

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П. Л. Шупика

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

За матеріалами
науково-практичної конференції
з міжнародною участю
22-23 листопада 2012 року.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ



Київ 2012

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П. Л. Шупика**

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

**За матеріалами науково-практичної
конференції з міжнародною участю
22-23 листопада 2012 року**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Видання
матеріалів за редакцією**

**Данилова О.А.,
Толстаново О.К.,
Рибальченка В.Ф., Русака П.С.**

м. Київ

Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю. Актуальні питання лікування дітей з хірургічною патологією. // За редакцією Данилова О.А., Толстанова О.К., Рибальченка В.Ф., Русака П.С., **Київ-2012. – 208с.**

Авторська корекція статей та тез.

Резюме. Матеріали конференції охоплюють всі розділи дитячої хірургії які представлені у збірнику: організація та інноваційні технології; абдомінальна хірургія; невідкладна хірургія; торакальна хірургія; неонатальна хірургія; гнійно-септична хірургія; хірургія новоутворень; ортопедія та травматологія; опікова травма, травма та політравма; урологія дитячого віку; анестезіологія, нейрохірургія та щелепнолицьова хірургія; педітрія та післядипломна освіта. Матеріали конференції представляють всі наукові центри України. Заслугує на увагу представлені наукові розробки науковців Польщі та Білорусі

Сборник научных трудов по материалам научно-практической конференции с международным участием. Актуальные вопросы лечения детей с хирургической патологией. // Под редакцией Данилова О.А., Толстанова О.К., Рыбальченко В.Ф., Русака П.С., **Киев-2012. - 208с.**

Авторская правка статей та тезисов.

Резюме. Материалы конференции охватывают все разделы детской хирургии представленные в сборнике: организация и инновационные технологии; абдоминальная, неотложная, торакальная, неонатальная, гнойно-септическая хирургия; хирургия новообразований; ортопедия и травматология; ожоговая травма, травма и политравма; урология детского возраста; анестезиология, нейрохирургия и челюстно-лицевая хірургія, педитрия и последипломное образование.

Материалы конференции представляют все центры Украины. Заслуживает внимания представлены научные разработки ученых Польши и Беларуси

Видання
матеріалів за редакцією

Данилова Олександра Андрійовича – завідувача кафедри дитячої хірургії професора, доктора медичних наук,
Толстанова Олександра Костянтиновича - доктора медичних наук, доцента,
Рибальченка Василя Федоровича - професора, доктора медичних наук,
Русака Петра Степановича - професора, доктора медичних наук,



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Новосад В.В.

*Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь*

Введение. Атрезия пищевода (АП) – порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода. Встречается в одном случае на каждые 3500 новорожденных. В 84 – 92% случаев атрезия пищевода сочетается с наличием трахеопищеводного свища (ТПС).

При атрезии пищевода задачей операции является восстановление его проходимости и разобщение пищеводно-трахеального свища.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения детей с атрезией пищевода с 2005 по 2011 годы. С 2005 года в клинике детской хирургии находились на лечении 15 больных с атрезией пищевода. Диагноз был выставлен в роддоме в первые часы после родов при зондировании пищевода и выполнении пробы Элефанта. Ребенок переводился на пост интенсивной терапии отделения новорожденных детской клинической больницы. Выявлены различные варианты порока. Чаще встречались формы с трахеопищеводным свищем (табл. 1).

Таблица 1

Основные формы атрезии пищевода

Вариант АП	Количество пациентов
Изолированная АП	2 (13%)
АП с дистальным ТПС	10 (67%)
АП с проксимальным ТПС	1 (7%)
АП с дистальным и проксимальным ТПС	2 (13%)

Результаты. Прямой эзофагоэзофагоанастомоз был наложен у 14 больных. У 4 больных диастаз между сегментами пищевода составил до 1,5 см. При диастазе 1,5-2,0 см мы накладывали анастомоз по разработанной в клинике методике фиксации выше и ниже зоны анастомоза концов пищевода к превертебральной фасции. Данная методика использовалась у 6 новорожденных с атрезией пищевода, у которых диастаз между концами пищевода во время операции составил 1,5-2 см.

Атрезия пищевода с большим диастазом между концами выявлена у 5 больных, из них у 2 пациентов с изолированной АП и у 3 больных с АП с дистальным ТПС. Следует отметить, что при изолированной АП наложение первичного эзофагоанастомоза невозможно, так как всегда имеется большой диастаз. У больных с АП со свищем оценить диастаз можно только во время торакотомии, когда выполняется устранение трахеопищеводного свища.

У 4 (1 ребенок с изолированной АП и 3 с АП с дистальным ТПС) детей из этой группы проводилось удлинение пищевода путем бужирования его проксимального отдела. Один ребенок умер до операции. Ребенку с изолированной АП выполнялась гастростомия по Кадеру. Пациентам с АП с

дистальним ТПС виконувалась торакотомія, усунення трахеопищеводного свища по розробаній методикі (использовали в 4 случаях) и фіксація дистального кінця пищевода к превертебральній фасції, а на 2-3 сутки виконувалась гастростомія по Кадеру. Всім пацієнтам із даної групи налажувалась система постійної аспірації слюни із проксимального відділа пищевода.

Бужировање проксимального відділа пищевода починали с 3-4 суток після усунення ТПС и наложення гастростомії. Для даної процедури використовувались трубки для годування новонароджених №10. Кратність бужировања – 3-4 рази в сутки. Через 3 тижні проводили контроль. В проксимальний відділ пищевода вводили по катетеру 1,5-2,0 мл урографіна, а в дистальний кінець пищевода через гастростому гнучкий бронхоскоп, виконувалась обзорна рентгенографія. По відстані між рівнем контрастного препарату и бронхоскопа оцінювали діапаз. Якщо діапаз оставался більш 2,0 см, продовжували бужировање проксимального відділа пищевода с рентгеноконтролем через 3 тижні.

Сократити діапаз між сегментами пищевода до 2,0 см и менше удавалось к 6-9 тижні (таблиця 2).

Таблиця 2

Результати бужировања пищевода

Діапаз до бужировања	Через 3 тижні після бужировања	Через 6 тижнів після бужировања	Через 9 тижнів після бужировања
3,0	2,0	1,0	-
3,5	2,5	1,5	-
4,4	3,5	2,8	1,8
5,0	3,8	2,7	2,0

Затем виконувалась торакотомія (реторакотомія) и накладувався отсрочений езофагоанастомоз.

В 3 випадках виконувалась фіксація зони анастомоза по розробаній методикі.

В ранньому післяопераційному періоді спостерігались наступні ускладнення: несостойтелість анастомоза 2 (13%), стеноз пищевода 5 (33%). Загальна летальність складала 40%, летальність від ускладнень, зв'язаних с операцією – 13%

Висновки: Використання при атрезії пищевода розробаного методу фіксації його сегментів при діапазі 1,5-2,0 см зменшує напругу в зоні езофагоезофагоанастомоза.

Бужировање проксимального відділа пищевода при атрезії пищевода с більшим діапазом між його сегментами дозволяє уникнути шийної езофагостомії и створення в наступному штучного пищевода.

