

УДК: 616.329-089.844

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мавлянов Ф.Ш.,
Мавлянов Ш.Х.,
Джуракулова Ф.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский государственный медицинский
университет. Самарканд. Узбекистан.

Аннотация. Данная работа представляет собой ретроспективное исследование, посвященное анализу результатов лечения 29 новорожденных с атрезией пищевода. Сравнительный, логический и статистический анализ медицинских данных позволил выявить ключевые факторы, влияющие на послеоперационные осложнения и летальность. Установлено, что повышенный риск смертельного исхода связан с наличием у ребенка сочетанных, угрожающих жизни аномалий развития, врожденных пороков сердца, серьезных респираторных проблем, требующих ИВЛ, а также недоношенности.

Ключевые слова: атрезия пищевода, пластика, новорожденные

Актуальность. Атрезия пищевода, врожденный порок развития, характеризующийся нарушением целостности пищевода и наличием двух не сообщающихся сегментов, встречается с частотой 1 случай на 2500-5000 новорожденных [4; 11]. Благодаря значительному прогрессу в детской хирургии и неонатологии, выживаемость детей с массой тела более 1500 г без сопутствующих патологий достигла 99%. Однако, несмотря на эти успехи, остаются нерешенные вопросы, связанные с высоким уровнем осложнений и неудовлетворительных результатов при большом диастазе между сегментами, у глубоко недоношенных детей, а также при сочетании атрезии пищевода с другими пороками развития. Это обуславливает актуальность дальнейших

научных исследований, направленных на оптимизацию тактики лечения и улучшение отдалённых результатов у данной группы пациентов. В первые дни жизни большинство младенцев с атрезией пищевода успешно поддаются прямому восстановлению его концов (эзофаго-эзофагоанастомозу). Однако, при значительном расхождении пищеводных сегментов, выполнение этой процедуры может стать невозможным. Сохранение собственного пищевода пациента является неоспоримым фактором, способствующим лучшим послеоперационным исходам. В то же время, обеспечение полной функциональной состоятельности восстановленного органа остается первостепенной клинической задачей.

Анализ современной научной литературы, как отечественной, так и зарубежной, выявляет значительные расхождения и дискуссионные моменты в хирургической тактике при атрезии пищевода с непреодолимым диастазом. Это свидетельствует о наличии пробелов в знаниях и необходимости дальнейших исследований для выработки оптимальных подходов, что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель: Осуществить ретроспективный анализ данных, касающихся диагностики и терапевтических подходов, применявшихся у новорожденных с атрезией пищевода, для оценки их эффективности и результатов.

Материал и методы. Была сформирована выборка из 29 новорожденных с атрезией пищевода, проходивших стационарное лечение в отделении неонатальной хирургии Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра в течение трехлетнего периода. Анализ проводился на основе ретроспективного изучения их медицинских карт. В группе преобладали мальчики ($n=18$) над девочками ($n=11$).

В исследование были включены пациенты детского возраста с подтвержденной атрезией пищевода, чьи законные представители предоставили письменное согласие на проведение оперативного лечения и сопутствующих медицинских процедур. Критериями исключения являлись: отсутствие у ребенка

врожденного порока развития пищевода, а также наличие противопоказаний к выполнению радикального хирургического вмешательства на пищеводе, обусловленных тяжелой сопутствующей соматической и/или генетической патологией. При поступлении всем пациентам проводился комплекс диагностических мероприятий, включающий общеклинический осмотр, инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты исследования. У всех пациентов была подтверждена атрезия пищевода с сопутствующим нижним трахеопищеводным свищем. Большинство новорожденных (23 из 29) были переведены в центр в первые сутки после рождения, 5 детей поступили на 2-3 день, и 1 ребенок – на 4 сутки. Недоношенные дети составили 66% от общего числа случаев.

Распределение по массе тела при рождении было следующим: 5 детей весили 1500-2000 г, 7 – 2100-2500 г, 7 – 2600-3000 г, 8 – 3100-3500 г, и 2 – 3500-4000 г. Сочетанные пороки развития были обнаружены у 24 (83%) детей. Среди них: анемия (4 пациента), порок сердца (2), врожденная расщелина верхней губы и неба (1), анемия в сочетании с пороком сердца (15), анемия с гипотрофией (1). У одного ребенка атрезия пищевода была частью VACTERL-ассоциации (включающей порок сердца, аноректальную трансформацию и полидактилию). Хирургическое лечение было проведено 25 (86%) новорожденным.

В исследовании рассматривался опыт хирургического лечения трахеопищеводных свищей у новорожденных. Всем 25 прооперированным детям после отсечения свища от трахеи был сформирован прямой анастомоз «конец в конец». Сроки проведения оперативного вмешательства варьировались: 12 младенцев были оперированы в первые сутки жизни, 11 – на 2-3 сутки, и 2 – на 4-5 сутки. Четверо детей были выписаны домой без операции по причине отказа родителей от хирургического лечения. Наиболее частым осложнением, как в предоперационном, так и в раннем послеоперационном периоде, являлась аспирационная пневмония, диагностированная у 73% пациентов. Несостоятельность анастомоза была зафиксирована в двух случаях. Среди

умерших трое детей имели тяжелые сопутствующие патологии, включая врожденные пороки сердца и атрезию пищевода в составе VACTERL-ассоциации.

Заключение. Атрезия пищевода — одно из наиболее серьезных врождённых заболеваний у новорождённых, требующее от детского хирурга глубокой квалификации в диагностике и выполнении сложных хирургических вмешательств. Успех хирургического вмешательства во многом определяется точной оценкой клинического состояния ребёнка при госпитализации, обоснованным выбором сроков и способа операции, уровнем зрелости плода, а также наличием сопутствующих аномалий и комбинированных пороков.

Раннее хирургическое вмешательство в первые дни жизни является обязательным условием эффективного лечения. Восстановление целостности пищеварительного тракта даёт ребёнку шанс нормально питаться перорально, адаптироваться в социальной среде, получать образование и в будущем заниматься трудовой деятельностью. Благодаря своевременной коррекции данного порока решаются значимые медицинские, социально-психологические и экономические задачи, обеспечивая пациентам полноценную жизнь.

Список литературы

1. Ажимаматов, Х. Т. Современный взгляд к выбору тактики хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных / Х. Т. Ажимаматов, Б. Б.Эргашев, Б. Х. Мирзакаримов, Х. З. Тошматов, Ш. О. Тошбоев // Новый день в медицине. - 2020. - Т. 1(29). - С. 14-17.
2. Алхасов, А. Б. Сравнительный анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода после отсроченного эзофаго-эзофагоанастомоза и колоэзофагопластики / А. Б. Алхасов, А. Ю. Разумовский, О. Г. Мокрушина, М., А. Чундокова, С. А. Гебекова // Детская хирургия. - 2017. - Т.21, №5. - С. 228233.
3. Баратов У., Турсунов С., Мавлянов Ф., Мавлянов Ш., Холикова Г. Диагностические возможности калиперометрии у новорожденных с

- хирургической патологией // Проблемы биологии и медицины. – 2021. - №6.1 (133). – с. 551
4. Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Турсунов С.Э., Баратов У. [Оценка нутритивного статуса у новорожденных с атрезией пищевода](#) // Педиатр. – 2022. – Т. 13 – с. 41-42
5. Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Азизов М.К., Турсунов С.Э., Хушбаков Х.М., Шукуров С., Баратов У. [Результаты диагностики и лечения атрезий пищевода у новорожденных](#)// Педиатр. – 2022. – Т. 13 – с. 45-46
6. Мавлянов Ф, Мавлянов Ш, Турсунов С, Баратов У [Пути улучшения результатов лечения детей с врождённой кишечной непроходимостью](#) // Детская хирургия. – Т. 25. S 1. – с. 51
7. Bairdain, S. Foker process for the correction of long gap esophageal atresia: Primary treatment versus secondary treatment after prior esophageal surgery / S. Bairdain, T. E. Hamilton, C. J. Smithers et al // J Pediatr Surg. - 2015. - Vol.50(6). - P. 933-937.
8. Dionigi, B. Restoring esophageal continuity following a failed colonic interposition for long-gap esophageal atresia [Electronic resourc] / B. Dionigi, S. Bairdain, C. J. Smithers, R. W. Jennings, T. E. Hamilton // J Surg Case Rep. - 2015. -№4
9. Flieder S, Dellenmark-Blom M, Witt S, Dingemann C, Quitmann JH, Jönsson L, Gatzinsky V, Chaplin JE, Dammeier BG, Bullinger M, Ure BM, Abrahamsson K, Dingemann J. Generic Health-Related Quality of Life after Repair of Esophageal Atresia and Its Determinants within a German-Swedish Cohort. Eur J Pediatr Surg. - 2019. - 29(1). - P. 75-84.
10. Sharma, A. K. Simple Technique of Bridging Wide Gap in Esophageal Atresia with Tracheoesophageal Fistula - "Surgical Innovation" / A. K. Sharma, D. Mangal // J Indian Assoc Pediatr Surg. - 2017. - Vol. 22, №3. - P.187-188.
11. Tewfik, T. L. Congenital Malformationsof the Esophagus [Electronic resourc] / T. L. Tewfik, N. Karsan, J-M. Laberge, F. Talavera, A. D. Meyers, R. A. Faust // - 2017.
12. Van der Zee, D. C. Position Paper of INoEA Working Group on Long-Gap Esophageal Atresia: For Better Care [Electronic resourc] / D. C. van der Zee, P. Bagolan, C. Faure // Front. Pediatr. - 2017. - Vol.5.