А61 **Атрезия пищевода**/ подред. Ю. А. Козлова, В. В. Подкаменева, В. А. Новожилова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. : ил.
ISBN 978-5-9704-3454-3

Данное руководство является первым изданием в нашей стране, посвященным атрезии пищевода. На основании собственного опыта и данных литературы освещены история атрезии пищевода, эмбриогенез, эпидемиология, классификация, патофизиология этого заболевания. Отдельная глава посвящена сочетанным аномалиям развития. Основное место отведено антенатальной и постнатальной диагностике и коррекции атрезии пищевода. Наряду с традиционными способами лечения детально описаны минимально инвазивные торакоскопические техники операций. Подробно изложены предоперационное лечение, особенности хирургического лечения при различных вариантах атрезии пищевода, включая большой диастаз между сегментами пищевода. Обсуждаются возможные послеоперационные осложнения и способы их исправления. Уделено внимание прогнозированию исходов атрезии пищевода и результатам ее лечения.

Предназначено для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, хирургов общей практики, детских хирургов.

УДК 616.329-007.271
ББК54.13

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2015
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2015

ISBN 978-5-9704-3454-3

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания....4
Предисловие 7
Список сокращений и условных обозначений....8
Введение....9
Глава 1. История изучения атрезии пищевода.... И
1.1. История лечения атрезии пищевода открытым доступом.... 11
1.2. История торакоскопического лечения атрезии пищевода.... 18
Глава **2.** Эмбриогенез....27
2.1. Нормальная эмбриология передней кишки....28
2.2. Индуцированные адриамицином® модели атрезии пищевода и трахеопищеводного свища.... 31
2.3. Нарушение нотохорда при атрезии пищевода....32
Глава 3. Эпидемиология....34
Глава 4. Классификация....38
Глава 5. Сочетанные аномалии развития....41
5.1. Генетические заболевания....42
5.2. Ассоциации аномалий развития 56
5.3. Единичные аномалии, сопутствующие атрезии пищевода....61
Глава 6. Патофизиология.... 67
Глава 7. Клиническая картина идиагностика....72
7.1. Клинические проявления 72
7.2. Антенатальная диагностика....73
7.3. Постнатальная диагностика....85
Глава 8. Лечение....99
8.1. Предоперационное лечение....99
8.2. Хирургическое лечение.... ПО
8.3. Послеоперационное лечение....204
Глава 9. Методы удлинения пищевода.... 217
9.1. Пластические операции по удлинению пищевода.... 218
9.2. Процедура Foker — индукция роста пищевода вытяжением ... 222
Глава **10.** Способы замещения пищевода....249
10.1. Колоэзофагопластика.... 250
10.2. Гастроэзофагопластика....254
Глава **11.** Осложнения хирургического лечения 263
11.1. Частые осложнения.... 263
11.2. Редкие осложнения.... 274
Глава **12.** Сопутствующие заболевания.... 279
12.1. Гастроэзофагеальный рефлюкс....279
12.2. Трахеомаляция....287
Глава 13. Исходы и прогноз....297
13.1. Сравнительный анализ результатов традиционного и торакоскопического лечения атрезии пищевода....297
13.2. Прогнозирование исходов лечения....307
Заключение.... 318
Список литературы....323
Предметно-именной указатель....343

ПРЕДИСЛОВИЕ

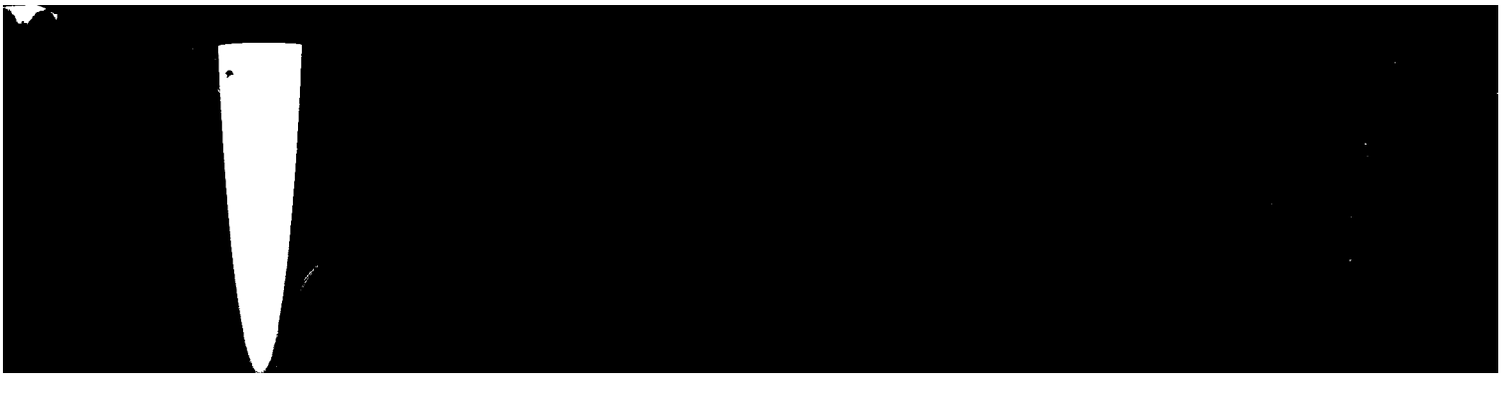
На протяжении длительного времени операции по поводу атрезии пищевода считаются лучшей проверкой мастерства детского хирурга и его мануальных навыков. В 1959 г. доктор Виллис Поттс[1] (Willis Potts) писал: «Чтобы соединить два конца пищевода новорожденного, хирург должен быть так же деликатен и точен, как профессиональный часовщик. Никакая другая операция не дает столько возможностей для проявления его технического мастерства». Сегодня благодаря прогрессу в анестезии и интенсивной терапии новорожденных результаты лечения детей с атрезией пищевода значительно улучшились. Кроме того, прогресс в торакоскопическом лечении эзофагеального порока существенно повысил качество жизни детей после оперативной коррекции аномалии.

Для хирурга очень важно оценить свои возможности в выполнении торакоскопической операции по восстановлению проходимости пищевода. Необходимо понимать, что эндохирургическая коррекция не должна выполняться абсолютно всеми хирургами. Имеет большое значение наличие предварительного опыта в минимально инвазивной хирургии до начала выполнения торакоскопических вмешательств на пищеводе. В трудных случаях бывает необходима конверсия эндохирургического подхода в открытую торакотомию. По моему мнению, примерно 75% операций по поводу атрезии пищевода может быть выполнено торакоскопически с хорошим результатом. Тем не менее одна четверть операций сложна для большинства хирургов и должна быть произведена стандартным открытым доступом. Эти положения также применимы в тех случаях, когда хирург не в состоянии выполнить наложение хорошего анастомоза, что склоняетего к выполнениюторакотомии.

Вселяет оптимизм быстрое развитие оптических и инструментальных технологий в эндоскопической хирургии. Стоит ожидать, что в будущем, очевидно, будут созданы циркулярные сшивающие аппараты, которые значительно упростят выполнение анастомоза. Также не исключено, что в обозримой перспективе будет разработан гибридный подход в лечении атрезии пищевода, сочетающий эндоскопический и торакоскопический методы лечения.

Джордж Холькомб,
профессор, главный хирург детского госпиталя Мерси,
директор Центра минимально инвазивной хирургии детского госпиталя Мерси
(Канзас-Сити, США)

[1] To anastomose the ends of an infant's oesophagus, the surgeon must be as delicate and precise as a skilled watchmaker. No other operation offers a greater opportunity for pure technical artistry. Willis Potts. Anastomotic technique in esophageal atresia // J. Pediatr. Surg. — 1968. — Vol. 3. — P. 561-564.



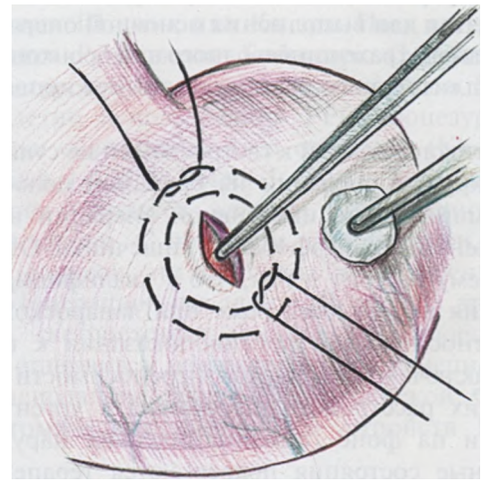


Рис. 8.73. Схема открытой гастростомии по Stamm—Senn—Cader

Следующий этап — гастропексия, которая осуществляется путем прошивания кожи по краям от гастростомической трубки оставшимися концами кисетных швов. Надежность фиксации гастростомы подтверждается визуальным осмотром. Техническая простота, быстрота выполнения, возможность быстрого закрытия отверстия после удаления трубки, надежная герметизация полости желудка в случаях выпадения трубки, поскольку гастростомический канал инвагинирован в просвет желудка по типу «чернильницы-невыливайки», обеспечивали преимущества методики Stamm—Senn—Cader у детей с атрезией пищевода до тех пор, пока не появились лапароскопические способы установки гастростомических трубок.

Техника лапароскопической гастростомии

Лапароскопический подход, примененный в нашем исследовании, предполагает использование специальных кнопочных гастростом MIC-KEY (Halyard Health) и наборов фиксаторов Saf-T-Pexy (Halyard Health) для их установки. Однако этот способ не исключает использование других устройств, в том числе сконструированных вручную накануне операции из латексных баллонных катетеров Фолея.

При выполнении лапароскопической гастростомии хирург располагается в ногах пациента, а монитор размещается со стороны головы больного. Лапароскопия подтверждает размер и положение желудка, наличие или отсутствие перитонеальных сращений. С помощью наружной пальпации передней брюшной стенки в левом эпигастрии определяется точка стояния будущей гастростомы. В этом месте наносится небольшой кожный разрез. Лезвие скальпеля рассекает все слои брюшной стенки до появления в поле зрения эндоскопа. Через произведенный разрез в полость брюшины устанавливается 3-миллиметровый атравматичный окончатый зажим с кремальерой типа «duckbill», который фиксирует переднюю стенку желудка в месте предполагаемой стомы. Трансабдоминально, справа и слева от эндоскопического зажима, производится наложение на переднюю стенку желудка двух U-образных якорных швов PDS П-0, диаметр иглы 36—40 мм (рис. 8.74).

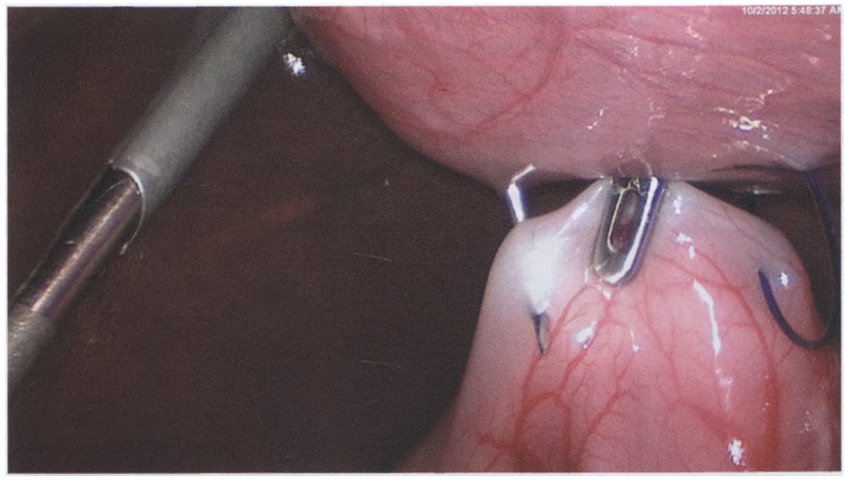


Рис. 8.74. Лапароскопическая кнопочная гастростомия — этап фиксации стенки желудка U-образными швами

В качестве альтернативы для фиксации гастростомической трубки используют набор (рис. 8.75), состоящий из четырех игл, оснащенных якорными устройствами с кожными фиксаторами Saf-T-Pexy (Halyard Health).

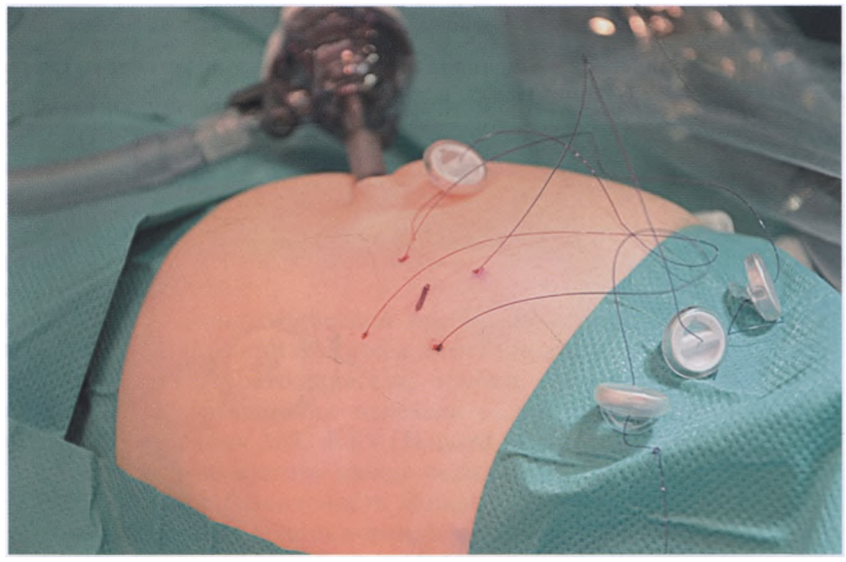


Рис. 8.75. Лапароскопическая кнопочная гастростомия — этап фиксации стенки желудка фиксаторами Saf-T-Pexy (Halyard Health)

Желудок наполняется воздухом через предварительно установленный назогастральный зонд. Фиксирующий зажим извлекается, и производится пункция гастральной стенки иглой G14. Полость желудка катетеризируется по Сельдингеру, и выполняется бужирование гастростомического отверстия сменными дилятаторами до размера устанавливаемой трубки. Подбор гастростомической трубки MIC-KEY является строго индивидуальным бла-