

ზურაბ ძიძავა, მანანა გიორგობიანი, ერეკლე მოსიძე
 საყლაპავის ატრეზიის ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მართვის თავისებურებანი
 ი. ციციშვილის სახელობის ბავშვთა ახალი კლინიკა

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2022.08.09>

ZURAB DZIDZAVA, MANANA GIORGOBIANI, EREKLE MOSIDZE
 THE PECULIARITIES OF THE POSTOPERATIVE MANAGEMENT
 OF ESOPHAGEAL ATRESIA

I.Tsitsishvili Children's New Clinic, Tbilisi, Georgia

SUMMARY

The objective of all submissions is to study patients with esophageal atresia, discuss and evaluate their long-term outcomes, which can be achieved in an open space, and the preference of patients with esophageal atresia for operative management and rehabilitation.

Observing visitors, about their peers, patients with a diagnosis of esophageal atresia do not have developmental delays compared to others. 32 patients aged 1 to 8 years who underwent surgery for esophageal atresia between 2013 and 2021 were studied.

Keywords: esophageal atresia, operative management, rehabilitation

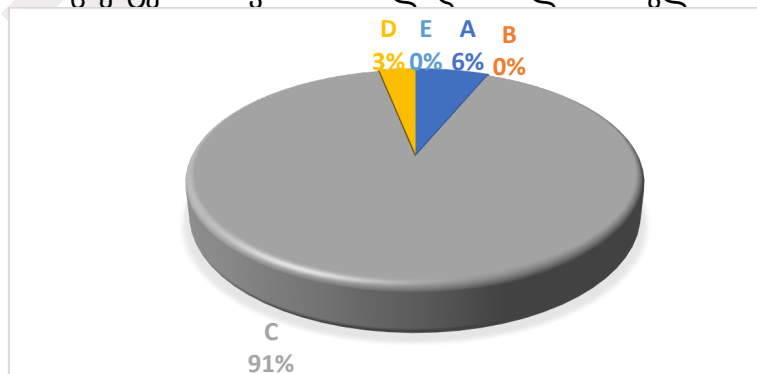
საყლაპავის ატრეზია მისი გამოსავლის შეფასების მიხედვით წარმოადგენს ურთულეს პათოლოგიას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დღენაკლი და დროული პაციენტების პოსტოპერაციული მართვის სირთულეებს [1].

საყლაპავის ატრეზიის დადებითი ოპერაციული გამოსავალი არ ნიშნავს პათოლოგიური პროცესის სრულ ამონურვას. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ოპერაციული ჩარევის შედეგების სრულ კონტროლს და მისი გართულებების მკურნალობას.

საყლაპავის ატრეზია შეიძლება შეგვხვდეს როგორც იზოლირებული ანომალია, ასევე კომბინირებული: კარდიალური, გასტროინტესტინალური, ცერებრო-ვერტებრალური, შარდ-სასქესო სისტემის და ანორექტალური ანომალია [2]. თითოეული კომბინირებული ანომალია მკვეთრად ცვლის პაციენტის როგორც სიცოცხლისუნარიანობას, ასევე მისი მომავალი ცხოვრების ხარისხს. ჩვენს ინტერესს წარმოადგენს როგორც პაციენტის განკურნება, ასევე პაციენტის შორეული კეთილსაიმედო გამოსავალი. პაციენტების შემდგომ განვითარებაში ჩართულია სხვადასხვა მიმართულების სპეციალისტი, რომლებიც ხელს უწყობენ პაციენტის სრულ რეაბილიტაციას [3].

მასალა და მეთოდები. ჩვენს მიერ ჩატარებულია რეტროსპექტული კვლევა საყლაპავის ატრეზიის დიაგნოზის მქონე პაციენტებზე, რომელთაც ჩაუტარდათ ოპერაცია ერთი ან რამოდენიმე თანდაყოლილი მანკის გამო. განვიხილავთ მათ შემდგომ კვლევით კონტროლს, განმეორებითი ოპერაციული ჩარევის საჭიროებას და მათი რეაბილიტაციის მნიშვნელობას.

კვლევაში ჩართულია 32 პაციენტი. 20 ბიჭი და 12 გოგო, ამ პაციენტებიდან 30 პაციენტს ჰქონდა საყლაპავის ატრეზიის ფისტულოვანი ფორმა, 2 პაციენტს - საყლაპავის ატრეზიის უფისტულო ფორმა. 29 პაციენტს აღენიშნებოდა საყლაპავის ატრეზია ტიპი C, 2 პაციენტს - ტიპი A, ერთ პაციენტს ტიპი D. პაციენტების ასაკი არის 1 წლიდან 7 წლის ჩათვლით.



24 პაციენტს საყლაპავის ატრეზიის გარდა აღენიშნა დამატებით ერთი ან მეტი თანდაყოლილი ანომალია. დარჩენილ 8 პაციენტს აღენიშნა მხოლოდ საყლაპავის ატრეზია.

არსებული კვლევა ჩატარებულია პაციენტებთან დაბადებული 2013 წლის იანვრიდან 2021 წლის დეკემბრის ჩათვლით. ამ კვლევაში ჩართულია მხოლოდ დღემდე არსებული ბავშვები, ვისაც ან დასრულებული აქვს საყლაპავის ატრეზიის შემდგომი პერიოდის მკურნალობა და რეაბილიტაცია ან/და პაციენტები, რომლებიც დღემდე აგრძელებენ დაკვირვებას ან მკურნალობას.

მიღებული შედეგები და დისკუსია. საყლაპავის ატრეზიის მქონე პაციენტების კეთილსაიმედო გამოსავალი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე: გესტაციური ასაკი, წონა, ატრეზიის ტიპი, დამატებითი სხვა თანდაყოლილი ანომალიები, ინფექციის კონტროლი და ქირურგიული ჩარევის ტექნიკა [4,5].

დაკვირვებით დადგინდა, რომ პაციენტებთან, რომელთაც ჰქონდათ მხოლოდ საყლაპავის ატრეზია, მკვეთრად გაუმჯობესებულია ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, შედარებით საყლაპავის ატრეზიასთან კომბინირებული პათოლოგიების დროს.

განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება პაციენტების კლინიკიდან განერის შემდგომ კონტროლს. პაციენტის კლინიკიდან განერა ხდება: საკონტროლო კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევის, პედიატრის და ქირურგის კონსულტაციის და მათი შემდგომი მონიტორინგით. აუცილებელია პაციენტი სრულად ჯდებოდეს მისი თანატოლების მსგავს ცხოვრების რეჟიმში, ხდება სრული ინფორმირება და ინსტრუქტაჟი მშობლის, პაციენტის მოვლა-პატრონობაზე. მშობელს ეძლევა ინფორმაცია საყლაპავის ატრეზიის გვიანი გართულებების შესახებ [6,7].

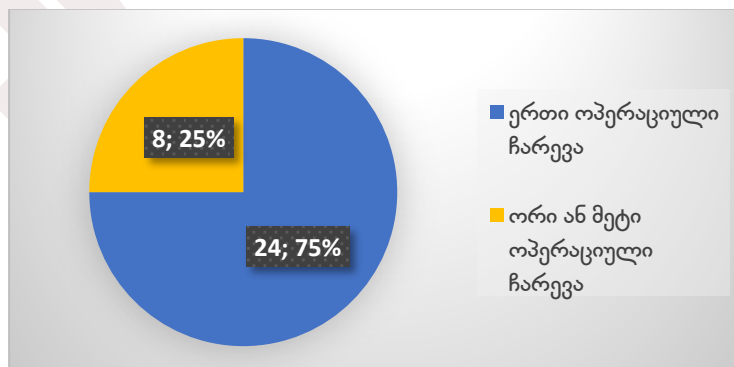
პაციენტი კონტროლდება საყლაპავის რენტგენო-კონტრასტული კვლევით, განერიდან 10 დღეში, 1 თვის ასაკში, 3 თვის ასაკში, 6 თვის ასაკში და ერთი წლის ასაკში. 5 წლის ასაკამდე ყოველ წელიწადს მისი შემოწმება ხდება საყლაპავის კონტრასტული ან ენდოსკოპიური კვლევით. საყლაპავის რენტგენოკონტრასტული კვლევა გვაძლევს საშუალებას შევაფასოთ საყლაპავის მდგომარეობა, დეფორმაცია და კარდიის სფინქტერის ფუნქციონალური მხარე, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა აქვს შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკისათვის.

საყლაპავის ატრეზიის მქონე გარკვეული პაციენტების ჯგუფთან ხშირ სირთულეს წარმოადგენს საყლაპავის რენტგენოკონტრასტული კვლევა. პაციენტებს უჭირთ კონტრასტის მიღება, რაც ერთგვარ მიზეზს ქმნის იმისა, რომ ჩატარდეს ეზოფაგოსკოპია, საყლაპავის უკეთესი ვიზუალიზაციისთვის, საყლაპავის სრული შეფასებისთვის და კარდიის სფინქტერის შესაფასებლად.

საყურადღებოა თორაკოტომიის არე, განაკვეთი, რომელიც ნეონატალურ ასაკში 4-5 სმ-ია, სხეულის ზრდასთან ერთად იზრდება. კუნთების ინტრაოპერაციული დაზიანება ჭრილობის დისლოკაცია, ასევე მარჯვენა ხელის მოძრაობის შეზღუდვა ან ტკივილი, რომელთა მიზეზია ინტრაოპერაციული კუნთების დაზიანება და მათი შეხორცების თავისებურებანი.

ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდში და სოციუმთან კონტაქტის შეზღუდვა არ არსებობს. პაციენტების რეაბილიტაცია, რომელსაც სხვა დამატებითი ანომალია აღენიშნებათ: კარდიალური, გასტროინტესტინალური, შარდსასქესო და ა.შ. რომელთაც ესაჭიროებათ დამატებითი ოპერაციული ჩარევები, გულისხმობს მრავალეტაპიან მკურნალობას.

24 პაციენტს დასჭირდა ორი და მეტი ოპერაცია, რეაბილიტაციის პერიოდი ხანგრძლივდება, ხოლო 8 პაციენტს ჰქონდა მხოლოდ საყლაპავის ატრეზია.



4 პაციენტს აღენიშნებოდა ეზოფაგოსტომები, მათი გართულებული შემთხვევების გამო, არსებული საყლაპავის ექსტრათორაკალური დაგრძელება გულისხმობს საყლაპავის რამოდენიმე ეტაპიან დაგრძელებას (საყლაპავის დაგრძელება კიმურას მეთოდით), პაციენტის კვება ხდება სრულად გასტროსტომის საშუალებით.

საყლაპავის სტრიქტურის განვითარება საკმაოდ რთული პრობლემაა, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში რომელთაც არ აქვთ გასტროსტომა. მათ შემთხვევაში საჭიროა ხშირი ბალონდილატირება, იმისთვის რომ შევძლოთ საკვების მიღება პირიდან [8,9].

ამჟამად ჩვენი დაკვირვების ქვეშ გასტროსტომით 4 პაციენტია, რომელთაც საყლაპავის მიერ საკვების გამტარებლობის პრობლემა არ აღენიშნება, ხდება გასტროსტომის დახურვა, საჭიროა გასტროსტომის ამოღება, გასტროსტომის სტერილური მოვლა, 2 კვირის მანძილზე არსებული გასტროსტომის ხერელი ხორცდება სრულად, იმ შემთხვევაში თუ გასტროსტომა არ შეხორცდება, საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.

ძირითადი გართულება საყლაპავის ატრეზიის ოპერაციის მქონე პაციენტებში არის სტრიქტურასთან დაკავშირებული პრობლემები, ასევე ე.წ. Long Gap-ის შემთხვევაში საყლაპავის დაგრძელებები პროქსიმალური - კიმურას პროცედურა და დისტალური ფოკერის პროცედურით და საბოლოოდ საყლაპავის ინტრათორაკალური ანასტომოზი.

არსებული 32 პაციენტიდან, არც ერთ პაციენტთან კვლევის პროცესში არ გამოვლენილა საყლაპავის რეციდიური ტრაქეო-ემოფაგალური ფისტულა. ქირურგიული ტექნიკის და კენტი ვენის შენარჩუნებამ შეგვიქმნა გარკვეული წინაპირობა რეციდიული ტრაქეო-ემოფაგალური ფისტულის ჩამოყალიბების თავიდან ასაცილებლად. ტრაქეო-ემოფაგალური ფისტულა მიეკუთვნება საყლაპავის ატრეზიის მოგვიანებით გართულებას. მისი დიაგნოსტიკისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს როგორც ფიბრობრონქოსკოპიას, ასევე ემოფაგოსკოპიას, რომლის დროსაც მაქსიმალური სიფრთხილით ხდება საყლაპავის და ტრაქეის დათვალიერება, ფისტულის აღმოჩენის მიზნით. ფისტულის განვითარების შემთხვევაში პაციენტებთან იმატებს პნევმონიების და ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები. პაციენტს აღენიშნება ხშირი ხველა, ხშირი აღმავალი გზების ინფექციები, რაც არის ფიბრობრონქოსკოპიული კვლევის ჩვენება. მისი დიაგნოსტიკის შემთხვევაში მკურნალობის ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს ოპერაციული ჩარევა, რომლის დროსაც, თორაკოტომიით ან თორაკოსკოპიის საშუალებით ხდება საყლაპავის ფისტულარული ნაწილის მობილიზება, ფისტულის გადაკვეთა და გაკერვა, საყლაპავის ანასტომოზირება.

საყლაპავის ატრეზიის ოპერაციის შემდეგ განსაკუთრებულად დამახასიათებელია პაციენტების სპეციფიკური ხმიანობა ხველის დროს, რომელიც დაკავშირებულია შებრუნებითი ნერვის დაზიანებასთან ინტრაოპერაციულად. პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ არსებული ხმიანობა, 7 წლის ასაკშიც მათი ხმიანობა გამოსწორებული არ არის. არსებული პროცესის საწინააღმდეგოდ რაიმე სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს.

პაციენტებს, რომელთაც დამატებით ანომალია აღენიშნებათ, გართულებების რისკი იზრდება, რაც კავშირშია არსებული ანომალიების კორექციისთვის ოპერაციების სიმრავლესთან. ხშირად კარდიოლოგიურ პაციენტებს აღენიშნებათ პათოლოგია, რომელიც საჭიროებს საკმაოდ რთულ და კომპლექსურ მკურნალობას. რაც უფრო რთული და კომპლექსურია პათოლოგია, მით უფრო დიდი დრო სჭირდება პაციენტის რეაბილიტაციას. ანორექტალური მალფორმაცია, ანუსის მაღალი ატრეზიის დროს გვაქვს მაღალი რისკი პაციენტის ნაწლავთა შეუკავებლობის, რაც არის უდიდესი პრობლემა პაციენტების სოციალიზაციისთვის. პაციენტებთან, რომელთაც ანუსის კორექციის შემდეგ 5 წლის ასაკში აღენიშნებათ განავლის შეუკავებლობა, ვიყენებთ მელონის ოპერაციას (აპენდიკოსტომას, ჭიპიდან), რისი საშუალებითაც ხდება დღეში ორჯერ მსხვილი ნაწლავის სანაცია და დაცლა. მსგავსი ოპერაციული ჩარევები ეხმარება პაციენტს თავიდან აიცილოს სოციალიზაციასთან დაკავშირებული პრობლემები და უნებლიე დეფეკაციის პრობლემა. უნებლიე დეფეკაციის პრობლემა შეიძლება წარმოიშვას ნეიროქირურგიული ჩარევის შემდეგ, სპინა ბიფიდას დროს [10,11].

არსებული პერიოდის მანძილზე მიღებული დაკვირვებით, პაციენტებთან საყლაპავის ატრეზიით არ წარმოადგენენ განსაკუთრებულ სირთულეს მათი სოციალიზაციის კუთხით. პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ საყლაპავის ატრეზიის გარდა სხვა რომელიმე პათოლოგია, ოპერაციის და რეაბილიტაციის შემდგომ შეუძლიათ სრულფასოვანი ცხოვრება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Faure C, Righini Grunder F. Dysmotility in Esophageal Atresia: Pathophysiology, Characterization, and Treatment. *Front Pediatr.* 2017 May 31;5:130. doi: 10.3389/fped.2017.00130. PMID: 28620599; PMCID: PMC5450509.

