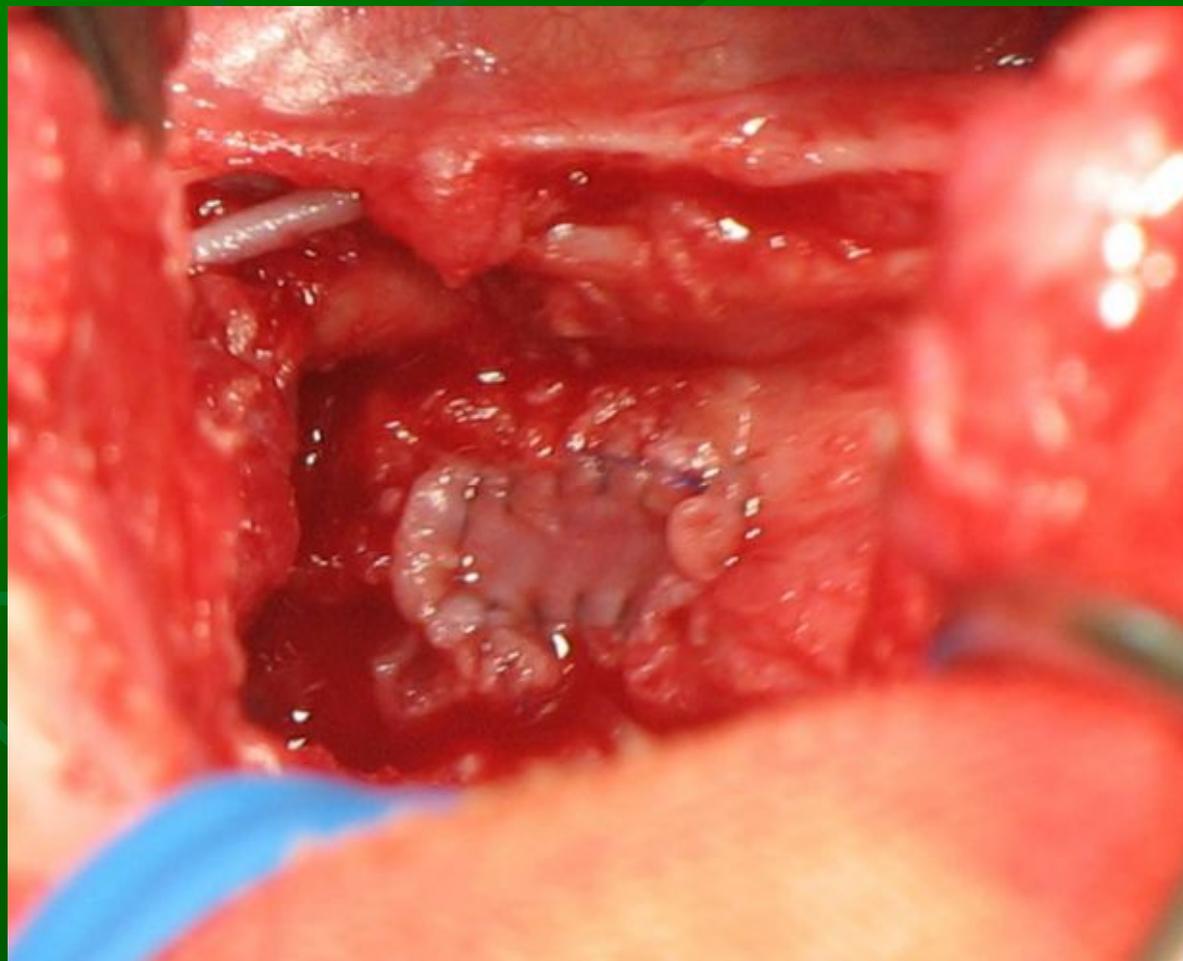
Изолированный трахеопищеводный свищ



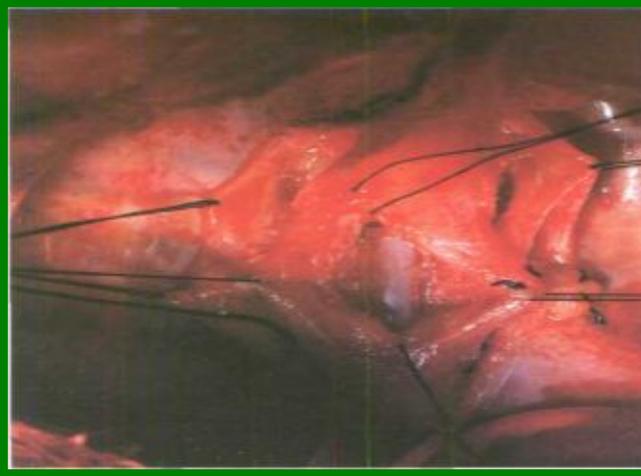
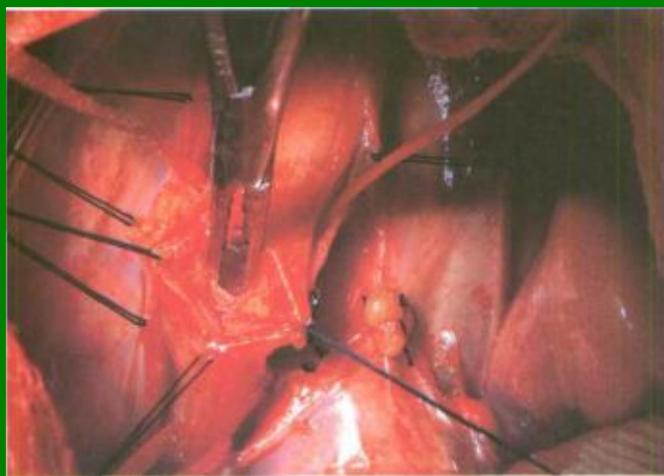
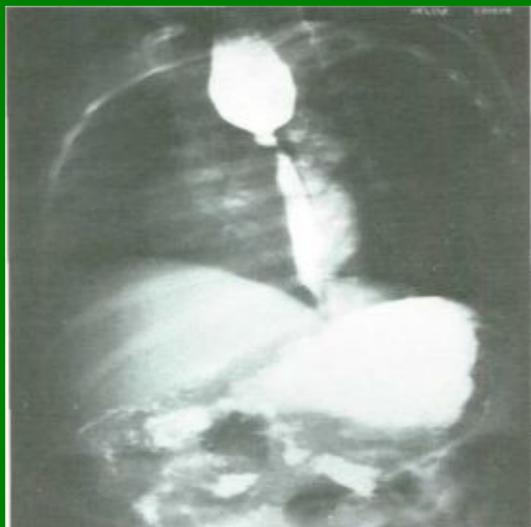
Изолированный трахеопищеводный свищ



Изолированный трахеопищеводный свищ



Изолированная мембрана пищевода.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ