

УДК: 616.329-007.271-053.2-036.88

*А.О. Дворакевич**, *В.Р. Міщук***,
*А.С. Кузик***, *Р.Я. Ковальський**

Львівська обласна дитяча клінічна
лікарня «ОХМАТДИТ»*,
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького**
(м.Львів, Україна)

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСПІШНОЇ
ТОРАКОСКОПІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ
У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Ключові слова: атрезія стравоходу, торако-
скопія, новонароджений.

Резюме. В статті описаний випадок успішної торако-
скопічної корекції вродженої атрезії стравоходу з трахео-
страховідною норицею у новонародженої дитини.

До останнього часу хірургічне лікування атрезії стравоходу (АС) успішно виконувалося виключно з використанням торакотомії. На даний час в багатьох клініках накопичений великий досвід лікування цієї вродженої вади розвитку, при якій традиційним хірургічним доступом є правостороння задньо - бокова торакотомія [5]. У цілому результати оперативного лікування дітей з АС в останні десятиліття значно покращилися завдяки оптимізації анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії новонароджених. Проте, велике число повідомлень про несприятливу дію торакотомії на скелетно-м'язові структури у новонароджених та дітей раннього віку сприяло розробці й впровадженню мінімально інвазивних методів лікування цього складного захворювання [1,3,4]. Першу торакоскопічну корекцію АС з трахеостраховідною норицею (ТСН) виконав S. Rothenberg у 2000р [6]. K. Вах і D. Van der Zee опублікували в 2002 р. дані про досвід лікування 8 дітей АС з ТСН, яким була виконана торакоскопічна корекція вади [2]. В Росії уперше торакоскопічна корекція АС з ТСН була виконана в березні 2008 р під керівництвом проф. А. Ю. Разумовського [1].

Наводимо клінічний випадок успішної торакоскопічної корекції АС з ТСН у новонародженого, проведеного на базі центру малоінвазивної хірургії новонароджених Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ».

Новонароджена дитина А., хлопчик, поступила у відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених КЗ ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ» на першу добу життя. З анамнезу відомо, що дитина народилась від першої вагітності, перших термінових пологів. Маса тіла при народженні 3200 г., оцінка за шкалою Апгар 7/8 балів. У перші години життя було виявлено масивні піністі виділення з рота, кашель. При спробі постановки назо-гастрального зонда він проводився на глибину

10-12 см.

При поступленні у відділення реанімації новонароджених загальний стан дитини розцінено як важкий. Важкість стану була зумовлена дихальною недостатністю, аспіраційною пневмонією. ЧД - 65, SpO₂ - 90%, ЧСС - 145/хв, АТ -75/35 ммHg. Аускультативно вислуховувались різнокаліберні вологі хрипи з обох сторін. На оглядовій рентгенограмі грудної і черевної порожнин виявлено положення нижнього кінця рентгенконтрастного зонда на рівні Th3- Th4, ознаки двобічної вогнищевої пневмонії, візуалізувались газовий міхур шлунку та петлі кишечника. Ультразвукове обстеження внутрішніх органів черевної порожнини, серця та головного мозку супутньої вродженої патології не виявило. Лабораторно – без патологічних змін.

Дитині було встановлено діагноз: Вроджена вада розвитку стравоходу - атрезія стравоходу з трахео-страховідною норицею. Аспіраційна пневмонія. ДН II ст.

З метою терапії дихальної недостатності й зменшення подальшої аспірації слиною дитину було заінтубовано і переведено на ШВЛ (P/SIMV). Призначено антибактеріальну терапію (цефтріаксон). Для корекції водно-електролітних розладів призначено інфузійну терапію.

На другу добу життя дитині виконано хірургічну корекцію вади під поєднаним багатоконпонентним наркозом (протокол операції наведено нижче). Стан здоров'я дитини було оцінено за шкалою американської анестезіологічної асоціації (ASA) – IV Е клас. Анестезіологічне забезпечення проведено шляхом поєднання високої грудної епідуральної анестезії (епідуральний катетер проведено краніально до рівня Th6-Th7 з каудального доступу) та комбінованого внутрішньовенного наркозу з ШВЛ та міоплегією. Тривалість наркозу 7 годин.

До останнього часу хірургічне лікування

атрезії стравоходу (АС) успішно виконувалося виключно з використанням торакотомії. На даний час в багатьох клініках накопичений великий досвід лікування цієї вродженої вади розвитку, при якій традиційним хірургічним доступом є правостороння задньо - бокова торакотомія [5]. У цілому результати оперативного лікування дітей з АС в останні десятиліття значно покращилися завдяки оптимізації анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії новонароджених. Проте, велике число повідомлень про несприятливу дію торакотомії на скелетно-м'язові структури у новонароджених та дітей раннього віку сприяло розробці й впровадженню мінімально інвазивних методів лікування цього складного захворювання [1,3,4]. Першу торакоскопичну корекцію АС з трахеостравохідною норицею (ТСН) виконав S. Rothenberg у 2000р [6]. K. Vax і D. Van der Zee опублікували в 2002 р. дані про досвід лікування 8 дітей АС з ТСН, яким була виконана торакоскопична корекція вади [2]. В Росії уперше торакоскопична корекція АС з ТСН була виконана в березні 2008 р під керівництвом проф. А. Ю. Разумовського [1].

Наводимо клінічний випадок успішної торакоскопичної корекції АС з ТСН у новонародженого, проведеного на базі центру малоінвазивної хірургії новонароджених Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «ОХМАТДИТ».

Новонароджена дитина А., хлопчик, поступила у відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених КЗ ЛОР ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ» на першу добу життя. З анамнезу відомо, що дитина народилась від першої вагітності, перших термінових пологів. Маса тіла при народженні 3200 г., оцінка за шкалою Апгар 7/8 балів. У перші години життя було виявлено масивні пінисті виділення з рота, кашель. При спробі постановки назо-гастрального зонда він проводився на глибину 10-12 см.

При поступленні у відділення реанімації новонароджених загальний стан дитини розцінено як важкий. Важкість стану була зумовлена дихальною недостатністю, аспіраційною пневмонією. ЧД - 65, SpO₂ - 90%, ЧСС - 145/хв, АТ -75/35 ммHg. Аускультативно вислуховувались різнокаліберні вологі хрипи з обох сторін. На оглядовій рентгенограмі грудної і черевної порожнин виявлено положення нижнього кінця рентгенконтрастного зонда на рівні Th3- Th4, ознаки двобічної вогнищевої пневмонії, візуалізувались газовий міхур шлунку та петлі кишечника. Ультразвукове обстеження внутрішніх органів черевної по-

рожнини, серця та головного мозку супутньої вродженої патології не виявило. Лабораторно – без патологічних змін.

Дитині було встановлено діагноз: Вроджена вада розвитку стравоходу - атрезія стравоходу з трахео-стравохідною норицею. Аспіраційна пневмонія. ДН II ст.

З метою терапії дихальної недостатності й зменшення подальшої аспірації слиною дитину було заінтубовано і переведено на ШВЛ (P/SIMV). Призначено антибактеріальну терапію (цефтріаксон). Для корекції водно-електролітних розладів призначено інфузійну терапію.

На другу добу життя дитині виконано хірургічну корекцію вади під поєднаним багатоконпонентним наркозом (протокол операції наведено нижче). Стан здоров'я дитини було оцінено за шкалою американської анестезіологічної асоціації (ASA) – IV Е клас. Анестезіологічне забезпечення проведено шляхом поєднання високої грудної епідуральної анестезії (епідуральний катетер проведено краніально до рівня Th6-Th7 з каудального доступу) та комбінованого внутрішньовенного наркозу з ШВЛ та міоплегією. Тривалість наркозу 7 годин.

Протокол операції (торакоскопичне накладання прямого анастомозу стравоходу із закриттям трахеостравохідної нориці).

Положення дитини на лівому боці, «валик» під спиною. Операційне поле оброблено спиртом. У ліву плевральну порожнину введено три торакопорти діаметром 3 мм за схемою. Візуалізовано проекцію v. azygos, розкрито вісцеральну плевру. Виявлено верхній атрезований сегмент стравоходу, проведено мобілізацію останнього. Нижню трахео-стравохідну фістулу мобілізовано, перев'язано ниткою 3-0 Ti-cron та пересічено. Виявлений діастаз між атрезованими кінцями стравоходу складає 2,5-3,0 см. Розсічено верхній сегмент, використовуючи метод «sliding suture», створено анастомоз «кінець-в-кінець». При цьому використано атравматичні нитки з голками 5-0 та 6-0 Vicryl та 7 інтракорпоральних циркулярних швів, шинуючий катетер № 7. Катетер проведено у шлунок. Проведений контроль гемостазу та герметичності. Плевральну порожнину справа дреновано ПХВ дренажем, система Бюлау. Шви на троакарну рану, асептична пов'язка. Тривалість операції 5 годин 45 хвилин.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Тривалість ШВЛ – 7 діб. На 5-у післяопераційну добу розпочато ентеральне харчування. Дитина перебувала 5 днів на

повному парентеральному живленні і 7 днів на змішаному ентеральному та парентеральному живленні. Антибактеріальна терапія (цефтріаксон, амікацин, фортум, флюконазол). Тривалість перебування у відділенні реанімації новонароджених 15 днів. Загальна тривалість госпіталізації 26 днів.

Висновки

Торакоскопічна хірургічна корекція атрезії стравоходу дає можливість відновити цілісність

стравоходу з меншим об'ємом оперативної травми порівняно з торакотомним методом. Важливою перевагою торакоскопії є відмінна візуалізація структур середостіння, що дозволяє дбайливо мобілізувати кінці стравоходу, не пошкодивши дрібні гілки блукаючого нерва, що важливо для функції дистальної частини стравоходу в післяопераційному періоді. Подальше вдосконалення ендоскопічної техніки та методики торакоскопічних втручань дозволить поліпшити результати оперативного лікування АС з ТСН.

Література

1. Разумовский А. Ю. Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода у новорожденных: первый опыт в России / А. Ю. Разумовский, Н. В. Голоденко, О.Г. Мокрушина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2010. - №7. - С. 60 - 64.
2. Vax K.M.A. Feasibility of Thoracoscopic Repair of Esophageal Atresia With Distal Fistula / K.M.A. Vax, D.C. Van der Zee // J. Pediat. Surg.- 2002.-№37(2).-P.192-196.
3. Chetcuti P. Chest wall deformity in patients with repaired esophageal atresia / P. Chetcuti, N.A. Myers, P.D. Phelan // J. Pediat. Surg.- 1989.- №24(3).-P.244-247.
4. Lugo B. Thoracoscopic Versus Open Repair of Tracheoesophageal Fistula and Esophageal Atresia / B. Lugo, A. Malhotra, Y. Guner // Pediat. Endosurg. Innov. Tech.- 2008.-№18(5).-P.753-756.
5. Mortell A.E. Esophageal atresia repair with thoracotomy: the Cincinnati contemporary experience / A.E.Mortell, R.G.Azizkhan // Semin. Pediat. Surg.- 2009.-№18.-P.12 -19.
6. Rothenberg S.S. Thoracoscopic repair of tracheoesophageal fistula in a newborn infant / S.S. Rothenberg // Pediat. Endosurg. Innov. Tech.- 2000.-№4.-P.289-294.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

*А.А. Дворакевич * В.Р. Мищук **, А.С. Кузик **, Р.Я. Ковальский **

Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ» *

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого **
(Львов, Украина)

Резюме. В статье описан случай успешной торакоскопической коррекции врожденной атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем у новорожденного ребенка.

Ключевые слова: : атрезия пищевода, торакоскопия, новорожденный ребенок.

CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL THORACOSCOPIC CORRECTION OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORN INFANT

*A.O. Dvorakevich *, V.R. Mischuk **, A.S. Cusick **, R.J. Kovalska **

Lviv Oblast Children Clinical Hospital
"OHMATDIT"*

Lviv National medical university named after D. Halytskyy
(Lviv, Ukraine)

Summary. The case of successful thoracoscopic correction of congenital esophageal atresia with tracheal-esophageal fistula in the newborn baby was described in this article.

Keywords: Esophageal atresia, thoracoscopy, newborn.