

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
Д.Л.Пиневиц
2013 г.
Регистрационный № 038-0313



МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

инструкция по применению
(патент № а 20070340; опубл. 30.10.09,
№ а 20070339; опубл. 30.08.09)

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

д.м.н., доцент Ковальчук В.И.; Новосад В.В.

Гродно, 2013

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

05.04.2013

Регистрационный № 038-0313

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, доц. В.И. Ковальчук, В.В. Новосад

Гродно 2013

Данная инструкция по применению (далее — инструкция) предназначена для врачей-детских хирургов, оказывающих помощь пациентам с атрезией пищевода с целью повышения качества их лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Операционный стол с подогревом.
2. Оборудование для обеспечения обезболивания (наркоз).
3. СВЧ-нож.
4. Вакуумный аспиратор.
5. Набор инструментов для торакотомии.
6. Хирургические ножницы, зажимы, скальпель остроконечный, ранорасширитель, шовный материал.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Атрезия пищевода типы А, В, С, D по Gross, при диастазе 1,5–2,0 см.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- Аплазия пищевода;
- Атрезия пищевода с диастазом более 2,0 см.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Необходимые исследования:

1. Зондирование пищевода.
2. Проба Элефанта.
3. Обзорная рентгенография грудной клетки с контрастированием проксимального сегмента пищевода водорастворимым контрастным средством.
4. Общий анализ крови.
5. Коагулограмма.
6. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин, мочевины, калий, натрий).
7. Определение КОС.
8. Общий анализ мочи.
9. Группа крови, резус-фактор.
10. УЗИ сердца и органов брюшной полости.

Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение ребенка на операционном столе — на левом боку. Под грудную клетку кладется валик, правое бедро располагают сверху и кпереди от левой нижней конечности. Правое предплечье укрепляется мягко, но неподвижно, на дуге операционного стола так, чтобы правое плечо было отведено вверх и несколько кпереди. Операционный доступ — заднебоковая торакотомия. Он позволяет получить наилучший обзор операционного поля.

1-й этап — линия разреза проводится по проекции V ребра от передней подмышечной линии до паравертебральной на уровне нижнего угла лопатки. Рассекается клетчатка, грудная фасция, а затем последовательно мышцы до

обнажения IV межреберья. Межреберные мышцы и связки в среднем участке рассекаются остро до появления плевры, а затем разделяются тупым путем по всей длине раны. Осторожно отслаивается плевро сначала в верхних, затем в дорсальных, нижних отделах и в последнюю очередь — в парастернальных. Ребра разводятся ранорасширителем, и легкое на выдохе отодвигается легочной лопаткой, обнажая заднее средостение.

2-й этап — выделяется и обрабатывается трахеопищеводный свищ. Отодвигая непарную вену вверх, находят место соединения пищевода с трахеей. Если трахеопищеводный свищ расположен значительно выше места перекреста непарной вены и пищевода, вену отодвигают вниз. В случае когда непарная вена будет располагаться в зоне будущего анастомоза, ее пересекают между двумя лигатурами. После выделения трахеопищеводного свища его основание перпендикулярно кольцам трахеи прошивают нитью vicrili 4-0 на атравматической игле с двух сторон, нити затягивают, но не срезают (используют как держалки). Свищ пересекают и ушивают в поперечном направлении на стенке трахеи отдельными швами vicrili 4-0.

3-й этап — выполняется мобилизация проксимального сегмента, ориентируясь при этом на зонд, находящийся в его просвете. Оценивается диастаз между проксимальным сегментом пищевода и местом отсечения дистального от трахеи. Если диастаз составляет 1,5–2,0 см, переходят к 4-му этапу.

4-й этап — вскрывается проксимальный сегмент пищевода и сопоставляется с дистальным сегментом. При этом отличительным моментом является то, что предварительно нитью vicrili 4-0 на атравматической игле захватывается адвентицио-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца и фиксируется отдельным узловым швом к передней поверхности нижележащего грудного позвонка путем прошивания его фасции с двух сторон. Таким же образом фиксируется и дистальный отдел пищевода к передней поверхности вышележащего позвонка.

5-й этап — накладывают через все слои швы по задней полуокружности анастомоза. Через нос в пищевод вводят зонд Th 6 или Th 8 (в зависимости от просвета дистального сегмента) для последующего кормления ребенка. Накладываются швы по передней полуокружности пищевода. Через отдельный разрез в VI межреберье по передней подмышечной линии проводится дренаж (зонд Th 10) к зоне анастомоза.

6-й этап — после удаления валика и расправления легкого приступают к восстановлению целостности грудной стенки. Сшиваются ребра 2–3 швами, затем послойно мышцы и подкожная клетчатка. Кожная рана ушивается внутриэпидермальным непрерывным швом, который снимается на 7–10-е сут.

Послеоперационное ведение

Проводится на посту интенсивной терапии в отделении новорожденных и включает: продленную ИВЛ 7 дней и более при сопутствующей патологии, инфузионную и антибактериальную терапию, зонд в желудке в течение 7–10 дней. Кормление через зонд — на 5–7-е сут. Дренажная трубка из средостения удаляется на 6–8-е сут.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Повреждение плевры при ее отделении чаще всего происходит у недоношенных детей, у которых она чрезвычайно тонка. Способствует возникновению данного осложнения и наличие тяжелой аспирационной пневмонии. Попытки ушивания обычно еще больше увеличивают отверстие, в связи с чем не следует стремиться ликвидировать дефект плевры, т. к. при адекватном дренировании средостения в послеоперационном периоде образовавшееся отверстие, как правило, самостоятельно прикрывается. Важно во время операции, несмотря на осложнение, выделить сегменты пищевода экстраплеврально.

2. Перелом ребра при разведении раны ранорасширителем, являясь редким осложнением, не всегда распознается во время вмешательства, а чаще диагностируется рентгенологически лишь после операции. Данное осложнение не требует никаких мероприятий, т. к. заживление происходит обычно самостоятельно. Тем не менее необходимо помнить о возможности этого осложнения и своевременно диагностировать его, тщательно анализируя рентгенограммы в послеоперационном периоде.

3. Повреждение непарной вены при ее отведении или межреберных вен приводит к кровотечению и требует лигирования сосуда. Предотвратить осложнение позволяет осторожное отведение вены или ее перевязка и пересечение.

4. Повреждение стенки трахеи при выделении трахеопищеводного свища чаще всего происходит при редких атипичных формах фистулы. При возникновении осложнения необходимо тщательное ушивание возникшего дефекта питью на атрауматической игле. Кроме того, в подобной ситуации важно особенно тщательно отделить трахею от пищевода путем ушивания медиастинальной плевры.

5. Травматизация ветвей блуждающего нерва при выделении нижнего сегмента пищевода. С целью предотвращения этого осложнения нижний сегмент в зоне перехода его в трахеопищеводный свищ следует мобилизовать на протяжении 1,5–2 см (не более).

6. Оставление трахеопищеводного свища верхнего сегмента при атрезии пищевода с двумя свищами возможно в связи с тем, что верхняя фистула трудно диагностируется до операции. Избежать этого осложнения позволяет тщательная мобилизация верхнего сегмента пищевода, одной из целей которой и является диагностика возможного верхнего трахеопищеводного свища.