



ISSN 2079-7850 (Print)
ISSN 2587-6252 (Online)

Педиатр

Научно-практический журнал для врачей

<https://journals.eco-vector.com/pediatr>

Pediatrician
(St. Petersburg)



Том (Volume) 13
Спецвыпуск
(Supplement)
2022



Редакционная коллегия

Дмитрий Олегович Иванов (главный редактор) — доктор медицинских наук, проф., ректор ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Р.А. Насыров (зам. гл. редактора) — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Ю.С. Александрович (зам. гл. редактора) — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А.Г. Васильев (ведущий редактор) — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

М.А. Пахомова (технический редактор) — ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

В.А. Аверин — доктор психологических наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

В.Г. Арсентьев — доктор медицинских наук, доцент. ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург).

В.Г. Баиров — доктор медицинских наук, проф. ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург).

А.А. Баранов — академик РАН, доктор медицинских наук, проф., директор ФГБУ «Научный центр здоровья детей» (Москва).

Д. Венто — доцент (Италия).

А.В. Губин — доктор медицинских наук, проф., директор ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» МЗ РФ (Москва).

В.А. Илюхина — доктор биологических наук, проф. Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (Санкт-Петербург).

Е.Н. Иманитов — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Е.А. Корниенко — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Е.И. Краснощекова — доктор биологических наук. ФГБУ ВПО «СПбГУ» (Санкт-Петербург).

Л.С. Намазова-Баранова — академик РАН, доктор медицинских наук, проф. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

В.И. Орел — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

И.Б. Осипов — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

В.Н. Панферов — доктор психологических наук, проф. РГПУ им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).

С.Т. Посохова — доктор психологических наук, проф. ФГБУ ВПО «СПбГУ» (Санкт-Петербург).

Н.В. Скрипченко — доктор медицинских наук, проф. ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России (Санкт-Петербург).

Editorial Board

Dmitry O. Ivanov (Head Editor) — Prof., MD, PhD (medicine), Rector. St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

R.A. Nasyrov (Deputy Head Editor) — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

Yu.S. Alexandrovich (Deputy Head Editor) — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A.G. Vasiliev (Leading Editor) — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

M.A. Pakhomova — Technical Editor. St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

V.A. Averin — Prof., PhD (psychology). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

V.G. Arsentiev — Associate Prof., PhD (medicine). Kirov Military Medical Academy (Saint Petersburg, Russia).

V.G. Bairov — Prof., MD, PhD (medicine). Almazov National Medical Research Center (Saint Petersburg, Russia).

A.A. Baranov — Member of RAS, Prof., MD, PhD (medicine), Director of Federal State Budget Institution "Science Center of Children's Health" (Moscow, Russia).

G. Vento — Assoc. Prof. MD, PhD (medicine) (Italy).

A.V. Gubin — Prof., MD, PhD (medicine), Director. N.N. Priorov National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics (Moscow, Russia).

V.A. Ilukhina — Prof., PhD (biology), Institute of the Human Brain N.P. Bekhtereva (Saint Petersburg, Russia).

E.N. Imanitov — Member by Correspondence of RAS, Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

E.A. Kornienko — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

E.I. Krasnosheikova — PhD (biology). Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russia).

L.S. Namazova-Baranova — Member of RAS, Prof., MD, PhD (medicine). Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia).

V.I. Oryol — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

I.B. Osipov — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

V.N. Panferov — Prof., PhD (psychology). RSPU A.I. Gertsen (Saint Petersburg, Russia).

S.T. Posokhova — Prof., PhD (psychology). Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russia).

N.V. Skripchenko — Prof., MD, PhD (medicine). Children's scientific clinical center of infectious diseases (Saint Petersburg, Russia).

Рецензируемый научно-практический журнал
ПЕДИАТР

Pediatrician (St. Petersburg)

Основан в 2010 году в Санкт-Петербурге

ISSN 2079-7850

eISSN 2587-6252

Key title: *Pediatr (Saint Petersburg)*

Abbreviated key title: *Pediatr (St.-Peterbg.)*

Выходит 6 раз в год

Учредители: ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ООО «Эко-Вектор»

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-69634 от 05 мая 2017 г.

Подписка на печатную версию: Объединенный каталог «Пресса России» <https://www.pressa-rl.ru> подписной индекс 70479 — на полугодие 81557 — на год

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Журнал входит в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук. Включен в RSCI^{*}.

Издатель, учредитель:

ООО «Эко-Вектор»

Щепин Е.В. (генеральный директор)

Репьева Н.Н. (выпускающий редактор)

Смирнова И.В. (корректор)

Еленин В.А. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100; тел: (812) 784-97-51, e-mail: nl@eco-vector.com

Address for correspondence:

2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. Tel/Fax: +7 (812) 784-97-51.

Проект реализован при финансовой поддержке Комитета по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 7,75.

Тираж 500 экз. Цена свободная.

Оригинал-макет изготовлен

ООО «Эко-Вектор»

ООО «Типография Экспресс В2В».

191180, Санкт-Петербург,

наб. реки Фонтанки, д. 104, лит. А, пом. 3Н, оф. 1.

Тел.: +7(812) 646-33-77. Заказ № 2-2058-1v.

Подписано в печать 04.04.2022

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Ссылка на журнал «Педиатр» обязательна.

^{*} Постановление Правительства РФ от 20 марта 2021 г. № 426, вступившее в силу с 01.08.2021, об изменениях, которые вносятся в акты Правительства РФ: 1. В положении о присуждении ученых степеней, утвержденном постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. «О порядке присуждения ученых степеней» ... а) пункт 11 дополнить абзацами следующего содержания: «К публикациям, в которых излагаются основные научные результаты диссертаций, в рецензируемых изданиях приравниваются публикации ... в научных изданиях, индексируемых в наукометрической базе данных Russian Science Citation Index (RSCI)».

В.Н. Тимченко — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А.Д. Харазова — доктор биологических наук, проф., зав. кафедрой. ФГБУ ВПО «СПбГУ» (Санкт-Петербург).

В.Г. Часнык — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Редакционный совет

Г. Алиев — доктор биологических наук, проф., президент и исполнительный директор «Галли», Международный биомедицинский научно-исследовательский институт (Сан-Антонио, Техас, США).

Ф. Бистони — проф. Госпиталь Санта-Мария-Делла-Мизерикордия, Университет Перуджи (Перуджа, Италия).

В.В. Бржеский — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Е.М. Булатова — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

И.А. Горьковская — доктор психологических наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А. Гром — профессор, отделение ревматологии. Детский госпиталь (Цинцинати, США).

В.И. Гузева — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

М.Д. Дидур — доктор медицинских наук, проф., врио директора. Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (Санкт-Петербург).

П.Дж.Дж. Зауер — проф. Университетский медицинский центр в Детском госпитале Беатрисы (Нидерланды).

З.В. Земцовский — доктор медицинских наук, проф. ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Н.Р. Карелина — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Д.С. Коростовцев — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Ю.В. Лобзин — академик РАН, доктор медицинских наук, проф., директор. ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России (Санкт-Петербург).

С.А. Лытаев — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Г.Л. Микиртичан — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А.В. Микляева — доктор психологических наук, доцент. РГПУ им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).

Ю.В. Наточин — академик РАН, доктор медицинских наук, проф. Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН (Санкт-Петербург).

С. Нехай — проф., Университет Говарда (США).

Г.А. Новик — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А.Б. Пальчик — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Ф.П. Романюк — доктор медицинских наук, проф. СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Н.Д. Савенкова — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

А.С. Симакходский — доктор медицинских наук, проф. ПСПбГПМУ им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

И.Г. Солдатова — доктор медицинских наук, проф. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

С.Л. Соловьева — доктор психологических наук, проф. СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ (Санкт-Петербург).

М.В. Столярова — доктор биологических наук, доцент. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Г.А. Суслова — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

Н. Татевян — проф. Центр медицинских наук Техасского университета (Хьюстон, США).

Н.П. Шабалов — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург).

В.К. Юрьев — доктор медицинских наук, проф. ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» МЗ РФ (Санкт-Петербург).

V.N. Timchenko — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A.D. Harazova — Prof., PhD (biology). Saint Petersburg State University (Saint Petersburg, Russia).

V.G. Chasnyk — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

Editorial Council

G. Aliev — Prof., PhD (biology), President and CEO "GALLY" International Biomedical Research Institute Inc. (San Antonio, TX, USA)

F. Bistoni — Prof., MD, PhD. University of Perugia (Perugia, Italy).

V.V. Brzhesky — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

E.M. Bulatova — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

I.A. Gorkovaya — Prof., PhD (psychology). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A. Grom — Prof., MD, PhD (medicine), Division of Rheumatology. Children's Hospital Medical Center (Cincinnati, USA).

V.I. Guzeva — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

M.D. Didur — Prof., PhD (medicine), Acting Director. Institute of the Human Brain N.P. Bekhtereva (Saint Petersburg, Russia).

P.J.J. Sauer — Prof., MD, PhD. Beatrix Children's Hospital, University Medical Center (Netherlands).

E.V. Zemtsovsky — Prof., PhD (medicine). Almazov National Medical Research Center (Saint Petersburg, Russia).

N.R. Karelina — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

D.S. Korostovtsev — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

Yu.V. Lobzin — Member of RAS, Prof., MD, PhD (medicine), director of Children's Scientific Clinical Center of Infectious Diseases (Saint Petersburg, Russia).

S.A. Lytaev — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

G.L. Mikiritchian — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A.V. Miklaeva — Associate Prof., PhD (psychology). RSPU A.I. Gertsen (Saint Petersburg, Russia).

Yu.V. Natochin — Member of RAS, Prof., MD, PhD (medicine). Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry RAS (Saint Petersburg, Russia).

S. Nekhai — Prof., MD, PhD. Howard University (USA).

G.A. Novik — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A.B. Pal'chik — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

F.P. Romaniuk — Prof., PhD (medicine), North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint Petersburg, Russia).

N.D. Savenkova — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

A.S. Simakhodskiy — Prof., PhD (medicine). Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russia).

I.G. Soldatova — Prof., MD, PhD (medicine). Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia).

S.L. Solovieva — Prof., PhD (psychology). North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint Petersburg, Russia).

M.V. Stolyarova — Associate Prof., MD, PhD (biology). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

G.A. Suslova — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

N. Tatevian — Prof., MD, PhD, University of Texas Health Sciences Center (Houston, USA).

N.P. Shabalov — Prof., PhD (medicine). Kirov Military Medical Academy (Saint Petersburg, Russia).

V.K. Yuryev — Prof., MD, PhD (medicine). St. Petersburg State Pediatric Medical University (Saint Petersburg, Russia).

**МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКОГО СИМПОЗИУМА
«АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА»,
ПОСВЯЩЕННОГО 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА,
ЧЛЕНА-КОРРЕСПОНДЕНТА РАН И АМН СССР
ГИРЕЯ АЛИЕВИЧА БАИРОВА**



20 апреля 2022 г.
Санкт-Петербург

<i>Сварич В.Г., Казанцов И.М., Сварич В.А.</i>	
Спонтанное излечение реканализации трахеопищеводного свища после торакоскопической операции по поводу атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем	7
<i>Карпова И.Ю., Лидяева Е.Е., Стриженов Д.С., Мясников Д.А.</i>	
Опыт торакоскопического лечения новорожденных с атрезией пищевода.....	7
<i>Минаев С.В., Анисимов И.Н., Байчоров М.М., Быков Н.И., Лукьяненко Е.В., Бархударян А.С., Лескин В.В., Герасименко И.Н., Погосян А.А., Ухина Л.В.</i>	
Лечение детей с атрезией пищевода	8
<i>Демикова Н.С., Подольная М.А.</i>	
Описательная эпидемиология атрезии пищевода. Результаты многолетнего мониторинга врожденных пороков развития в регионах России	9
<i>Поздеев В.В., Шкляев П.О., Поверин Г.В., Егорова О.О.</i>	
Анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода.....	10
<i>Шапкина А.Н., Пинигин А.Г., Безызвестный Е.И., Тимофеев С.И., Носок М.И., Саввина В.А., Тарасов А.Ю., Пляскина Е.В., Сущенко Р.А., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Степаненко Е.А., Шмырева Е.С., Сидоренко Д.А., Магомедов З.З., Кибальник Д.В., Цыренов З.Д., Дондоков Б.М.</i>	
Лечение детей с атрезией пищевода в Дальневосточном федеральном округе.....	11
<i>Иванов С.Д., Слизовский Г.В., Погорелко В.Г., Юшманова А.Б., Балаганский Д.А.</i>	
Опыт хирургического лечения пациентов с атрезией пищевода в условиях областного перинатального центра Томска.....	13
<i>Морозов В.И., Миролюбов Л.М., Филатов В.С., Подшивалин А.А., Львов А.П., Сагеева Г.И.</i>	
Этапы развития оперативной тактики при атрезии пищевода у детей в Республике Татарстан	14
<i>Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамова Ж.Д.</i>	
Результаты хирургического лечения новорожденных детей с различными формами атрезии пищевода и анализ методов и вариантов лечения в более старшем возрасте	15
<i>Щербинин А.В., Анастасов А.Г., Михайличенко Е.В.</i>	
Врожденная атрезия пищевода с позиции анестезиолога.....	16
<i>Котлубаев Р.С., Баканов А.А., Фролова Е.А.</i>	
Лечение новорожденных с атрезией пищевода, по данным Оренбургского центра детской хирургии.....	17
<i>Кесаева Т.В., Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Щebenков М.В., Волерт Т.А., Корнилова А.Б., Алешугина Е.В., Левадnev Ю.В.</i>	
Ятрогенные осложнения у детей с атрезией пищевода.....	18
<i>Егорская А.Т., Егорская Е.Т., Долинская В.Д.</i>	
Частота встречаемости врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных	19
<i>Гебекова С.А., Махачев Б.М., Мейланова Ф.В., Тихмаев А.Н., Ашурбеков В.Т.</i>	
Наш опыт торакоскопического лечения детей с атрезией пищевода.....	20
<i>Кривошеев Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Койнов Ю.Ю., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Охотина А.А.</i>	
Наш опыт в лечении детей с атрезией пищевода.....	20
<i>Индрокова С.Б., Кагазежева Ж.Л.</i>	
Результаты лечения пациентов с атрезией пищевода в Республиканской детской клинической больнице Кабардино-Балкарской Республики	21
<i>Тарасов А.Ю., Саввина В.А.</i>	
Результаты лечения детей с атрезией пищевода в Республике Саха (Якутия).....	22

<i>Сакуов Ж.Н., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З., Лозовой В.М., Билял Р.А.</i> Наш опыт замещения пищевода при атрезии пищевода.....	23
<i>Абушкин И.А., Алябьева Г.М., Базалий В.Н.</i> Пластика пищевода желудком после гибели толстокишечного трансплантата у ребенка с атрезией пищевода	24
<i>Подкаменев А.В., Ти Р.А., Кузьминых С.В., Дворецкий В.С., Сырцова А.Р.</i> Опыт взаимодействия Федерального центра с регионами РФ в лечении новорожденных с атрезией пищевода	25
<i>Эргашев Б.Б., Ажимаматов Х.Т., Гофуров З.И., Тошбоев Ш.О.</i> Превалентность атрезии пищевода в Республике Узбекистан	26
<i>Тен Ю.В., Кожеевников В.А., Завьялов А.Е., Тен К.Ю., Елькова Д.А.</i> Тотальная пластика пищевода у детей	27
<i>Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Красильников А.А.</i> Торакоскопия в лечении новорожденных с атрезией пищевода.....	28
<i>Распутин А.А., Новожилов В.А., Козлов Ю.А., Черемнов В.С., Барадиева П.Ж.</i> Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода: наш опыт.....	29
<i>Морозов Д.А., Хаспеков Д.В., Айрапетян М.И.</i> Экстраторакальная элонгация пищевода по К. Kimura — есть ли место в современной хирургии атрезии пищевода?	30
<i>Мороз С.В., Пискалов А.В., Федоров Д.А., Новиков Б.М., Зайцев Ю.Е., Валл Г.А., Григоренко А.В.</i> Опыт лечения новорожденных детей с атрезией пищевода	31
<i>Щербинин А.В., Некрасов А.Д.</i> Опыт лечения новорожденных с атрезией пищевода с 2011 по 2021 гг.	32
<i>Кучеров Ю.И., Самороковская М.В., Ампар Ф.Б.</i> Атрезия пищевода, клиническое наблюдение и статистика пациентов за 5 лет (с 2017 по 2021 г.).....	33
<i>Щеглов Б.О., Сичинава З.А.</i> Возможности программного комплекса атласа персональной анатомии SkiaAtlas в вопросах предоперационного планирования и обучения медицинских специалистов.....	34
<i>Щеглов Б.О., Сичинава З.А.</i> Обзор литературы по наличию у детей с врожденной атрезией пищевода с трахеопищеводным свищем сопутствующих легочно-сосудистых заболеваний по данным компьютерной томографии органов грудной клетки	35
<i>Щеглов Б.О., Сичинава З.А.</i> Обзор значения компьютерной томографии у пациентов с трахеопищеводным свищем в дооперационном периоде.....	36
<i>Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А., Портенко Ю.Г., Киреев И.С.</i> Состояние хирургической помощи новорожденным с атрезией пищевода в Тверском регионе.....	37
<i>Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Колобовский В.И., Бисалиев Б.Н., Ильясов М.Т., Абдуллаева Г.З., Есеналина Н.С.</i> Диагностика и лечение послеоперационных осложнений при атрезии пищевода у детей.....	38
<i>Кусаинов А.З., Турсунов К.Т., Курманалиев М.Б., Мырзахмет С.А.</i> Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода у новорожденных	39
<i>Имомкулов Х.Д., Индрокова С.Б.</i> Лечение детей с эхинококкозом в Кабардино-Балкарской Республике	40
<i>Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Турсунов С.Э., Баратов У., Ахмедов Ю.М.</i> Оценка нутритивного статуса у новорожденных с атрезией пищевода	41

<i>Кензина О.И., Чудаков В.Б., Аболина Т.Б.</i>	
Бужирование как необходимость дилатации пищевода после формирования эзофаго-эзофагоанастомоза.....	42
<i>Ходжиева А.М., Токторова А.К.</i>	
Повреждение органов брюшной полости у детей	43
<i>Токторова А.К., Ходжиева А.М., Мыкыев К.М.</i>	
Инвагинация кишечника у детей.....	44
<i>Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Т., Мейланова Ф.В., Гебекова С.А., Тихмаев А.Н.</i>	
Лечение детей с атрезией пищевода	45
<i>Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Азизов М.К., Турсунов С.Э., Хушбаков Х.М., Шукуров С., Баратов У.</i>	
Результаты диагностики и лечения новорожденных с атрезией пищевода.....	45
<i>Аболина Т.Б., Чудаков В.Б., Кензина О.И.</i>	
Атрезия пищевода и сочетанные аномалии.....	46
<i>Батаев С.М., Разумовский А.Ю.</i>	
Колоэзофагопластика у детей с атрезией пищевода. В каком возрасте следует оперировать?.....	47
<i>Анфиногенов А.Л., Бландинский В.Ф., Соколов С.В., Андреев А.И., Кислова А.Ю.</i>	
Некоторые аспекты диагностики и лечения атрезии пищевода у детей в Ярославской области.....	48
<i>Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Топилин О.Г., Сар А.С., Прутова О.Р., Выдыш С.В.</i>	
Поздние осложнения и повторные оперативные вмешательства у детей с атрезией пищевода.....	49
<i>Трушин П.В., Грамзин А.В., Кривошеев Н.В., Глазков А.А.</i>	
Опыт лечения новорожденных с атрезией пищевода в Новосибирском регионе	50
<i>Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В., Попова Е.Б., Гопиенко М.А., Патрикеева Т.В., Веремейчик С.А., Леваднєв Ю.В.</i>	
Опыт использования торакоскопии в лечении новорожденных с атрезией пищевода	51
<i>Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В., Неизвестных Е.А.</i>	
Анализ результатов колоэзофагопластики пищевода с атрезией пищевода и при повреждениях пищевода у детей.....	52
<i>Тошбоев Ш.О., Гофуров З.И., Ажимаматов Х.Т., Исмоилов Р.А.</i>	
К проблеме межгоспитальной транспортировки новорожденных с атрезией пищевода	53
<i>Гопиенко М.А., Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б.</i>	
9-летний опыт лечения недоношенных детей с атрезией пищевода	54
<i>Бабошко П.Г., Лещева Т.Ю., Царева В.В., Базалий В.Н., Никитин Д.К., Баистракова Д.Г., Софина Н.В.</i>	
Программное бужирование пищевода после наложения эзофаго-эзофагоанастомоза	55
ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ	57

СПОНТАННОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПОСЛЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С НИЖНИМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩЕМ

Сварич В.Г.^{1,2}, Каганцов И.М.^{1,2,3}, Сварич В.А.⁴

¹ Республиканская детская клиническая больница, Россия, 167004, Сыктывкар, ул. Пушкина, д. 116/6;

² Сыктывкарский государственный университет им. П. Сорокина, Россия, 167001, Сыктывкар, Октябрьский пр., д. 55;

³ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2;

⁴ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Россия, 167000, Сыктывкар, ул. Интернациональная, д. 100

SPONTANEOUS RECOVERY OF RECANALIZATION OF TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA AFTER THORACOSCOPIC SURGERY FOR ESOPHAGEAL ATRESIA WITH LOWER TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA

Svarich V.G.^{1,2}, Kagantsov I.M.^{1,2,3}, Svarich V.A.⁴

¹ Republican Children's Clinical Hospital, 116/6, Pushkina st., Syktyvkar, 167004, Russia;

² Pitirim Sorokin Syktyvkar State University, 55, Oktyabrskii av., Syktyvkar, 167001, Russia;

³ Almazov National Medical Research Centre, 2, Akkuratova st., Saint Petersburg, 197341, Russia;

⁴ Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Republic of Komi, 100, Internatsionalnaya st., Syktyvkar, 167000, Russia

Цель исследования — иллюстрация возможности спонтанного излечения реканализации трахеопищеводного свища после операции по поводу атрезии пищевода.

Материалы и методы. Новорожденному мальчику с весом 3650 г на третьи сутки после рождения по поводу атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем была выполнена торакоскопическая операция — устранение нижнего трахеопищеводного свища, с наложением клипсы «Гемолок», эзофаго-эзофагоанастомоз.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 28-е сутки после операции в каловых массах после спонтанного акта дефекации обнаружена клипса «Гемолок».

Выводы. Считаем, что данный клинический пример иллюстрирует возможность самоизлечения реканализации трахеопищеводного свища после торакоскопической операции по поводу атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем.

ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Карпова И.Ю.^{1,2}, Лидяева Е.Е.², Стриженов Д.С.², Мясников Д.А.²

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Россия, 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 1/10;

² Детская городская клиническая больница № 1, Россия, 603081, Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 76

EXPERIENCE OF THORACOSCOPIC TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Karpova I.Yu.^{1,2}, Lidyaeva E.E.², Strizhenok D.S.², Myasnikov D.A.²

¹ Privolzhsky Research Medical University, 1/10, Minina i Pozharskogo sq., Nizhny Novgorod, 603005, Russia;

² Children's City Clinical Hospital No. 1, 76, Gagarina av., Nizhny Novgorod, 603081, Russia

Цель исследования — представить частоту встречаемости и опыт лечения новорожденных с атрезией пищевода.

Материалы и методы. В Нижегородской области с 2019–2021 гг. атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (АП ДТПС) диагностирована у 15 новорожденных, из них в детскую городскую клиническую больницу № 1 Нижнего Новгорода переведены 7 пациентов: 5 доношенных и 2 недоношенных ребенка. Антенатально порок выявлен в 5 случаях. После рождения детей обследовали рентгенологически с водорастворимым контрастным веществом (Тразограф). Множественные пороки развития обнаружены у 3 новорожденных (синдром Эдвардса, неполный VACTER-синдром, низкая форма атрезии ануса). После предоперационной подготовки пациентам выполнили оперативные вмешательства. Торакоскопическая коррекция проведена 5 младенцам, в двух случаях использовали видеоассистированный мини-торакотомный доступ.

Одноэтапная пластика атрезии пищевода с разделением трахеопищеводного свища и формированием прямого эзофаго-эзофагоанастомоза проведена 6 новорожденным. Ребенку с очень низкой массой тела (1060 г) и синдромом Эдвардса применен видеоассистированный мини-торакотомный доступ с ликвидацией дистального трахеопищеводного свища. Учитывая крайнюю степень тяжести младенца, формирование анастомоза и выведение гастростомы не выполняли.

Результаты. На 7-е сутки после операции начинали пробное энтеральное питание через назогастральный зонд сцеженным грудным молоком или адаптированной молочной смесью. Через 10 сут проводили контрольную эзофагографию. При отсутствии затеков контрастного вещества удаляли плевральный дренаж и назогастральный зонд.

В послеоперационном периоде были отмечены осложнения: рецидив трахеопищеводного свища у ребенка в возрасте 2,5 мес., у детей 1 г. 11 мес. и 4,5 мес. установлен рубцовый стеноз пищевода, потребовавший однократного бужирования по струне под контролем фиброэндоскопа.

В процессе лечения благоприятных исходов было 6, 1 ребенок умер.

Выводы. Таким образом, торакоскопический метод лечения атрезии пищевода можно считать малотравматичным вмешательством, создающим хорошую панораму операционного поля. Методика не требует длительной седации и аналгезии с применением опиоидных анальгетиков, не формирует грубые рубцовые изменения и костно-мышечные деформации, дает возможность ранней экстубации и восстановления энтерального питания.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Минаев С.В.¹, Анисимов И.Н.², Байчоров М.М.², Быков Н.И.², Лукьяненко Е.В.², Бархударян А.С.², Лескин В.В.², Герасименко И.Н.¹, Погосян А.А.², Ухина Л.В.¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия, 355000, Ставрополь, ул. Мира, д. 310;

² Краевая детская клиническая больница, Россия, 355005, Ставрополь, ул. Семашко, д. 3

TREATMENT OF CHILDREN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Minaev S.V.¹, Anisimov I.N.², Baychorov M.M.², Bykov N.I.², Lukyanenko E.V.², Barkhudaryan A.S.², Leskin V.V.², Gerasimenko I.N.¹, Pogosyan A.A.², Ukhina L.V.¹

¹ Stavropol State Medical University, 310, Mira st., Stavropol, 355000, Russia;

² Regional Children's Clinical Hospital, 3, Semashko st., Stavropol, 355005, Russia

Цель исследования — анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» Ставрополя в период с 2017 по 2022 г. проходили лечение 36 детей с атрезией пищевода. Из них девочек было 14 (38,9 %), а мальчиков 22 (61,1 %). Один ребенок родился с низкой массой тела — 900 г (2,8 %), остальные дети

были с нормальной массой тела. Все дети поступили в стационар в течение первых суток после рождения. Был выполнен полный стандартный комплекс обследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови и определение резус-фактора, рентгенографическое исследование (контрастирование проксимального отдела пищевода). Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом была выявлена у 35 детей (97,2 %), у одного ребенка (2,7 %) была бессвищевая форма атрезии пищевода. Оперативное вмешательство путем торакотомии, разобщения свища и наложения прямого эзофаго-эзофагоанастомоза выполняли у 34 детей (94,4 %), стомирование — двум детям (5,6 %).

Результаты. У 22,2 % пациентов отмечались множественные пороки развития (агенезия желудка, тетрада Фалло, пилоростеноз). У одного ребенка (2,8 %) сопутствующим диагнозом был острый лейкоз. В преимущественном большинстве отмечается положительная динамика и выписка ребенка из стационара — 69,4 % (25 детей). В 30,6 % случаев (11 детей) был летальный исход. Причинами летального исхода становилось сочетание основного заболевания со множественными пороками развития: острый лейкоз, агенезия желудка, патология сердечно-сосудистой системы. Летальный исход наступал в течение первых 6 сут после поступления в стационар. У двоих детей летальный исход наступил через 1 и 2 мес. от сепсиса. Одному ребенку выполняли паллиативное оперативное вмешательство путем наложения эзофагостомы и гастростомы, а другому — верхнюю эзофагостомию и подвесную еюностомию (сочетанная патология в данном случае — агенезия желудка), оба случая закончились летальным исходом в результате развития сепсиса. За это время всем детям в послеоперационном периоде проводили этапные бужирования зоны анастомоза пищевода, с положительным эффектом и уменьшением кратности госпитализация для выполнения вмешательств. Одному ребенку (2,8 %) проведена пластика пищевода.

Вывод. Таким образом, мы можем отметить, что чаще у пациентов выявляют атрезию пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. Операцией выбора становится торакотомия, разобщение свища и наложение прямого эзофаго-эзофагоанастомоза. При множественных пороках развития отмечается ухудшение прогноза заболевания, вплоть до летального исхода. При отсутствии положительного эффекта от проведения бужирования зоны анастомоза пищевода альтернативным методом лечения является пластика пищевода.

ОПИСАТЕЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА. РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Демикова Н.С.^{1,2}, Подольная М.А.¹

¹ Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Россия, 125412, Москва, ул. Талдомская, д. 2;

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1

DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF ESOPHAGEAL ATRESIA. RESULTS OF LONG-TERM BIRTH DEFECTS MONITORING IN THE REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Demikova N.S.^{1,2}, Podolnaya M.A.¹

¹ Veltischev Research and Clinical Institute for Pediatrics of the Pirogov Russian National Research Medical University, 2, Taldomskaya st., Moscow, 125412, Russia;

² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, 2/1, Barrikadnaya st., Moscow, 125993, Russia

Цель исследования — изучение эпидемиологических характеристик атрезии пищевода (АП) в регионах России.

Материалы и методы. Материалом послужили данные 23 региональных регистров врожденных пороков развития (ВПР) РФ за период с 2011 по 2019 г. В исследование включали только случаи АП без свища (Q39.0) и АП с трахеопищеводным свищем (Q39.1). Сбор данных проводили унифицированно из множественных источников регистрации: роддомов, детских поликлиник и стационаров, патологоанатомических отделений. Учитывались случаи АП среди живорожденных и мертворожденных детей, а также у элиминированных плодов с пороком. К анализируемым параметрам относились пол ребенка, масса тела при рождении, возраст матери при рождении ребенка и порядковый номер родов. Общее число рождений за исследуемый период составило 4039465. Частота АП определялась как отношение числа новорожденных детей и плодов с АП к общему числу рождений в расчете на 10 000 рождений. В качестве оценки влияния фактора был использован показатель относительного риска (RR).

Результаты. Всего число зарегистрированных случаев АП составило 1028. Суммарно по 23 регионам оценка частоты АП составила 2,54 (95 % ДИ 2,39–2,71) на 10 000, или 1 случай на 3900 рождений. Определены накопленные (за все время наблюдений) или базовые частоты порока в регионах. Региональные частоты колеблются в пределах от 1,37 (95 % ДИ 0,82–2,28) до 3,61 (95 % ДИ 2,60–5,01). Частота порока по годам в течение всего периода наблюдений оставалась стабильной. Среди всех случаев АП отмечается преобладание мужского пола в соотношении 1,3М : 1Ж (RR = 1,24), у 75 % новорожденных масса тела при рождении ниже 3000 г (RR = 9,97). Чаще случаи порока отмечаются при первых родах (RR = 1,48). Не выявлено ассоциации частоты порока с возрастом матери.

Среди всех случаев порока АП со свищем составили 65 %, АП без свища — 35 %. В 64 % случаев порок был изолированным, в 36 % отмечалось сочетание с другими пороками развития, среди которых наиболее часто встречались пороки сердечно-сосудистой, пищеварительной и костно-мышечной систем. В абсолютном большинстве случаев (966, или 94 %) АП выявлена у новорожденных детей и соответственно 62 случая (6 %) у элиминированных плодов, что указывает на низкий уровень прерывания беременности при пренатальном выявлении АП, даже принимая во внимание наличие сопутствующих аномалий. В группе сочетанных с АП пороков развития могут выявляться синдромальные формы АП. Обсуждаются наиболее частые наследственные синдромы с АП.

Выводы. Эпидемиологический мониторинг ВПР — это единственный инструмент получения популяционных частот как в регионах, так и по России в целом, контроля динамики частоты ВПР, а также выявления эпидемиологических особенностей порока с оценкой факторов риска. В результате проведенного исследования получены базовые частоты и другие популяционно-эпидемиологические характеристики АП. Полученные оценки частот АП могут быть использованы для планирования объема медицинской помощи новорожденным с данным пороком в регионах.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Поздеев В.В.^{1,2}, Шкляев П.О.^{1,2}, Поверин Г.В.², Егорова О.О.²

¹ Ижевская государственная медицинская академия, Россия, 426034, Удмуртская Республика, Ижевск, ул. Коммунаров, д. 281;

² Республиканская детская клиническая больница Минздрава Удмуртской Республики, Россия, 426009, Удмуртская Республика, Ижевск, ул. Ленина, д. 79

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA

Pozdeev V.V.^{1,2}, Shklyayev P.O.^{1,2}, Poverin G.V.², Egorova O.O.²

¹ Izhevsk State Medical Academy, 281, Kommunarov st., Udmurt Republic, Izhevsk, 426034, Russia;

² Republican Children's Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, 79, Lenina st., Udmurt Republic, Izhevsk, 426009, Russia

Введение. Первая удачная операция при атрезии пищевода выполнена в Ижевске в 1983 г.

Цель — провести анализ лечения детей с атрезией пищевода с 1995 по 2021 г.

Материалы и методы. Всего оперировано 67 детей. До 2020 г. выполняли торакотомию с наложением прямого анастомоза «конец-в-конец». В 14 % диастаз был менее 1 см, в 64 % — 1,5 см, а в 22 % — более 1,5 см. Для уменьшения диастаза накладывали гастростому для кормления. Ежедневно в проксимальный отдел пищевода с усилием вводили широкий катетер, что приводило к удлинению этого отдела пищевода. Таким способом за 4 мес. удалось сократить диастаз и без натяжения наложить анастомоз. Оперировано 4 пациента. В группе больных до 2018 г. мы получили несостоятельность анастомоза в 22 %.

Результаты. С 2018 по 2021 г. оперировали с применением эндоскопической техники 10 пациентов. Только у одного ребенка операция осложнилась несостоятельностью анастомоза, что потребовало наложения эзофагогастростомы с последующей операцией.

Выводы. После торакотомии с анастомозом «конец-в-конец» несостоятельность анастомоза зафиксирована в 22 % случаев. Наложенные анастомозы эндоскопически только в 10 % осложнились несостоятельностью.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Шапкина А.Н.¹, Пинигин А.Г.², Безызвестный Е.И.³, Тимофеев С.И.², Носок М.И.⁴, Саввина В.А.⁵, Тарасов А.Ю.⁶, Пляскина Е.В.⁷, Сущенко Р.А.⁸, Белоус Р.А.⁹, Смирнова Н.Е.⁹, Степаненко Е.А.⁹, Шмырева Е.С.¹⁰, Сидоренко Д.А.¹¹, Магомедов З.З.¹², Кибальник Д.В.¹², Цыренов З.Д.¹³, Дондоков Б.М.¹³

¹ Дальневосточный федеральный университет, Школа медицины, Россия, Приморский край, 690091, Владивосток, п. Аякс, 10;

² Дальневосточный государственный медицинский университет, Россия, Хабаровский край, Хабаровск, ул. Карла-Маркса, д. 35;

³ Перинатальный центр, Россия, Хабаровский край, Хабаровск, ул. Истомина, д. 85;

⁴ Магаданская областная детская больница, Россия, Магаданская обл., Магадан, ул. Кольцевая, д. 24;

⁵ Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Россия, Саха, Якутск, Сергеляхское шоссе, д. 4;

⁶ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Россия, Саха, Якутск, Сергеляхское шоссе, д. 4;

⁷ Краевая детская клиническая больница, Россия, Забайкальский край, Чита, ул. Новобульварная, д. 20;

⁸ Читинская государственная медицинская академия, Россия, Забайкальский край, Чита, ул. Горького, д. 49;

⁹ Амурская областная детская клиническая больница, Россия, Амурская область, Благовещенск, ул. Октябрьская, д. 108;

¹⁰ Краевая детская клиническая больница № 1, Россия, Приморский край, Владивосток, пр. Острякова, д. 27;

¹¹ Областная детская больница, Россия, Сахалинская область, Южно-Сахалинск, ул. Ленина, д. 311;

¹² Камчатская краевая детская больница, Россия, Петропавловск-Камчатский, ул. Орджоникидзе, д. 7;

¹³ Детская республиканская клиническая больница, Россия, Республика Бурятия, Улан-Уд, пр. Строителей, д. 2а

THE TREATMENT OF THE NEONATES WITH ESOPHAGEAL ATRESIA IN THE RUSSIAN FAR-EAST

Shapkina A.N.¹, Pinigin A.G.², Bezyzvestnyi E.I.³, Timofeev S.I.², Nosok M.I.⁴, Savvina V.A.⁵, Tarasov A.Yu.⁶, Plyaskina E.V.⁷, Sushchenko R.A.⁸, Belous R.A.⁹, Smirnova N.E.⁹, Stepanenko E.A.⁹, Shmireva E.S.¹⁰, Sidorenko D.A.¹¹, Magomedov Z.Z.¹², Kibalnik D.V.¹², Tsyrenov Z.D.¹³, Dondokov B.M.¹³

¹ Far Eastern Federal University, 10, Ajax, Vladivostok, Primorsky Krai, Russia;

² Far Eastern State Medical University, 35, Karl Marx st., Khabarovsk, Khabarovskiy Krai, Russia;

³ Regional Khabarovsk Perinatal center, 85, Istomina st., Khabarovsk, Khabarovskiy Krai, Russia;

⁴ Magadan Regional Children Hospital, 24, Kolcevaya st., Magadan, Russia;

⁵ North Eastern Federal University, 4, Sergelyakhskoe highway, Sakha, Yakutsk, Russia;

⁶ Republic Hospital No. 1 – National Center of Medicine, 4, Sergelyakhskoe highway, Sakha, Yakutsk, Russia;

⁷ Regional Chita Children's Hospital, 20, Novobulvarnaya st., Chita, Zabaikalskii Krai, Russia;

⁸ State Medical Academy, 49, Gorkogo st., Chita, Zabaikalskii Krai, Russia;

⁹ Amur Regional Children's Hospital, 108, Oktyabrskaya st., Blagoveshchensk, Amurskaya Oblast, Russia;

¹⁰ Primorsky Regional Children's Hospital, 27, Ostryakova st., Vladivostok, Primorsky Krai, Russia;

¹¹ Sakhalin Regional Children's Hospital, 311, Lenina st., Yuzhno-Sakhalinsk, Russia;

¹² Kamchatka Regional Children's Hospital, 7, Ordzhonikidze st., Petropavlovsk-Kamchatsky, Russia;

¹³ Buryatia Republic Children's Hospital, 2a, Stroiteley st., Ulan-Ude, Republic of Buryatia, Russia

Введение. Территория Дальневосточного федерального округа (ДФО) занимает 40,6 % от территории РФ. На 2021 г. население составляет 5,56 % численности населения России. В пределах округа находится 11 субъектов РФ: Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край, Камчатский край, Приморский край, Хабаровский край, Амурская область, Магаданская область, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ.

Цель исследования — проанализировать структуру заболеваемости и результаты лечения детей с атрезией пищевода (АП) в ДФО.

Материалы и методы. Проанализированы результаты работы детских врачей-хирургов и неонатологов всех регионов ДФО. Всего с 2019 по 2021 г. родилось 44 ребенка с АП, до операции умер один ребенок от тяжелой сопутствующей патологии, один оперирован вне ДФО, 42 ребенка — в стационарах округа. Наибольшее количество детей родилось в Забайкальском крае, Республике Саха, Приморском крае (54 % всех родившихся). Наибольшее количество оперированных в Забайкальском крае, Республике Саха и Хабаровском крае (54 % оперированных). В Чукотском автономном округе за 3 года таких пациентов не было.

Результаты. Из 44 детей было 28 мальчиков (63,6 %) и 16 девочек (36,4 %), половина детей родились недоношенными, каждому четвертому проведено кормление до установления диагноза. Самой частой формой АП была АП с нижним трахеопищеводным свищом (93,2 %), АП с двумя трахеопищеводными свищами наблюдали в 6,8 %, других форм не было. Сочетанные пороки встречались в 60 % случаев, у двух пациентов данных нет. Самыми частыми сопутствующими пороками были пороки сердца (54 % всех сопутствующих пороков). Анастомоз удалось наложить у 86 % оперированных детей, остальным выведены только гастростома или гастро- и эзофагостома, что потребовало повторных реконструктивных операций. Живы после наложения анастомоза 81 %, после этапного лечения — 33 % пациентов.

Выводы. Дальневосточный федеральный округ — самая большая территория РФ с самой низкой плотностью населения и, соответственно, самым низким количеством врожденных пороков развития, в частности, АП. Некоторые территории обладают большим потенциалом для проведения таких сложных вмешательств у новорожденных, для других должны быть разработаны адекватные методы транс-

портировки пациентов в соседние регионы и обеспечены возможности телемедицинских консультаций и личных консультаций ведущими специалистами. Особенности логистики региона подводят к мысли о необходимости создания единого дальневосточного мультидисциплинарного хирургического центра, обеспечивающего консультирование, эвакуацию, диагностику и лечение пациентов с врожденными пороками развития на современном уровне.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ТОМСКА

Иванов С.Д.^{1,2}, Слизовский Г.В.¹, Погорелко В.Г.^{1,2}, Юшманова А.Б.², Балаганский Д.А.²

¹ Сибирский государственный медицинский университет, Россия, 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2;

² Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтushенко, Россия, 634063, Томск, ул. И. Черных, д. 96/1

EXPERIENCE OF ESOPHAGEAL ATRESIA SURGICAL TREATMENT IN REGIONAL PERINATAL CENTER OF TOMSK

Ivanov S.D.^{1,2}, Slizovskii G.V.¹, Pogorelko V.G.^{1,2}, Yushmanova A.B.², Balaganskii D.A.²

¹ Siberian State Medical University, 2, Moskovskii trakt, Tomsk, 634050, Russia;

² I.D. Evtushenko Regional Perinatal Center, 96/1, I. Chernykh st., Tomsk, 634063, Russia

Цель — изучить результаты хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных по материалам Областного перинатального центра Томска.

Материалы и методы. С 2011 по 2021 г. пролечено 28 детей с атрезией пищевода, из которых 25 (89,3 %) имели нижний трахеопищеводный свищ, 3 (10,7 %) — бессвищевую форму. По половому соотношению преобладали мальчики (67,9 %). Недоношенных детей было 10 (35,7 %), из которых самым маленьким был ребенок с массой 985 г, родившийся на сроке 28 нед. Среди фоновых патологий встречались: респираторный дистресс-синдром (14,3 %), бронхолегочная дисплазия (10,7 %), врожденная цитомегаловирусная инфекция (3,6 %), синдром Дауна (3,6 %), гипотиреоз (14,3 %) и расщелина лица (7,1 %). VACTERL-ассоциация встречалась у 4 детей с различными сочетаниями аноректальных мальформаций (7,1 %), пороков сердца (39,3 %), позвоночника (21,4 %) и почек (3,6 %). В ходе исследования проанализированы результаты лечения, осложнения и летальность.

Результаты. У 22 детей пищеводный анастомоз сформирован во время первичного вмешательства, в 3 случаях торакоскопически. У одного ребенка с бессвищевой формой и большим диастазом проводилась элонгация пищевода по Фокеру и наложение анастомоза через 3 нед. Длительность операции в среднем составляла 100 мин (от 55 до 210 мин) и статистически не различалась при открытом и торакоскопическом доступах. Диаметр аборального и орального концов в среднем составлял 4 и 7 мм соответственно. Диастаз более 2 см был в 14 (51,8 %) случаях. Гастростомию выполняли у 9 (32,1 %) детей. Продолжительность ИВЛ в среднем составляла 19 сут (от 4 до 79 сут). Кормление через зонд начинали на 6-е сутки, бужирование пищевода через 3 нед. Среди осложнений встречались: аспирационная пневмония (39,3 %), хилоторакс (7,1 %), парез диафрагмы (10,7 %) и гортани (3,6 %), несостоятельность гастростомы (3,6 %), рубцовый стеноз пищевода (17,9 %) и несостоятельность анастомоза (3,6 %). Реканализация свища встречалась в 5 (20 %) случаях, по поводу чего проводили реторакотомию через 19–50 сут. Умерли 2 (7,1 %) ребенка с тяжелой аспирационной пневмонией и полиорганной недостаточностью. Статистически значимых различий в частоте рубцового стеноза и несостоятельности анастомоза в зависимости от размера диастаза или вида доступа не выявлено.

У одного ребенка с большим диастазом и выраженным натяжением выполняли наложение тракционных швов на концы пищевода, после чего произошло самостоятельное формирование соустья без необходимости повторного оперативного вмешательства. В отдаленном периоде явлений дисфагии и непроходимости пищевода не отмечалось.

Выводы. Развитие рубцовой стриктуры или несостоятельности швов статистически не связано с видом хирургического доступа. Актуальной представляется разработка и усовершенствование методов элонгации пищевода при большом диастазе. При наложении тракционных швов на концы пищевода возможно самостоятельное формирование пищеводного соустья.

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Морозов В.И., Миролюбов Л.М., Филатов В.С., Подшивалин А.А., Львов А.П., Сажеева Г.И.
Детская республиканская клиническая больница, Россия, Республика Татарстан, 420138, Казань,
ул. Оренбургский тракт, д. 140

STAGES OF DEVELOPMENT OF SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA IN TATARSTAN

Morozov V.I., Mirolubov L.M., Filatov V.S., Podshivalin A.A., Lvov A.P., Sageeva G.I.
Children's Republican Clinical Hospital, 140, Orenburg tract st., Kazan, 420138, Tatarstan, Russia

Атрезия пищевода — один из самых тяжелых пороков развития периода новорожденности. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данной патологии, до настоящего времени остаются еще нерешенные проблемы оперативного лечения новорожденных детей с данным пороком развития.

Наш клинический опыт лечения детей с атрезией пищевода был начат в 1977 г. с открытием ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ на 144 койки. С 1977 по 2021 г. прооперировано всего 508 детей. Хронологически можно выделить 3 основных этапа лечения данной патологии в Республике Татарстан.

Первый этап 1977–2002 гг. В этот период при атрезии пищевода выполняли правосторонние торакотомии, перевязки и прошивания трахеопищеводного свища, эзофагопластику по Хайяту. Длительность операции составляла 2–3 ч. При невозможности радикальной операции (большой диастаз атрезированных концов пищевода) проводили наложение верхней и нижней эзофагостомы с последующей колоэзофагопластикой в возрасте 2–3 лет.

Второй этап 2003–2012 гг. В 2003 г. была проведена реконструкция в организации хирургической помощи и реанимации новорожденным в Республике Татарстан, было закуплено эндоскопическое оборудование, обновлено оборудование реанимации новорожденных. Таким образом, с 2003 г. в отделении хирургии новорожденных Детской республиканской клинической больницы начали выполнять торакоскопические эзофагопластики.

Третий этап 2013–2012 гг. С 2013 г. по настоящее время в среднем ежегодно оперируют (торакоскопически) по 20 пациентов с атрезией пищевода (более 120 пациентов за последние 9 лет). Летальность за этот период времени составила около 3 %. Летальный исход заболевания имел место в трех клинических наблюдениях: 1 пациент с трахеопищеводным соустьем и поздним обращением за медицинской помощью, 1 пациент с генерализованной инфекцией и 1 пациент с экстремально низкой массой тела (800 г). В настоящее время практически во всех случаях выполняют торакоскопию, лигирова-

ние и резекцию трахеопищеводного свища, эзофагопластику «конец-в-конец» при различном диастазе. В послеоперационном периоде проводят первичное профилактическое бужирование зоны анастомоза путем баллонной дилатации под визуальным эндоскопическим контролем. При LongCap применяют весь комплекс лечебных мероприятий, направленный на восстановление анатомической проходимости собственного пищевода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА И АНАЛИЗ МЕТОДОВ И ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ В БОЛЕЕ СТАРШЕМ ВОЗРАСТЕ

Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамova Ж.Д.

Российская детская клиническая больница, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Россия, 119571, Москва, Ленинский пр., д.117

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT DIFFERENT FORM OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORN. ANALYSIS OF METHODS AND TREATMENT OPTIONS IN OLDER AGE CHILDREN

Guz V.I., Verovsky V.A., Poliudov S.A., Tramova J.D.

Republic Child Hospital, Pirogov Russian National Research Medical University, 117, Leninskii av., Moscow, 119571, Russia

Введение. Атрезия пищевода (АП) — часто встречающийся порок развития пищевода у новорожденных детей. Впервые успешно выполнил операцию по поводу атрезии пищевода Г.А. Баиров в 1955 г. Современные технологии лечения претерпели значительную эволюцию и привели к значительному росту выживаемости больных.

Цель — анализ результатов лечения при различных формах атрезии пищевода у новорожденных и в более старшем возрасте.

Материалы и методы. В торакальном отделении Российской детской клинической больницы находились на лечении всего 158 больных. У 122 пациентов частый вариант порока — АП с нижним трахеопищеводным свищем (ТПС), реже — другой локализации. АП без свища — 26 детей, с изолированным ТПС — 5.

Результаты. В первой группе с АП и ТПС проведены операции: экстирпация пищевода с разобщением ТПС — 8, торакотомия и разобщение ТПС — 27, на шее — 1. Колоэзофагопластика — 57, пластика желудком — 3, эзофаго-эзофагоанастомоз — 1, операция Ниссена и гастростомия по Кадеру — 21, бужирование по струне и за нить — 18, стернотомия и лапаротомия — 3 (с последующей пластикой пищевода), удаление инородного тела — 2, у одного пациента — торакотомия, пульмонэктомия слева с разобщением ТПС. Часть операций выполняли в комбинациях одному и тому же ребенку. Из осложнений необходимо отметить слюнный свищ у 15 пациентов, дренирование средостения — у 3. Избыточная петля трансплантата — 3, нарушение кровообращения, облитерация, некроз трансплантата — 4, спаечная непроходимость, эвентрация — 4, реконструкция анастомоза на шее — 5, реконструкция нижнего анастомоза — 3. У 5 человек причиной смерти послужили хирургические осложнения в сочетании с пороками развития.

Во второй группе с АП без ТПС колоэзофагопластика выполнена 22 пациентам, одному — пластика желудком (в анамнезе верхняя и нижняя эзофагостомия). Одному пациенту после пластики пищевода по месту жительства — рестернотомия, релапаротомия (пластика пищевода желудком). Другому ребенку после колоэзофагопластики — заднебоковая торакотомия, удаление кисты средостения. Ребенку по-

сле пластики пищевода конец в конец — операция Ниссена, гастростомия по Кадеру с последующим бужированием. Ребенку с гемофилией А (кровотечение) — стернотомия, релапаротомия (удаление облитерированного трансплантата), выполнена пластика пищевода желудком.

В третьей группе с изолированный ТПС частым осложнением был рецидив ТПС, сопровождающийся хроническим аспирационным синдромом, бронхитом, желудочно-пищеводным рефлюксом с терминальным эзофагитом. Вначале детям выполняли гастростомию по Ниссену, гастростомию. Далее — разобщение ТПС. Осложнение одно — релапаротомия, разделение спаек.

Выводы. Новорожденным с АП или в сочетании с ТПС целесообразно предпринимать попытки наложения анастомоза пищевода. Если развился стеноз анастомоза, нельзя исключить варианты консервативного лечения. Рецидив ТПС требует повторного хирургического вмешательства. При невозможности восстановления проходимости пищевода считаем оптимальным загрудинную колоэзофагопластику в возрасте от 6–8 мес.

ВРОЖДЕННАЯ АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА С ПОЗИЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГА

Щербинин А.В.¹, Анастасов А.Г.¹, Михайличенко Е.В.²

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина, Донецкая Народная Республика, 83003, Донецк. пр. Ильича, д. 16;

² Республиканская детская клиническая больница, Украина, Донецкая Народная Республика, 83000, Донецк, бул. Шахтостроителей, д. 14

CONGENITAL ATRESIA OF THE ESOPHAGUS FROM THE POSITION OF AN ANESTHESIOLOGIST

Shcherbinin A.V.¹, Anastasov A.G.¹, Mikhailichenko Ye.V.²

¹ M. Gorky Donetsk National Medical University, 16, Iliicha av., Donetsk, 83003, Donetsk National Republic, Ukraine;

² Republican Children's Clinical Hospital, 14, Shakhtostroitelei boul., Donetsk, 83000, Donetsk National Republic, Ukraine

Врожденная атрезия пищевода (ВАП) — порок развития с частотой встречаемости 1 случай на 2500–3000 новорожденных. В условиях клиники (РДКБ Донецка МЗ ДНР) коррекцию ВАП производят трансторакотомическим доступом в ближайшем периоде после рождения, то есть в период ранней адаптации.

Основными проблемами при анестезиологическом обеспечении выступают, как правило, дисфункция дыхания (аспирационная пневмония, наличие трахеопищеводного свища, позиционные и рестриктивные нарушения вентиляции во время операции), а также возможные нарушения вследствие сопутствующих пороков/аномалий развития органов и систем организма. В зависимости от вида порока требуется определенный запас времени.

Оценка степени дезадаптационных изменений гомеостаза новорожденного в предоперационном периоде многогранна и субъективна, основана на данных клинического обследования, но определяет длительность и характер предоперационной подготовки, а также в определенной степени и особенности течения послеоперационного периода, и исход заболевания. Длительность предоперационной подготовки может составлять до 1 сут. Критерии подготовленности ребенка к операции / общей анестезии: среднее артериальное давление не ниже значений, соответствующих сроку гестации ребенка, симптом «белого пятна» не более 3 с, диурез не менее 0,5 мл/(кг·ч), надежный сосудистый доступ, нормальный уровень показателей гемограммы, отсутствие тромбоцитопении. Важным условием для проведения общего обезболивания у данного контингента новорожденных становится температурный

и санитарно-эпидемиологический режим в операционной, стандартный интраоперационный мониторинг основных витальных функций, а также профилактика синдрома гипотермии. Премедикация стандартная, осуществляется путем парентерального введения раствора атропина. Объем интраоперационной инфузионной терапии — до 10 мл/(кг·ч), качественный состав определяется гемическими потерями во время операции. По данным литературы и нашим наблюдениям, выбор общего обезболивания (ТВВА или малопоточная ингаляционная анестезия) не имеет особого значения на течение периоперационного периода, включая длительность ИВЛ, восстановления функции желудочно-кишечного тракта, лечения в реанимационном отделении и исход заболевания.

Таким образом, лечебно-тактические мероприятия у новорожденных с ВАП, включая анестезиологическое обеспечение, независимо от методики проведения оперативного вмешательства, носят ряд важных протокольных решений и мультидисциплинарный подход, что дает возможность улучшить результаты комплексного лечения пациентов с достижением в большинстве случаев благоприятного исхода заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА, ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С., Баканов А.А., Фролова Е.А.

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, 460000, Оренбургская обл., Оренбург, ул. Советская, д. 6

TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA ACCORDING TO THE ORENBURG CENTER FOR PEDIATRIC SURGERY

Cotlubayev R.S., Bakanov A.A., Frolova E.A.

Orenburg State Medical University, 6, Sovetskaya st., Orenburg, 460000, Russia

Цель — улучшение результатов лечения детей с врожденной патологией.

Материалы и методы. В течение 2007–2021 г. пролечено 70 детей с атрезией пищевода, 68 из которых имели атрезию пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем. У 2 детей (2,8 %) атрезия пищевода была бессвищевой формы. У 13 детей имели место сопутствующие пороки развития различных органов. Прооперировано 67 детей с атрезией пищевода. Все вмешательства выполнены из торакотомного доступа, прямой анастомоз пищевода наложен 64 пациентам, трем выполнено разобщение трахеопищеводного свища, ушивание дистального конца пищевода, наложение анастомоза не произведено вследствие большого диастаза между разобщенными отделами. Несостоятельность наложенного анастомоза отмечено у 6 детей на 4–7-е сутки после операции. 4 детей с несостоятельностью эзофагального анастомоза излечены медикаментозно, 2 детям понадобилась реторакотомия с целью разобщения анастомоза, наложения шейной эзофагостомы и гастростомы.

Результаты. Излечено 64 больных, родившихся с атрезией пищевода. Погибло 6 детей, троим из которых оперативное пособие не удалось выполнить в связи с крайне тяжелым состоянием по основному заболеванию и множественным сопутствующим порокам. 2 детей погибли при явлениях декомпенсации врожденных пороков сердца, 1 — по причине острой сосудистой недостаточности.

Вывод. Атрезия пищевода может корригироваться в специализированных центрах регионального значения.

ЯТРОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Кесаева Т.В.¹, Немилова Т.К.^{1,2}, Караваева С.А.^{1,3}, Котин А.Н.^{1,2}, Щебенков М.В.^{1,3}, Волерт Т.А.^{1,3}, Корнилова А.Б.¹, Алешугина Е.В.¹, Леваднев Ю.В.^{1,3}

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (Детская городская больница № 1), Россия, 198205, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 14;

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8;

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

IATROGENIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Kesaeva T.V.¹, Nemilova T.K.^{1,2}, Karavaeva S.A.^{1,3}, Kotin A.N.^{1,2}, Shchebenkov M.V.^{1,3}, Volert T.A.^{1,3}, Kornilova A.B.¹, Alyoshugina E.V.¹, Levadnev Yu.V.^{1,3}

¹ Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center of High Medical Technologies, 14, Avangardnaya st., 198205, Saint Petersburg, Russia;

² Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, 6–8, Lva Tolstogo st., 197022, Saint Petersburg, Russia;

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41, Kirochnaya st., 191015, Saint Petersburg, Russia

Введение. При лечении пациентов с атрезией пищевода (АП) сохраняется проблема послеоперационных осложнений. Наиболее часто встречаются несостоятельность анастомоза, стеноз зоны анастомоза и рецидив трахеопищеводного свища (ТПС). Иногда приходится сталкиваться с неожиданными тактическими решениями, которые еще более осложняют ситуацию.

Цель исследования — представить два случая ятрогенных осложнений у детей с АП.

Материалы и методы. За последние 7 лет в Детскую городскую больницу № 1 Санкт-Петербурга проходили лечение 2 ребенка с АП и ТПС. Первично этим детям в стационарах по месту жительства был наложен анастомоз пищевода. Послеоперационное течение осложнилось несостоятельностью швов анастомоза и в одном случае еще и рецидивом ТПС. Обоим детям была выполнена перевязка пищевода на протяжении с выведением эзофагостомы. В грудной клетке сохранился замкнутый с двух сторон фрагмент пищевода с зоной анастомоза (несостоятельного) в обоих случаях и с рецидивным ТПС в одном из этих случаев.

Результаты. Девочка поступила в Детскую городскую больницу № 1 в возрасте 7 мес. в очень тяжелом состоянии. При обследовании (трахеоскопии) обнаружен ТПС, открывающийся в замкнутый и кистозно-измененный фрагмент пищевода. После краткой подготовки произведена торакотомия, удаление фрагмента пищевода с ликвидацией ТПС. В возрасте 1 года выполнена успешная эзофагоколопластика.

Мальчик поступил на лечение Детскую городскую больницу № 1 в возрасте 5,5 лет. В периоде новорожденности возникла несостоятельность анастомоза. Пищевод был перевязан на протяжении. В возрасте 5 лет ребенок был обследован, и обнаружено объемное образование размерами 10 × 12 см в заднем средостении. Направлен на лечение в Санкт-Петербург. По данным компьютерной томографии образование представляло собой толстостенную кисту с густым содержимым. Выполнена торакоскопия. Киста содержала гнойную жидкость объемом около 200 мл. Киста удалена. Гистологическое исследование: стенка пищевода с рубцовыми изменениями. Через 3 мес. мальчику выполнена успешная эзофагоколопластика.

Выводы.

1. Разобщение сегментов пищевода — крайне редкий вариант лечения несостоятельности анастомоза пищевода, и он не допускает оставления измененных тканей пищевода в грудной клетке.

2. Рецидив ТПС, как правило, требует радикального хирургического лечения — разобщение трахеи и пищевода с надежным ушиванием дефектов стенок одного и другого органа.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Егорская А.Т., Егорская Е.Т., Долинская В.Д.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Россия, 603005, Нижний Новгород, Верхне-Волжская наб., д.18

THE INCIDENCE OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN NEWBORNS

Egorskaya A.T., Egorskaya E.T., Dolinskaya V.D.

Privolzhsky Research Medical University, 18, Nizhne-Volzhskaya emb., Nizhny Novgorod, 603005, Russia

Цель — представить структуру врожденных пороков желудочно-кишечного тракта у новорожденных.

Материалы и методы. На базе Детской городской клинической больницы № 1 Нижнего Новгорода с 2019 по 2021 г. пролечено 52 младенца с врожденной хирургической патологией, из них: 11 (21 %) девочек и 41 (79 %) мальчик. Средний возраст детей составил $9,24 \pm 9,35$ сут. Срок гестации варьировал от 26,5 до 38,6 нед. беременности. В структуре преобладали недоношенные новорожденные с весом 1870 ± 518 г. С помощью антенатального ультразвукового скрининга 58 % врожденных аномалий были диагностированы. После рождения всем детям с подозрением на врожденные пороки развития (ВПР) проводили обследование, включающее в себя: обзорную и контрастную рентгенографию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование брюшной полости и контроль лабораторных показателей, электрокардиографию, нейросонографию.

Результаты. В структуре ВПР преобладали различные варианты непроходимости кишечника: стенозы (23 %), атрезии (39 %), мальротация (5 %), в двух случаях (4 %) выявлена болезнь Гиршпрунга и синдром Ледда. У двух пациентов атрезия двенадцатиперстной кишки сопровождалась кольцевидной поджелудочной железой. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем констатирована в 18 % наблюдений, у 1 пациента данный порок сочетался с синдромом Эдвардса (трисомия 18-й хромосомы). Дивертикул Меккеля выявлен у 3 (6 %) прооперированных и являлся интраоперационной находкой.

Было отмечено, что наиболее часто (75 %) локусы патологической трансформации находили в тонкой кишке, деформацию толстой наблюдали у 25 % новорожденных. При разных вариантах патологии кишечника выполняли хирургические вмешательства (лапароскопии, лапаротомии) с ревизией органов брюшной полости, наложением анастомоза или выведением разгрузочных стом.

Пилоростеноз, как правило, формировался к первому месяцу жизни у 31 ребенка. Всем детям в срочном порядке выполняли пилоромиотомию по Фреде – Рамштедту – Веберу. Патология диафрагмы, в виде ложной диафрагмальной грыжи слева, отмечена у 1 пациента. Коррекцию дефекта провели собственными тканями, из которых сформировали дубликатуру.

Заключение. В удовлетворительном состоянии 49 (94 %) пациентов выписаны домой, средний койко-день составил $28,5 \pm 7,3$ сут. Летальных исходов было 3 (6 %). Ведущую роль в тонатогенезе играла экстремально низкая масса тела, сочетанная.

НАШ ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Гебекова С.А.^{1,2}, Махачев Б.М.^{1,2}, Мейланова Ф.В.², Тихмаев А.Н.^{1,2}, Ашурбеков В.Т.²

¹ Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева, Россия, 367027, Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, д. 2-а;

² Дагестанский государственный медицинский университет, Россия, 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1

OUR EXPERIENCE OF THORACOSCOPIC TREATMENT OF CHILDREN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Gebekova S.A.^{1,2}, Makhachev B.M.^{1,2}, Meilanova F.V.², Tikhmaev A.N.^{1,2}, Ashurbekov V.T.²

¹ N.M. Kuraev Children's Republican Clinical Hospital, 2-a, Akhmeda Magomedova st., Makhachkala, 367027, Russia;

² Dagestan State Medical University, 1, Lenina sq., Makhachkala, 367000, Russia

Цель — оценка результатов торакоскопического лечения детей с атрезией пищевода (АП).

Материалы и методы. На базе ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева» Махачкалы с января 2020 г. по настоящее время прооперировано 11 детей с АП торакоскопическим способом. Из них 1 ребенку с бессвищевой формой АП первым этапом наложены внутренние тракционные швы на проксимальный и дистальный концы пищевода без наложения гастростомы. Второй этап процедуры — торакоскопический анастомоз пищевода — был выполнен на 6-й день после первой операции. Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационные осложнения возникли у 9 детей (81,8 %): несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза — 1 (9,1 %), сужение анастомоза — 9 (81,8 %), желудочно-пищеводный рефлюкс — 2 (18,2 %). Энтеральную нагрузку через назогастральный зонд начинали на 8-е послеоперационные сутки, через рот — на 26-е сутки. Летальность наблюдалась в 1 случае (9,0 %).

Результаты. Проведена оценка результатов лечения детей с АП после торакоскопического эзофаго-эзофагоанастомоза.

Выводы. Применение торакоскопического способа эзофаго-эзофагоанастомоза обеспечивает мало-травматичность, достижение хорошего косметического эффекта, уменьшение кратности послеоперационной аналгезии.

НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Кривошеенко Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Койнов Ю.Ю., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Охотина А.А.

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Россия, 630087, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д.130

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN CHILDREN

Krivosheenko N.V., Gramzin A.V., Chikinev Yu.V., Koynov Yu.Yu., Pavlushin P.M., Cyganok V.N., Ohotina A.A. State Novosibirsk Regional Clinical Hospital, 130, Nemirovicha-Danchinko st., Novosibirsk, 630087, Russia

Цель работы — анализ количества выявленных и прооперированных детей с атрезией пищевода на базе ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница».

Материалы и методы. В период с 2008 по 2021 г. прооперировано 64 ребенка с атрезией пищевода: дистальным трахеопищеводным свищом (ТПС) — 48 (75 %), верхним и нижним ТПС — 1 (1 %), бессвищевой формой — 9 (14 %), трахеопищеводной расщелиной — 1 (1 %).

Результаты. Порок диагностирован антенатально в 17 случаях. Средний возраст детей при поступлении 1–3 сут. Множественные врожденные пороки встречались у 30 (46 %) детей: врожденный порок сердца — 20, опорно-двигательный аппарат — 6, атрезия двенадцатиперстной кишки (кольцевидная поджелудочная железа) — 2, МВС — 6.

В зависимости от вида АП и характера сопутствующей патологии определялась тактика хирургического вмешательства. Первичный анастомоз наложен 40 пациентам торакотомным доступом, торакоскопически — 11 детям. В 8 случаях ввиду большого диастаза произведена раздельная шейная эзофагостомия и гастростомия по Кадеру. Попытка торакоскопической элонгации пищевода при диастазе до 3 см в одном случае привела к прорезыванию швов проксимального конца пищевода, развитию медиастенита. В случае с трахеопищеводной расщелиной произведена раздельно шейная трахеозофагостома + гастростома по Кадеру.

Послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза — 8 случаев (закрылась спонтанно), рубцовое сужение в 6 случаях. При использовании торакоскопического подхода в коррекции АП несостоятельность анастомоза была в одном случае, с последующим формированием стеноза. Летальный исход у детей с АП отмечался в 9 случаях. Один ребенок не оперирован в связи с тяжелой сопутствующей патологией, 8 случаев после операции в связи с декомпенсацией врожденного порока сердца.

Выводы. Атрезия пищевода — корригируемый порок развития, и современные методы диагностики, лечения и выхаживания позволяют улучшить результаты лечения детей с АП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Индрокова С.Б., Кагазежева Ж.Л.

Республиканская детская клиническая больница, Россия, Кабардино-Балкарская Республика,
360000, Нальчик, ул. Шогенова, д. 4

RESULTS OF TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN THE REPUBLICAN CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL OF THE KABARDINO-BALKAR REPUBLIC

Indrokov S.B., Kagazegeva G.L.

Republican Children's Clinical Hospital, 4, Shogenova st., Nalchik, 360000, Kabardino-Balkar Republic, Russia

Цель — провести анализ эффективности лечения детей с атрезией пищевода на базе Республиканской больницы за последние 10 лет.

Материалы и методы. С 2012 по 2021 г. в ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава КБР поступил 31 новорожденный с различными формами атрезии пищевода. Из них было 18 мальчиков и 13 девочек. Двое детей были до 1,5 кг, от 1,5 до 2 кг — 4 ребенка, свыше 2 кг — 13, свыше 3 кг — 12. Недоношенными были 6 детей (19,4 %). У 28 детей атрезия пищевода сочеталась с нижним трахеопищеводным свищом. У одного был верхний и нижний свищи, у троих наблюдалась изолированная форма атрезии пищевода (9,7 %). Один ребенок имел атрезию без диастаза — мембранозную атрезию пищевода с нижним свищом. Праворасположенная аорта встретилась 1 раз. У 12 детей имели место множественные пороки развития. В основном это сочетание с врожденным пороком сердца — 20 %, атрезией двенадцатиперстной кишки, атрезией ануса и прямой кишки — 6,4 %, аномалиями позвоночного столба, VATER-ассоциацией — 3 %, хромосомными аномалиями — 3 %.

Результаты и обсуждение. В структуре хирургического отделения работает врач – хирург-неонатолог, оперирующий всех новорожденных. 29 детей доставлены в первые сутки после выявления порока развития, двое после 2 сут жизни и попыток кормления. После предоперационной подготовки, которая, как правило, занимала от 1 до 3 сут, все дети были оперированы. При наличии классического порока — атрезии пищевода и нижний трахеопищеводный свищ — удалось разобщить свищ и наложить первичный анастомоз пищевода «конец-в-конец» 20 новорожденным. Степень диастаза и натяжения была различной. У 2 детей отмечалась несостоятельность анастомоза, с которой удалось справиться консервативно. Свищ закрылся в течение 6 и 8 сут. У 7 детей после перевязки трахеопищеводного свища ввиду наличия непреодолимого диастаза между сегментами и у троих с изолированной атрезией без свища была наложена гастростома и эзофагостома. Одному ребенку была произведена в возрасте 6 мес. загрудинная пластика пищевода сегментом ободочной кишки. Остальных детей для колоэзофагопластики отправляли в федеральные центры. Летальность за этот срок — 5 детей. Септические осложнения стали причиной смерти у четверых, ОПН — у одного. Трое детей с «синими» пороками сердца были в послеоперационном периоде эвакуированы в кардиоцентр, где им была проведена коррекция пороков сердца.

Изучен катамнез большинства детей — их состояние и качество жизни удовлетворительное.

Выводы.

1. Результаты лечения детей с атрезией пищевода можно считать хорошими — 84 % выживаемости. Качество жизни практически всех опрошенных в отдаленные сроки вполне удовлетворительное. У двух детей в федеральных центрах потребовалась реконструкция колоэзофагоанастомоза.

2. Основная причина в группе умерших детей — септические осложнения, возникшие в том числе и на фоне госпитальной инфекции.

3. Планируется внедрение эндохирургических методов коррекции атрезии пищевода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Тарасов А.Ю.¹, Саввина В.А.²

¹ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Педиатрический центр, Россия, 677008, Якутск, Сергеляхское шоссе, д. 4;

² Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Медицинский институт, Россия, 677013, Якутск, ул. Ойунского, д. 27

RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

Tarasov A.Yu.¹, Savvina V.A.²

¹ Republic Hospital No. 1 – National Center of Medicine, 4, Sergelyakhskoe highway, Yakutsk, 677008, Russia;

² North Eastern Federal University, 27, Oiunskogo st., Yakutsk, 677013, Russia

Введение. Учитывая большую площадь региона и малую плотность населения, первостепенное значение приобретают вопросы своевременной антенатальной диагностики и концентрации беременных с плодами, у которых заподозрен порок развития пищевода, в единственный детский многопрофильный специализированный госпиталь III уровня в столице региона. На современном этапе хирургического лечения атрезии пищевода (АП) актуальными вопросами остаются минимизация операционной травмы, уменьшение послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

Цель — анализ результатов лечения пациентов с атрезией пищевода в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы. За период 2010–2021 гг. поступило 48 новорожденных с АП. Антенатально диагноз установлен у 46 плодов (95,8 %) и после родоразрешения подтвержден. У 2 детей диагноз установлен постнатально на 2-е сутки жизни, дети получали питание и имели пневмонию. 44 (91,6 %) пациента имели типичную форму атрезии, тип С, 23 % — сопутствующие аномалии развития. Половина пациентов относилась к группе В по классификации Waterstoun. Оперировано 47 пациентов, 1 ребенок умер до выполнения оперативного вмешательства, что связано с крайней степенью тяжести и незрелости, наличием тяжелых сопутствующих аномалий. Первичный эзофагоанастомоз выполнен 42 новорожденным (20 пациентов торакотомным доступом, 22 пациентам наложен торакоскопический эзофагоанастомоз). 5 пациентам в связи с непреодолимым диастазом сегментов выполнено разделение трахеопищеводной фистулы и наложение гастростомы и эзофагостомы. 4 пациентам в последствии выполнена колоэзофагопластика трансплантатом из левой половины ободочной кишки. После операции умерло 3 пациента (6,38 %), что связано с тяжелым инфекционным процессом. Осложнения после операции наблюдались у 17 больных (36,1 %). Несостоятельность анастомоза выявлена у 4 (20 %) пациентов в группе торакотомии, у 1 (4,5 %) пациента в группе торакоскопии. Стеноз в зоне анастомоза выявлен у 8 (40 %) пациентов в группе торакотомии, у 4 (18,1 %) — в группе торакоскопии. «Утечки» в зоне анастомоза у всех детей излечены с помощью консервативных мероприятий. Послеоперационные стриктуры ликвидированы после 2–3 сеансов дилатационных процедур по проводнику.

Выводы. На современном этапе развития медицины важным фактором является своевременная антенатальная диагностика. Операцией выбора при АП становится наложение прямого торакоскопического анастомоза. При бессвищевой форме атрезии и непреодолимом диастазе сегментов показано разделение трахеопищеводного свища и формирование эзофаго- и гастростомы. При использовании торакоскопического подхода значительно снижается количество послеоперационных осложнений. Оправдано стремление к сохранению собственного пищевода у больных при несостоятельности анастомоза. Консервативная тактика без разрушения эзофагоанастомоза показала обнадеживающие результаты. Послеоперационные стенозы могут быть ликвидированы наиболее безопасным методом бужирования пищевода по струне.

НАШ ОПЫТ ЗАМЕЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Сакуов Ж.Н.¹, Джаналаев Д.Б.², Оспанов М.М.¹, Ольховик Ю.М.², Рустемов Д.З.², Лозовой В.М.¹, Билял Р.А.¹

¹ Национальный научный центр материнства и детства, Корпоративный фонд «University Medical Center», Республика Казахстан, 010000, Нур-Султан, пр. Туран, д. 32;

² Медицинский университет Астана, Республика Казахстан, 010000, г. Нур-Султан, ул. Бейбитшилик, д. 49а

OUR EXPERIENCE WITH ESOPHAGEAL REPLACEMENT IN ESOPHAGEAL ATRESIA

Sakuov Zh.¹, Jenalayev D.², Ospanov M.¹, Olhovich Yu.², Rustemov D.², Lozovoi V.¹, Bilal R.¹

¹ National Scientific Center for Motherhood and Childhood, 32, Turan st., Nur-Sultan city, 010000, Kazakhstan;

² Astana Medical University, 49a, Beybitshilik st., Nur-Sultan city, 010000, Kazakhstan

Цель — поделиться опытом замещения пищевода при атрезии пищевода.

Материалы и методы. За период 2015–2022 гг. на лечении в отделении детской хирургии Национального научного центра материнства и детства КФ «УМС» находились 9 детей (6 мальчиков и 3 де-

вочки) с диагнозом атрезии пищевода, которым наложение первичного эзофаго-эзофагоанастомоза было безуспешным, у двоих отмечался стеноз анастомоза. У 7 детей диагностирован тип С атрезии пищевода по Гроссу, типы А и D — у 2 детей, у 3 детей атрезия пищевода сочеталась с VACTER-ассоциацией. Всем детям была наложена гастростома, 7 пациентам шейная эзофагостома.

Результаты. Колоэзофагопластика проведена 7 детям, пластика пищевода желудком — 2 пациентам. Для оценки результатов использованы: ФЭГДС, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, анкетирование, компьютерная томография по показаниям. У 90 % детей в раннем послеоперационном периоде отмечались свищи колоэзофагеального анастомоза, которые закрылись самостоятельно. У 2 детей отмечался стеноз толстокишечно-пищеводного анастомоза, который требовал проведения бужирования пищевода более двух раз. Проведенное анкетирование и обследование показало, что хороший результат отмечен у одного пациента, удовлетворительный у пяти, неудовлетворительный — у одного. У одного ребенка не прослежен отдаленный результат и 1 ребенок умер в раннем послеоперационном периоде после пластики пищевода желудком, причина смерти — сепсис и полиорганная недостаточность.

Заключение. Пластика пищевода толстой кишкой и желудком позволяет восстановить пассаж пищи у больных, улучшает качество жизни детей, родившихся с атрезией пищевода, способствует их полноценному физическому развитию.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДКОМ ПОСЛЕ ГИБЕЛИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У РЕБЕНКА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Абушкин И.А., Алябьева Г.М., Базалий В.Н.

Городская клиническая больница № 1, Россия, 454080, Челябинск, ул. Воровского, д.16

PLASTIC SURGERY OF THE ESOPHAGUS BY THE STOMACH AFTER THE DEATH OF A COLONIC GRAFT IN A CHILD WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Abushkin I.A., Alyabyeva G.M., Bazaliy V.N.

City Clinical Hospital No. 1, 16, Vorovskogo st., Chelyabinsk, 454080, Russia

Цель. У ряда пациентов с атрезией пищевода оперативное лечение начинается наложением эзофаго- и гастростомы, а в последующем завершается колоэзофагопластикой. В случае неудачной пластики одни хирурги повторно замещают пищевод оставшейся половиной толстой кишки, а другие предпочитают для этой цели перемещение желудка. С учетом редкости такой ситуации анализ жизни каждого пациента с атрезией пищевода, перенесшего две попытки пластики пищевода, представляет интерес.

Материалы и методы. Под наблюдением детского хирурга и гастроэнтеролога в настоящее время находится девочка 14 лет, которой в возрасте 1,5 лет была выполнена пластика пищевода желудком. Ребенок родился с весом 2600 и в первые сутки был оперирован по поводу атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. Из-за большого диастаза между сегментами пищевода операция закончена наложением эзофаго- и гастростомы. Дополнительно выявлена гипоплазия левой почки. В 6-месячном возрасте девочка перенесла острую кишечную инфекцию, наблюдались гипогликемические состояния, в физическом развитии и росте отставала. Ребенку выставлен диагноз: «Фобическое тревожное расстройство, аффективно-респираторные состояния, синдром вегето-висцеральных нарушений. Гипогликемия неэндокринного генеза». В возрасте 1 г. 3 мес. попытка толстокишечной

пластики. На операции выраженный спаечный процесс. Сосудистые аркады толстой кишки хорошие. Вскрыт трансплантат. Наложен толсто-толстокишечный анастомоз «конец-в-конец». Однако перед проведением трансплантата в грудную полость выявлено стойкое отсутствие пульсации его сосудов. Трансплантат удален. Патогистологическое заключение: острое нарушение кровообращения, диффузная гранулоцитарная инфильтрация. Через 3 мес. ребенку выполнена пластика пищевода желудком, проведенным в переднем средостении. Ближайший послеоперационный период гладкий. Ребенок растет в благополучной семье, оба родителя с высшим образованием. На настоящее время девочка наблюдается 13 лет.

Результаты. Ребенок хорошо соблюдает рекомендации дробного питания, сна с возвышенным положением. Девочка нормального питания. В школе учится хорошо. Простудные заболевания не частые. Рвоты и изжоги нет. Зубы и ЛОР-органы здоровые. Часто «кхекает». От эндоскопического, рентгенологического обследования отказались. По назначению гастроэнтеролога курсами получает Нексиум и Гевискон.

Выводы. При потере толстокишечного трансплантата замещение пищевода перемещенным желудком дает неплохой результат. В то же время известно, что субтотальная потеря толстой кишки, например при ее аганглиозе, часто не приводит к существенным нарушениям качества жизни ребенка. Поэтому вопрос, что же лучше при потере толстокишечного трансплантата — вновь использовать толстую кишку или переместить желудок, остается открытым.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА С РЕГИОНАМИ РФ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Подкаменев А.В., Ти Р.А., Кузьминых С.В., Дворецкий В.С., Сырцова А.Р.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова, Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

EXPERIENCE OF INTERACTION OF THE FEDERAL CENTER WITH REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION IN THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Podkamenev A.V., Ti R.A., Kuzminich S.V., Dvoretzkiy V.S., Syrysova A.R.

St. Petersburg State Pediatric Medical University, G.A. Bairov Department of pediatric surgery, 2, Litovskaya st., Saint Petersburg, 194100, Russia

Атрезия пищевода (АП) является крайне сложным пороком развития, а результаты лечения отражают уровень оказания хирургической помощи. Не секрет, что опыт лечения пациентов со сложными пороками развития напрямую коррелирует с результатами лечения, и тем правильнее звучат высказывания о концентрации детей с пороками развития в специализированных лечебных учреждениях.

Хирургическая коррекция АП в Перинатальный центр (ПЦ) СПбГПМУ возобновлена с 2014 г. Начиная с 2018 г. коррекцию АП выполняют торакоскопически. За время работы ПЦ Педиатрического университета прооперировано 48 детей с АП: 17 открытым способом, 31 с использованием минимально-инвазивной методики. За указанный период времени количество детей из регионов РФ составило 46 случаев.

В настоящей работе представлен опыт взаимодействия ПЦ СПбГПМУ с регионами РФ, в основе которого лежат мероприятия по стабилизации ребенка перед транспортировкой, основным звеном которых является наложение декомпрессионной гастростомы по месту рождения ребенка, с последующим переводом его в ПЦ.

Анализ взаимодействия с регионами РФ и лечения детей с АП показал, что данный подход позволил избежать разобщающих операций в регионах при атрезии пищевода, сложных многоэтапных коррекций в будущем, а также существенно снижены риски транспортировки детей.

Полученный опыт лечения детей с атрезией пищевода, объединенный с опытом ведущих экспертов России и зарубежных авторов, помог нам выйти на новый уровень выхаживания и реабилитации детей с этим непростым пороком развития: полный переход к малоинвазивным технологиям, отказ от постановки плеврального дренажа, fast-track-протокол перорального кормления на 5-й день после операции, что сократило время нахождения ребенка в палате реанимации до 6 дней, а применение внутренней тракции (2 случая) при изолированных формах позволило сохранить нативный пищевод.

ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Эргашев Б.Б.¹, Ажимаматов Х.Т.², Гофуров З.И.², Тошбоев Ш.О.²

¹ Республиканский учебно-лечебно-методический центр неонатальной хирургии при Республиканском перинатальном центре, Узбекистан, 100009, Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, д. 223;

² Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, 170100, Андижан, ул. Ю. Атабекова, д. 1

PREVALENCE OF ESOPHAGAL ATRESIA IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Ergashev B.B.¹, Ajimamatov H.T.², Gofurov Z.I.², Toshboev Sh.O.²

¹ Republican Educational, Medical and Methodological Center for Neonatal Surgery at the Republican Perinatal Center, 223, Bogishamol st., Tashkent, 100009, Uzbekistan

² Andijan State Medical Institute, 1, Yu. Atabekova, Andijan, 170100, Uzbekistan

Цель — изучить распространенность атрезии пищевода у новорожденных в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Изучены архивные материалы новорожденных с врожденными пороками развития (ВПР), поступивших в отделение неонатальной хирургии РПЦ МЗ РУз и Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра в период 2015–2019 гг. Включены все случаи атрезии пищевода (АП). Частота и относительный риск рассчитывали по региону, полу, гестационному возрасту, весу при рождении, возрасту матери и сроку беременности. Превалентность (ПР) АП рассчитана путем деления числа живорожденных НР с АП на общее число рождений по 95 % доверительному интервалу (ДИ). Значимость разницы проверяли по критерию χ^2 . Значение относительного риска (ОР) использовали для оценки влияния данного фактора.

Результаты. Всего госпитализированы 3037 новорожденных с ВПР, из них у 1571 (51,7 %) обнаружены различные ВПР пищеварительной системы, в том числе у 234 (14,9 %) детей диагностирована АП. Изолированная АП (тип А) встречалась у 8 (3,41 %) новорожденных, тип В — у 9 (3,85 %), тип D — у 5 (2,14 %) детей. В 212 (90,6 %) случаях диагностирован тип С. АП чаще встречалась у мальчиков (52,6 %). Доля доношенных новорожденных оказалась существенно больше (73,9 %). Количество недоношенных новорожденных среди ВПР желудочно-кишечного тракта составило 28 %. Общая ПР АП составила 2,01 (95 % ДИ 1,92–2,15) на 10 000 рождений. Между исследуемыми регионами наблюдались различия в ПР АП. Самая низкая ПР составила 1,26 (95 % ДИ 0,68–2,35) на 10 000 рождений, что наблюдалось в Навоинской, Ферганской и Бухарской, а самая высокая была в Ташкентской, Наманганской и Андижанской областях — 2,81 (95 % ДИ 2,29–3,45; $p = 0,05$). Достоверных различий в ПР ВПР по регионам не зафиксировано по сравнению со средней ПР по всем регионам. Не выявлены связи между ПР АП и географическим положением региона, а также различия между удаленными и соседними

регионами. Анализ общей ПР ВПР показал статистически значимые различия между разными годами ($p = 0,01$); эти колебания колеблются от 1,71 до 2,90 на 10000 рождений. В то же время не было никаких закономерностей изменения ПР АП с течением времени. Рассчитан ОР АП в зависимости от пола, массы тела новорожденного, возраста матери и беременности. Показано, что на уровне 5 % не было никакого влияния на риск АП, когда возраст матери был менее 19 лет. Однако риск был выше для матерей старше 35 лет (ОР = 1,47; 95 % ДИ 1,24–1,75) и для первых беременностей (ОР = 1,17; 95 % ДИ 1,09–1,25). Также наблюдалось незначительное, но статистически достоверное увеличение риска для мальчиков (ОР = 1,09; 95 % ДИ 1,03–1,17). Максимальный показатель ОР в этом исследовании был для живорожденных с низкой массой тела (ОР = 2,58; 95 % ДИ 2,36–2,82).

Выводы. Общая ПР АП в регионах Узбекистана составила 2,01 на 10000 рождений, с региональными различиями в уровне пороков развития, и не менялась с течением времени. Исследование расширяет доступную эпидемиологическую информацию об АП, что полезно для органов здравоохранения для оптимизации лечения пациентов с ВПР.

ТОТАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Завьялов А.Е., Тен К.Ю., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Россия, 656038, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, д. 40

TOTAL PLASTIC SURGERY OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN

Ten Yu.V., Kozhevnikov V.A., Zavyalov A.E., Ten K.Yu., Elkova D.A.

Altai State Medical University, 40, Lenina st., Altai Region, Barnaul, 656038, Russia

Введение. Актуальность проблемы искусственного пищевода обусловлена сложностью оперативного лечения с наличием большого числа послеоперационных осложнений.

Цель — рационализация подхода к пластике пищевода у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО «Алтайского государственного медицинского университета» с 1984 по 2021 г. оперировано 155 детей, им сделано 159 тотальных пластик пищевода. Возраст детей был от 6 мес. до 17 лет включительно, 86 мальчиков, 69 девочек. У подавляющего большинства детей был диагноз атрезии пищевода, 6 детей с рубцовыми облитерациями органа после химических ожогов, 1 ребенок — после некроза пищевода вследствие ущемленной ложной диафрагмальной грыжи.

Результаты. Всего произведено 159 тотальных пластик пищевода у 155 детей (в двух случаях — некроз трансплантата с влажной гангреней, еще в двух — хроническая рубцовая облитерация трансплантата вследствие хронической ишемии выделенного сегмента кишки). При повторных пластиках пищевода операции проведены через 2 года, при этом отмечен интересный факт: архитектура сосудов и анатомия толстой кишки практически не отличается от первичной картины и проблем выкраивания трансплантата не было. В большинстве случаев (133) в качестве питающей ножки использована *a. colica sinistra*. В двух случаях трансплантат пришлось проводить антиперистальтически с использованием в качестве питающей ножки *a. colica dextra*. В 12 случаях дефект брыжейки после взятия пластического материала не восстанавливали. Целостность толстой кишки восстанавливали однорядным и двурядным швом в равных пропорциях. По отношению к желудку трансплантат проводился ретрогастрально, но у 1/5 больных был использован антегастральный путь ввиду выраженного рубцово-спаечного процесса. Кологастроанастомоз накладывали с созданием антирефлюксной

манжетки по оригинальной методике. У 59 больных была произведена одномоментная пластика пищевода, в остальных случаях операция была проведена в 2 этапа, когда шейный этап откладывали на 3–6 мес., что гарантированно исключает возможность развития медиастинита при несостоятельности швов пищевода с кишкой. Полученные осложнения: влажный некроз трансплантата — 2, хроническая облитерация — 2, частичная дистальная облитерация кишки за грудиной — 3, миграция трансплантата в брюшную полость — 1, стеноз в области кологастроанастомоза — 1, слюнные свищи на шее — 59, стеноз пищевода в области шеи — 15 (8 — повторные операции, 7 — бужирование, из них 2 за нить, 5 — по проводнику).

Выводы. Изучение отдаленных результатов показало, что дети в физическом и психомоторном развитии не отстают от сверстников, качество жизни хорошее. Летальных исходов не было.

ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Красильников А.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Россия, 656038, Алтайский край, Барнаул, пр. Ленина, д. 40

THORACOSCOPY IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORNS

Ten Yu.V., Ten K.Yu., Elkova D.A., Krasilnikov A.A.

Altai State Medical University, 40, Lenina st., Altai Region, Barnaul, Russia

Цель — оценка эффективности хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода посредством торакотомного и торакоскопического доступа по материалам клиники детской хирургии Алтайского края за период 2011–2021 гг.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации новорожденных с атрезией пищевода в клинике детской хирургии Алтайского края. За 2011–2021 гг. в клинику поступило 53 новорожденных с атрезией пищевода.

Результаты. Из 53 клинических наблюдений у 3 новорожденных была бессвищевая форма атрезии пищевода, у остальных детей — атрезия пищевода в сочетании с трахеопищеводным свищем. До 2014 г. включительно всем детям (24 пациента) оперативное вмешательство выполняли посредством боковой правосторонней торакотомии. Торакоскопическую методику начали применять в КГБУЗ «АКЦИОМД» с 2015 г. С 2015 по 2021 г. в клинику поступило 29 новорожденных с атрезией пищевода, 27 из них прооперированы при помощи торакоскопического доступа (произведено клипирование трахеопищеводного свища, наложен прямой эзофаго-эзофагоанастомоз). Двум пациентам с бессвищевой формой атрезии выполнены паллиативные операции (наложение шейной эзофагостомы и гастростомы с последующей пластикой и формированием искусственного пищевода из толстой кишки). Одному ребенку с бессвищевой формой атрезии торакоскопически наложен эзофаго-эзофагоанастомоз. Получены следующие осложнения: слюной свищ — 15 человек (в 100 % наблюдений заживление консервативное), стеноз пищевода — 6 человек (все излечены бужированием), рецидив трахеопищеводного свища — 1 человек, гастроэзофагеальный рефлюкс наблюдался у всех пациентов до 1–3 лет, в более старшем возрасте признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни купировались. В одном случае наблюдалась перфорация трахеи, что, вероятно, связано с баротравмой, ребенок был повторно оперирован, сделана паллиативная операция. Летальный исход в 4 клинических наблюдениях, связан с сопутствующими тяжелыми врожденными пороками развития.

Выводы. В результате применения торакоскопических вмешательств у новорожденных с атрезией пищевода снижается риск летальных исходов, минимизируется послеоперационный болевой синдром, уменьшаются сроки госпитализации детей с данным пороком, достигается хороший косметический эффект, впоследствии значительно повышается качество жизни оперированных пациентов.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА: НАШ ОПЫТ

Распутин А.А.¹, Новожилов В.А.^{1,2}, Козлов Ю.А.³, Черемнов В.С.¹, Барадиева П.Ж.¹

¹ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Россия, 664009, Иркутск, ул. Советская, д. 57;

² Иркутский государственный медицинский университет, Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1;

³ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Россия, 664022, Иркутск, бул. Гагарина, д. 4

THORACOSCOPIC TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA: OUR EXPERIENCE

Rasputin A.A.¹, Novozhilov V.A.^{1,2}, Kozlov Yu.A.³, Cheremnov V.S.¹, Baradieva P.Zh.¹

¹ Irkutsk Municipal Pediatric Clinical Hospital, 57, Sovetskaya st., Irkutsk, 664009, Russia;

² Irkutsk State Medical University, 1, Krasnogo Vosstaniya st., Irkutsk, 664003, Russia;

³ Irkutsk Regional Children's Clinical Hospital, 4, Gagarina boul., Irkutsk, 664022, Russia

Цель — обобщить и проанализировать собственный 16-летний опыт выполнения торакоскопического анастомоза пищевода у детей с различными формами атрезии пищевода.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2021 г. в отделении хирургии новорожденных ОГАУЗ ГИМДКБ находились на лечении 120 пациентов с диагнозом атрезии пищевода, которым была выполнена торакоскопическая реконструкция просвета пищевода. В ходе работы проанализированы такие дооперационные параметры, как тип атрезии, возраст и вес пациентов на момент оперативного вмешательства, наличие сопутствующих пороков развития. Оценивались время операции, симультантные вмешательства, наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также необходимость проведения повторных операций.

Результаты. Тип А атрезии нами выявлен у 7 (5,8 %) пациентов, атрезия пищевода с проксимальным свищем (тип В) зарегистрирован у 3 (2,5 %) детей. Наиболее часто в нашей работе встречался тип С атрезии пищевода — 105 (87,5 %) младенцев. Тип D атрезии пищевода нами обнаружен у 5 (4,2 %) пациентов. Средний возраст на момент операции составил 2,5 (1–9) сут жизни. Средний вес пациентов на момент вмешательства 2650,2 г (1210–3452 г). Сопутствующие аномалии развития встречались у 38 (31,7 %) младенцев. На первое место среди сопутствующих пороков развития вышел врожденный порок сердца — 13 (10,8 %), следующими по частоте встречаемости были сочетанные пороки развития VACTER-синдром — 13 (10,8 %) случаев, сопутствующие кишечные атрезии обнаружены у 6 (5 %) пациентов. Время хирургического вмешательства составило в среднем 71,4 (40–120) мин. У 3 пациентов с сопутствующей атрезией двенадцатиперстной кишки выполнены симультантные оперативные вмешательства, направленные на восстановление проходимости кишечной трубки. Несостоятельность анастомоза пищевода зарегистрирована у 5 (4,2 %) детей. У 2 (1,7 %) пациентов возникла необходимость разобщения пищевода в результате обширной несостоятельности ранее наложенного анастомоза. Реканализация трахеопищеводного свища зафиксирована у 5 (4,2 %) пациентов, в 3 (2,5 %) случаях нами был наложен повторный анастомоз из-за образования псевдодивертикулов в зоне ранее выполненного анастомоза пищевода. Стеноз анастомоза выявлен в 14 (11,7 %) случаях. У 23 (19,2 %) пациентов в послеоперационном периоде возник гастроэзофагеальный рефлюкс, потребовавший дополнительного хирургического вмешательства.

Выводы. Результаты, полученные в ходе нашей работы, в очередной раз подтверждают, что торакоскопический анастомоз пищевода при его атрезии является отличной альтернативой традиционному открытому вмешательству. Минимально-инвазивная хирургия имеет выгодные преимущества по сравнению с открытыми операциями по времени операции, сроках послеоперационного восстановления и отсутствию скелетно-мышечных деформаций в отдаленном периоде.

ЭКСТРАТОРАКАЛЬНАЯ ЭЛОНГАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПО К. KIMURA – ЕСТЬ ЛИ МЕСТО В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА?

Морозов Д.А., Хаспеков Д.В., Айрапетян М.И.

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева – РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова Сеченовского университета, Россия, 125412, Москва, ул. Талдомская, д. 2

EXTRATHORACIC ELONGATION OF THE ESOPHAGUS BY K. KIMURA – IS THERE A PLACE IN MODERN SURGERY OF ESOPHAGEAL ATRESIA?

Morozov D.A., Khaspekov D.V., Ajrapetyan M.I.

Veltischev Research and Clinical Institute for Pediatrics of the Pirogov Russian National Research Medical University, 2, Taldomskaya st., Moscow, 125412, Russia

Цель — провести анализ отдаленных результатов анастомозов пищевода после экстраторакальных элонгаций пищевода по К. Kimura у пациентов с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Представлен анализ лечения трех пациентов с атрезией пищевода, которым были выполнены экстраторакальные элонгации пищевода по методике К. Kimura 7–10 лет назад. Один ребенок имел несостоятельность анастомоза пищевода, двое — атрезию пищевода с большим диастазом. Сопутствующие проблемы: VACTERL-ассоциация (1), синдром Дауна (1), врожденная гидроцефалия (1). Каждому потребовалось три элонгации пищевода в течение 9–12 мес., одному ребенку она выполнена слева. Двоим пациентам анастомоз пищевода сформирован торакоскопически. Проведен анализ техники вмешательства, вариантов осложнений и проблем послеоперационного периода. Во всех наблюдениях возник стеноз пищевода, потребовавший бужирования и баллонной дилатации, двоим детям выполнена фундопликация по Ниссену. Непосредственные результаты операций были оценены как удовлетворительные. В течение 7–10 лет одному ребенку потребовалась пластика пищевода толстой кишкой в зарубежной клинике, двое детей развиваются соответственно возрасту, прием пищи без особенностей.

Выводы. Результаты лечения пациентов с атрезией пищевода по методике К. Kimura могут быть оценены как удовлетворительные. Оперативный прием экстраторакальной элонгации пищевода должен быть в арсенале хирургов и может быть использован в исключительных ситуациях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Мороз С.В., Писклаков А.В., Федоров Д.А., Новиков Б.М., Зайцев Ю.Е., Валл Г.А., Григоренко А.В.
Областная детская клиническая больница, Россия, 644001, Омск, ул. Куйбышева, д. 77

EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Moroz S.V., Pisklakov A.V., Fedorov D.A., Novikov B.M., Zaitsev Yu.E., Vall G.A., Grigorenko A.V.
Children's Regional Clinical Hospital, 77, Kuibysheva st., Omsk, 644001, Russia

Цель — анализ оперативного лечения новорожденных детей с атрезией пищевода в период с 2017 по 2021 г.

Материалы и методы. За 5 лет оперировано 20 детей. Бессвищевая форма диагностирована в 1 случае, у остальных тип IIIb. Детей с низкой массой тела было 9, с очень низкой — 3. Сочетание с дуоденальной непроходимостью — 2 случая, с аноректальным пороком развития — 2 случая. Большинство детей оперировано на 2-е сутки жизни после предоперационной подготовки.

1-я группа: одноэтапная операция с устранением трахеопищеводного свища и наложением прямого эзофагоанастомоза проведена у 13 детей, из них 9 торакоскопически, конверсий не было. Торакотомный доступ выбирался при очень низкой и низкой массе тела. Независимо от доступа, при устранении свища и наложении анастомоза, использован Vicryl 5–0, с установкой назогастрального зонда и плеврального дренажа. В раннем послеоперационном периоде лечение проводили в отделении реанимации с продленной миоплегией от 3 до 5 сут. В 5 случаях, при небольшом натяжении отрезков пищевода, энтеральное кормление начато с 5-х послеоперационных суток.

2-я группа: у 5 детей после торакоскопического устранения трахеопищеводного свища и мобилизации обоих сегментов полученный диастаз (от 20 до 40 мм) не позволил наложить первичный анастомоз. Проведена фиксация дистального или обоих отрезков пищевода к париетальной плевре и наложение гастростомы. В последующем проводилось ежедневное бужирование орального отрезка пищевода для стимуляции его роста в течение 17–35 сут.

3-я группа: у 2 детей с массой 1700 и 1430 г в связи со множественными пороками развития, тяжестью состояния и наличием непреодолимого диастаза отрезков принято решение об отказе от попыток удлинения пищевода. Устранен свищ, наложена гастростома и проксимальная эзофагостома.

Результаты. Всем детям 1-й группы на 7-е сутки проведена контрольная эзофагография. У 2 из 13 детей обнаружена микронесостоятельность анастомоза без клиники медиастинита, потребовавшая отсрочки на 5–7 дней от начала энтерального кормления и удаления плеврального дренажа, без необходимости наложения гастростомы. Более серьезных послеоперационных осложнений не было. Всем детям проведена контрольная фиброэзофагоскопия на 4–5-й неделе жизни с бужированием анастомоза по струне с последующей выпиской на амбулаторный этап. Дальнейшую тактику ведения выбирали в зависимости от выраженности стеноза анастомоза и гастроэзофагеального рефлюкса. Один недоношенный ребенок умер в возрасте 3,5 мес. от сепсиса на фоне тяжелой соматической патологии. Во 2-й группе необходимого для наложения отсроченного анастомоза сближения отрезков не получено, что послужило показанием к наложению проксимальной эзофагостомы. Все дети 2-й и 3-й групп выписаны на амбулаторный этап наблюдения и подготовки к пластике пищевода толстой кишкой.

Выводы. Взвешенный выбор доступа и вида оперативного вмешательства позволил добиться минимального уровня послеоперационных осложнений и летальности. Неудовлетворенность применяемым способом элонгации пищевода требует применения другой методики.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА С 2011 ПО 2021 гг.

Щербинин А.В.¹, Некрасов А.Д.²

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина, Донецкая Народная Республика, 83003, Донецк. пр. Ильича, д.16;

² Республиканская детская клиническая больница, Украина, Донецкая Народная Республика, 83000, Донецк, бул. Шахтостроителей, д.14

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORN FROM 2011 TO 2021

Shcherbinin A.V.¹, Nekrasov A.D.²

¹ M. Gorky Donetsk National Medical University, 16, Iliicha av., Donetsk, 83003, Donetsk National Republic, Ukraine;

² Republican Children's Clinical Hospital, 14, Shakhtostroitelei boul., Donetsk, 83000, Donetsk National Republic, Ukraine

Цель — изучить опыт лечения атрезии пищевода у новорожденных за 10 лет.

Материалы и методы. В Республиканской детской клинической больнице Донецка за период с 2011 по 2021 гг. находились на лечении 47 пациентов с атрезией пищевода и различными вариантами трахеопищеводных свищей. Из них 29 мальчиков (62 %), 18 девочек (38 %). Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем имела место у 42 пациентов (89,5 %), с верхним — у 2 пациентов (4,2 %), с верхним и нижним так же у 2 детей (4,2 %). У 1 ребенка (2,1 %) отмечалась бессвищевая форма атрезии пищевода.

Результаты. Все дети оперированы в первые сутки жизни, после проведения соответствующей предоперационной подготовки. Производилась торакотомия справа, ревизия пищевода, перевязка трахеопищеводного свища при наличии. 39 пациентам (83 %) произведено наложение эзофаго-эзофагоанастомоза «конец-в-конец» однорядным швом. У 8 пациентов (17 %) при невозможности наложения эзофаго-эзофагоанастомоза произведена лапаротомия, наложение гастростомы по Кадеру с лигированием трахеопищеводного свища. Послеоперационные осложнения отмечались у 5 детей (10,6 %). У 4 пациентов (8,5 %) отмечалась несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза. У 1 пациента (2,1 %) имело место нагноение торакотомной раны. За истекший период времени умерли 16 пациентов (34 %). Детей с эзофаго-эзофагоанастомозом через 2 нед. после выписки из отделения направляют на консультацию к эндоскопистам, для решения вопроса о проведении поэтапного бужирования пищевода.

Выводы.

1. Наиболее частый вариант атрезии пищевода — это атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем.

2. К причинам несостоятельности эзофаго-эзофагоанастомоза можно отнести большой диастаз между отрезками пищевода и низкую и экстремально-низкую массу тела пациентов.

3. Высокая летальность связана с тяжелой сопутствующей патологией: пороками сердца, множественными врожденными пороками развития, низкой и экстремально низкой массой тела, а также с генерализацией внутриутробной инфекции.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И СТАТИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ЗА 5 ЛЕТ (С 2017 ПО 2021 Г.)

Кучеров Ю.И., Самороковская М.В., Ампар Ф.Б.

Детская государственная клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Россия, 123317, Москва, Шмитовский проезд, д. 29

ESOPHAGEAL ATRESIA, CLINICAL OBSERVATION AND PATIENT STATISTICS FOR 5 YEARS (FROM 2017 TO 2021)

Kuchеров Yu.I., Samorokovskaya M.V., Ampar F.B.

Children's State Clinical Hospital No. 9 named after G.N. Speransky, 29, Shmitovsky proezd, Moscow, 123317, Russia

Введение. Частой патологией периода новорожденности является атрезия пищевода (АП). На первом месте АП с дистальным трахеопищеводным свищем (86 %), на втором — изолированная форма АП (7 %). Приведены результаты лечения 34 пациентов с АП за 5 лет.

Цель работы — оценить результаты операций у детей с АП.

Материалы и методы. На базе трех медицинских организаций: ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, Щелковского перинатального центра, Неонатального центра «Мать и дитя» в Лапино, под нашим наблюдением находились 34 пациента. Операции выполнены у 27 девочек (79 %) и 7 мальчиков (21 %). Оперировали детей с низкой массой тела — 18 (53 %), нормальной массой тела — 16 пациентов (47 %). Диастаз между концами пищевода составил от 1 до 4 см у 27 пациентов (79 %), от 5 до 7–8 см — у 7 (20 %). Всего выполнено операций с наложением прямого эзофаго-эзофаго-анастомоза (ПЭ) у 29 пациентов (85 %), у 5 пациентов (14 %) в новорожденности сформирована эзофаго- и гастростома. 4 пациентам (11 %) — дети с низкой массой тела и сопутствующей патологией — выполнена торакоскопия с клипированием трахеопищеводного свища, гастростомией. При стабилизации состояния отсроченная операция — реторакоскопия, наложение ПЭ, время отсроченного вмешательства от 1 до 2 мес.

Результаты исследования. По результатам операций первичное заживление ПЭ у 25 пациентов (73 %), у 5 пациентов (14 %) в связи с большим диастазом наложена эзофаго- и гастростома — выполнена колоэзофагопластика. У 2 пациентов (6 %) стеноз в зоне анастомоза — потребовалось бужирование пищевода, анастомоз выполнен при большом диастазе (5,0 см). У 2 пациентов (6 %) реканализация ТС. Ни у кого из 30 пациентов несостоятельности анастомоза не отмечено. Из 5 детей после колоэзофагопластики у 2 несостоятельность колоэзофагоанастомоза, у 2 пациентов стеноз на уровне колоэзофагоанастомоза. 1 пациент с некрозом трансплантата, выполнена повторная операция — гастрозофагопластика. 4 пациентам (11 %) выполнено наложение отсроченного ПЭ. У 23 пациентов (67 %) с АП выявлена разнообразная сопутствующая патология. У 11 пациентов (32 %) при рождении только АП, без сопутствующей патологии.

Выводы. Лечение детей с АП является сложной и нерешенной проблемой. Сложности возникают, когда диастаз более 4 см, и при лечении детей с низкой массой тела. В случае небольшого диастаза эти дети плохо переносят операции в связи с сопутствующей патологией. Главная сложность в том, что аборальный конец пищевода диспластичный, нарушение развития достаточного мышечного слоя пищевода для наложения ПЭ, есть высокий риск несостоятельности анастомоза. Одна из проблем — наличие широкого трахеопищеводного свища, есть риск разрыва желудка. В последнее время мы отказались от наложения ПЭ у детей маловесных, с сопутствующей патологией и в нестабильном состоянии.

В данном случае мы применяем клипирование трахеопищеводного свища и наложение гастростомы. Наложение ПЭ в сроке от одного до двух месяцев при стабилизации состояния ребенка. У нас нет опыта применения операций пролонгации пищевода при большом диастезе — развитие склеротических изменений в месте растяжения тканей способствует формированию протяженных стенозов пищевода не поддающихся бужированию.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА АТЛАСА ПЕРСОНАЛЬНОЙ АНАТОМИИ SKIAATLAS В ВОПРОСАХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Щеглов Б.О., Сичинава З.А.

Дальневосточный федеральный университет, Россия, 690091, Владивосток, ул. Суханова, д. 8

CAPABILITIES OF THE SKIAATLAS PERSONAL ANATOMY COMPUTER SOFTWARE FOR PREOPERATIVE PLANNING AND TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS

Shcheglov B.O., Sichinava Z.A.

Far Eastern Federal University, 8, Sukhanova, Vladivostok, 690091, Russia

Введение. Цифровые технологии не стоят на месте и оказывают огромное влияние на развитие медицины. Так, благодаря созданию стандарта DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) появилась возможность передачи данных в любую точку планеты, которые при загрузке в специализированные программы могли бы быть интерпретированы врачами-диагностами и клиницистами с учетом их специфики знаний. Одним из таких цифровых проектов является атлас персональной анатомии SkiaAtlas — веб-приложение, предназначенное для обучения студентов медицинских вузов радиологической анатомии путем загрузки данных снимков лучевых исследований такого формата с возможностью их 3D-реконструкции и наложения фильтров для сегментации органов на них.

Цель — изучение возможностей применения веб-атласа SkiaAtlas в вопросах 3D-реконструкции снимков лучевой диагностики и их использования в предоперационном планировании и обучении студентов медицинских вузов.

Материалы и методы. В ходе исследования были анализированы снимки компьютерной и магнитно-резонансной томографии пациентов, перенесших переломы костной системы различной локализации, заболевания желудочно-кишечного тракта, включая врожденные пороки развития кишечной трубки и других органов брюшной полости.

Результаты. Была проведена онлайн-3D-реконструкция патологически измененных органов. Создание модели произведено с обработкой последовательности снимков по шкале Хаунсфилда по тэгу (0018,9715), а окружающий воздух был убран с использованием линейной фильтрации. Далее снимки были интегрированы в единый макет с использованием алгоритма «бегущих кубов». Для визуализации 3D-модели патологического очага были рассчитаны показатели плотности и размеров согласно топографии пораженного органа. Результаты работы данной программы были представлены на конференции «Инновации и технологии в биомедицине» Дальневосточного федерального университета (Владивосток).

Заключение. В данном исследовании была рассмотрена методология обработки снимков в DICOM-формате с использованием цифровых методов визуализации и алгоритмов 3D-реконструкции и управления внутренней документацией и метаданными файлов лучевой диагностики при помощи атласа персональной анатомии SkiaAtlas. Применение данного программного комплекса позволяет достаточно

точно определять локализацию патологических включений с их визуализацией и облегчает работу врача-клинициста хирургического профиля, а также в качестве интерактивного дистанционного тренажера при отработке лечебно-диагностических навыков и для обучения студентов и интернов.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО НАЛИЧИЮ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ СОПУТСТВУЮЩИХ ЛЕГОЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Щеглов Б.О., Сичинава З.А.

Дальневосточный федеральный университет, Россия, 690091, Владивосток, ул. Суханова, д. 8

REVIEW OF LITERATURE ON THE PREVALENCE OF CONGENITAL OESOPHAGUS ATRESIA IN CHILDREN WITH TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA IS ASSOCIATED WITH PULMONARY AND VASCULAR DISEASE ACCORDING TO CHEST CT DATA

Shcheglov B.O., Sichinava Z.A.

Far Eastern Federal University, 8, Sukhanova st., Vladivostok, Russia

Актуальность. Атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом (АПсТС) связана со многими врожденными и сосудистыми пороками развития. Однако в современных исследованиях отсутствуют точные данные, подтвержденные с использованием методов инструментальной диагностики — компьютерной томографии (КТ) и компьютерной томографической ангиографии (КТА) органов грудной клетки.

Цель — обзор литературы, связанной с пациентами, имеющими АПсТС, и ее связи с легочными и сосудистыми аномалиями посредством наличия соответствующих рентгенологических исследований.

Материалы и методы. В ходе исследования была отобрана литература из международных баз данных PubMed и Copernicus. Отбор производили по следующим ключевым словам: «esophageal atresia» — «атрезия пищевода», «esophageal atresia with tracheoesophageal fistula» — «атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом», «congenital atresia» — врожденная атрезия. В ходе исследования было отобрано 9 оригинальных статей — клинических случаев. Одним из признаков отбора было наличие результатов последней КТА или КТ органов грудной клетки, данные пола/возраста, результаты бронхоскопии и соотношение площади просвета трахеи между инспираторными и экспираторными КТА-изображениями.

Результаты. В ходе отбора литературы были исследованы результаты КТ органов грудной клетки 24 пациентов с врожденной АПсТС. У 4 пациентов (17 %) были бронхоэктазы. Из контрастных КТ 14 (58 %) человек имели сосудистую аномалию и 15 (63 %) продемонстрировали компрессию трахеи. У 9 пациентов (37 %) были обнаружены трахеомалации по объемным экспираторным изображениям трахеи.

Заключение. Обзор литературы показал, что сосудистые аномалии, изменяющие биомеханику дыхательных путей, вместе с легочными патологиями, довольно часто встречаются у пациентов детского возраста с врожденным АПсТС. При этом для пациентов с персистирующими респираторными симптомами КТА органов грудной клетки следует рассматривать как дополнительный метод к бронхоскопии, чтобы помочь в консервативном и хирургическом лечении детей с данной врожденной патологией.

ОБЗОР ЗНАЧЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Щеглов Б.О., Сичинава З.А.

Дальневосточный федеральный университет, Россия, 690091, Владивосток, ул. Суханова, д. 8

REVIEW OF THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN PATIENTS IS CONNECTED WITH TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA IN THE PREOPERATIVE PERIOD

Shcheglov B.O., Sichinava Z.A.

Far Eastern Federal University, 8, Sukhanova st., Vladivostok, Russia

Актуальность. Высокие заболеваемость и смертность, связанные с атрезией пищевода со свищом или без него, делают лечение пациентов с этой врожденной аномалией сложной задачей для детского хирурга. Связано это с анатомическими факторами, не учитываемыми в различных прогностических классификациях. Дооперационная оценка таких случаев с помощью компьютерной томографии (КТ) использовалась различными исследователями для определения этих факторов.

Цель — обзор литературы, посвященной оценке полезности применения КТ в дооперационном периоде.

Материалы и методы. Проведен поиск литературы по всем рецензируемым статьям, опубликованным по дооперационной компьютерной томографии (КТ) в случаях трахеопищеводной фистулы, с использованием поисковых систем PubMed и Copernicus. Ключевые слова включали «tracheoesophageal fistula» — «трахеопищеводный свищ», «computed tomography» — «компьютерная томография», «virtual bronchoscopy» — «виртуальная бронхоскопия» и «3D computed tomographic reconstruction» — «трехмерная компьютерная томографическая реконструкция». Всего для анализа было отобрано 6 оригинальных/клинических исследований.

Результаты. В большинстве исследований, включавших 16 пациентов, наблюдения особенностей анатомической структуры, отмеченные во время проведения предоперационной КТ, подтвердились в интраоперационном периоде. Значение дооперационной КТ-3D-реконструкции для оценки пациентов с атрезией пищевода и трахеопищеводным свищом было показано при применении у 7 пациентов, у 1 пациента свищ не удалось идентифицировать перед операцией с помощью КТ. В одном исследовании была обнаружена разница в 0,43 см длины интраоперационного промежутка по сравнению с данными КТ по сравнению с ± 2 мм. Только в трех исследованиях была показана хирургическая целесообразность предоперационной КТ, и план операции изменился на основании этих результатов.

Заключение. Целесообразность применения КТ в дооперационном периоде при трахеопищеводных свищах является спорной. Полученная неполная клиничко-диагностическая информация может помочь в изменении тактики проведения хирургического вмешательства, но может быть успешно интерпретирована в интраоперационном периоде с помощью осторожного и тщательного хирургического вмешательства. Соответственно, использование предоперационной компьютерной томографии не может быть обобщено и протоколировано в качестве стандарта лечения при атрезии трахеопищевода в связи с его неполной эффективностью и повышенным риском радиационного повреждения организма.

СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Румянцева Г.Н.^{1,2}, Бревдо Ю.Ф.², Трухачев С.В.², Светлов В.В.², Буровникова А.А.^{1,2},
Портенко Ю.Г.², Киреенко И.С.¹

¹ Тверской государственный медицинский университет, Россия, 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4;

² Детская областная клиническая больница, Россия, 170100, Тверь, ул. Степана Разина, д. 23

STATE OF SURGICAL CARE FOR NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA IN THE TVER REGION

Rumyantseva G.N.^{1,2}, Brevdo Yu.F.², Trukhachev S.V.², Svetlov V.V.², Burovnikova A.A.^{1,2},
Portenko Yu.G.², Kireenko I.S.¹

¹ Tver State Medical University, 4, Sovetskaya st., Tver, 170100, Russia;

² Children's Regional Clinical Hospital, 23, Stepana Rasina, Tver, 170100, Russia

Цель — анализ эволюционных изменений и их результатов в оказании хирургической помощи новорожденным с атрезией пищевода.

Материалы и методы. С 1999 г. по январь 2022 г. в Детской областной клинической больнице Твери находился на лечении 71 новорожденный с атрезией пищевода: 37 мальчиков (52,1 %) и 34 девочки (47,9 %). Большинство детей поступило из родильных отделений ЦРБ Тверской области — 43 младенца (60,6 %), из Твери — 28 (39,4 %). Ни в одном случае диагноз не был выявлен пренатально, несмотря на наличие косвенного признака порока — многоводия. 36 (50,7 %) детей родились доношенными, 35 (49,3 %) — недоношенными; с нормальной массой тела при рождении (>2500 г) — 38 человек, с низкой массой тела (1500–2500 г) — 32, очень низкой (1123 г) — 1. Сочетанные пороки встречались у 21 ребенка (29,6 %): врожденный порок сердца — 11, атрезия ануса — 6, высокая кишечная непроходимость — 3, синдактилия — 1, крипторхизм — 1, гипоспадия — 1, незаращение урахуса — 1, синдром Дауна — 2. У большинства детей диагностирована атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем (ТПС) — 64 (90,1 %), без свища — 5 (7,1 %), с верхним и нижним ТПС — 1 (1,4 %), изолированным ТПС — 1 (1,4 %). Виды выполненных операций: торакомедиастинотомия экстраплевральная, ликвидация свища, наложение эзофаго-эзофагоанастомоза — 30 детей, с 2016 г. выполняется торакоскопия, ликвидация свища, наложение эзофаго-эзофагоанастомоза — 8 детей; 13 детям при поступлении наложена гастростома и на 3–14-е сутки выполнена торакомедиастинотомия, ликвидация свища и наложение эзофаго-эзофагоанастомоза; 13 детям — торакомедиастинотомия и 1 торакоскопия, перевязка ТПС, эзофаго-эзофагоанастомоз наложить не удалось из-за непреодолимого дистаза (пяти из этих детей в возрасте 2–2,5 мес. наложен отсроченный анастомоз пищевода). Всем пяти детям с атрезией пищевода без свища наложена гастростома, двоим из них в сочетании с шейной эзофагостомой. В дальнейшем направлены в Федеральные центры для пластики пищевода. Ребенку с изолированным ТПС выполнена перевязка свища из шейного доступа. В послеоперационном периоде при благоприятном течении на 7–8-е сутки — контрастное исследование пищевода, начало энтерального питания. На 21-е сутки — ФЭГДС, профилактическое бужирование.

Результаты. Осложнения: в дооперационном периоде у 2 детей отмечался разрыв желудка; в послеоперационном: несостоятельность анастомоза — 6 случаев (в четырех — консервативное лечение, в двух потребовалось ушивание дефекта пищевода); стеноз пищевода — 10 пациентов (четырем наложена гастростома для бужирования за нить); рецидив ТПС — 2, направлены в Федеральные

центры; гастроэзофагеальный рефлюкс, потребовавший оперативного лечения — 3 (выполнена фундопликация по Ниссену); деформация грудной клетки — 3. Летальность — 9 детей (12,6 %), после тораскопии — 0.

Выводы. Произшедший эволюционный переход от агрессивной коррекции порока путем торакотомии до применения малоинвазивной технологии тораскопии требует накопления опыта подобных вмешательств и проверки временем их отдаленных результатов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Дженалаев Б.К.¹, Досмагамбетов С.П.¹, Тусупкалиев А.Б.¹, Колобовский В.И.², Бисалиев Б.Н.¹, Ильясов М.Т.², Абдуллаева Г.З.², Есеналина Н.С.¹

¹ Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Казахстан, 03000, Актобе, ул. Маресьева, д. 68;

² Центр охраны материнства и детства, Казахстан, 03000, Актобе, Промзона, д. 471А

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ESOPHAGEAL ATRESIA IN CHILDREN

Dzhenalaeв B.K.¹, Dosmagambetov S.P.¹, Tusupkaliev A.B.¹, Kotlovsky V.I.², Bisaliev B.N.¹, Ilyasov M.T.², Abdullaeva G.Z.², Esenalina N.S.¹

¹ West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov, 68, Maresieva st., Aktobe, 03000, Uzbekistan;

² Center for the Protection of Motherhood and Childhood, 471A, Promzona, Aktobe, 03000, Uzbekistan

Цель — изучить результаты диагностики и лечения послеоперационных осложнений при атрезии пищевода у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения послеоперационных осложнений атрезии пищевода у 18 детей, находившихся на лечении в клинике детской хирургии Западно-Казахстанского медицинского университета им. Марата Оспанова с 2017 по 2021 г.

Результаты. Все новорожденные дети с атрезией пищевода поступили из родильных учреждений 3-го уровня регионализации перинатальной помощи. Торакотомия, эзофагоанастомоз «конец-в-конец» выполнены 12 новорожденным, наложение эзофагоанастомоза торакоскопическим доступом — 6 новорожденным. В послеоперационном периоде у 4 (22 %) детей на 5–7-е сутки после операции развилась несостоятельность анастомоза, которая проявилась поступлением слюны по дренажу и установлена затеканием контраста в средостение при эзофагографии. У 8 (44 %) детей в сроки 21–30 дней после операции развился стеноз анастомоза. При этом клинически отмечалось нарушением прохождения молока по пищеводу. Эзофагоскопия и контрастное исследование пищевода позволили установить степень нарушения проходимости пищевода.

При несостоятельности анастомоза проводили дренирование заднего средостения и наложение гастростомы по Кадеру. Бужирование пищевода по проводнику выполняли при сужении диаметра анастомоза менее 50 %, но более 25 % диаметра. При более выраженном сужении анастомоза, которое клинически проявлялось затруднением глотания, аспирацией, отсутствием прибавки веса, проведение слепого бужирования представляло опасность перфорации пищевода. В этих случаях предварительно накладывали гастростому для кормления ребенка, проведения нити и последующего бужирования пищевода за нить.

Выводы. Основной причиной развития послеоперационных осложнений при атрезии пищевода является натяжение зоны анастомоза. Бужирования пищевода по проводнику и за нить приводит к восстановлению его проходимости. Дренирование заднего средостения, профилактика желудочно-пищеводного рефлюкса и антибиотикотерапия приводят к купированию медиастинита при несостоятельности пищеводного анастомоза.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кусаинов А.З., Турсунов К.Т., Курманалиев М.Б., Мырзахмет С.А.

Детская городская клиническая больница № 1, Казахстан, 050040, Алматы, ул. Манаса, д. 40

THORACOSCOPIC CORRECTION OF THE ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORNS

Kusainov A.Z., Tursunov K.T., Kurmanaliev M.B., Myrzakhmet S.A.

Children's City Clinical Hospital No. 1, 40, Manasa st., Almaty, 050040, Kazakhstan

Цель — изучить эффективность торакоскопической коррекции (ТК) атрезии пищевода у новорожденных.

Материалы и методы. В 2013–2019 гг. в ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи» УЗ г. Алматы находился 51 новорожденный с атрезией пищевода (АП) с гестационным возрастом от 30 до 41 нед., из них 17 недоношенных (33,5 %). Масса тела при рождении от 670 до 4340 г. Данная патология в 42 (82,4 %) случаях диагностирована в антенатальном периоде. В 7 (13,7 %) наблюдениях АП диагностирована после родов. У 2 (3,9 %) новорожденных в родильных домах АП установлена поздно.

В комплексе диагностических мероприятий проводили нейросонографию, по показаниям Эхо-КТ, доплерографию сосудов сердечно-сосудистой системы, УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки, эзофагографию, консультацию неонатолога, невропатолога.

Согласно классификации Gross в 49 (96,1 %) наблюдениях выявлены нижний тархеопищеводный свищ (ТПС) и только у 2 (3,9 %) — без свища пищевода с трахеей (D). В 15 (29,4 %) случаях АП сочетались с врожденными пороками сердца, врожденными пороками желудочно-кишечного тракта, костной системы и др.

Результаты. У 46 (90,2 %) пациентов после предоперационной подготовки выполнена торакоскопическая коррекция АП, наложен анастомоз «конец-в-конец» и проведено дренирование плевральной полости. Диастаз между концами пищевода не превышало 1,5–3 см. В одном случае торакоскопическая коррекция АП сочеталась с наложением дуодено-дуоденоанастомоза по поводу непроходимости двенадцатиперстной кишки, в другом — у ребенка с аноректальным пороком проводили промежностную проктопластику по А. Рена.

Из 2 (3,9 %) детей с бессвищевой АП одному из-за диастазы более 3,5 см наложена двойная эзофагостомия по Баирову, второму — гастростомия по Кадеру, затем выполнена отсроченная торакоскопическая коррекция ТПС.

У остальных 3 (5,8 %) пациентов с некоррегируемыми сочетанными врожденными пороками развития и внутриутробным сепсисом состояние оценено как инкурабельное.

Результаты. Из 48 оперированных пациентов в 5 (10,4 %) наблюдениях после операции отмечалась несостоятельность анастомозов. У 3 детей свищи закрылись в результате консервативного

лечения. Остальным 2 пациентам в связи с развитием медиастинита произведена двойная эзофагостомия по Баирову, один из них умер, другой выздоровел. Следует отметить, что в 2019–2020 гг. несостоятельность анастомоза отмечена только в одном наблюдении, что связано с повышением квалификации неонатальных хирургов.

В 14 (29,1 %) случаях при эзофагографии, сделанной на 21-е сутки, установлены формирующийся стеноз зоны анастомоза, который в последующем потребовал программного бужирования.

Кроме вышеуказанного одного ребенка с несостоятельностью анастомоза, после операции умерли еще 3 новорожденных с сочетанными врожденными пороками развития и критической массой тела. В целом послеоперационная летальность отмечена в 4 (8,4 %) наблюдениях.

Выводы. В настоящее время торакоскопической коррекции является методом выбора хирургического лечения АП, который в значительной степени снижает летальность. Выздоровление после ТК АП по нашим данным составляет 32 (91,6 %) новорожденных.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Имомкулов Х.Д.¹, Индроква С.Б.²

¹ Республиканская детская клиническая больница, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, 360032, Нальчик, ул. Шогенова, д. 4;

² Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Россия, Кабардино-Балкарская Республика, 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173

TREATMENT OF CHILDREN WITH ECHINOCOCCOSIS IN THE KABARDINO-BALKARIAN REPUBLIC

Imomkulov Kh.D.¹, Indrokov S.B.²

¹ Republican Children's Clinical Hospital, 4, Shogenova st., Nalchik, 360032, Kabardino-Balkarian Republic, Russia;

² Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov, 173, Chernyshevskogo st., 360004, Kabardino-Balkarian Republic, Russia

Цель — изучить результаты лечения детей с эхинококковым поражением внутренних органов, эффективность использования эндохирургических технологий в лечении данного заболевания.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы Нальчика в период с 2010 по 2021 г. было пролечено 57 пациентов с поражением эхинококком легких, печени, селезенки (включая детей с эхинококковыми кистами нескольких органов и множественными кистами одного органа). Возраст детей от 3 до 16 лет. У 18 детей жалоб не было, заболевание было выявлено случайно, при проведении УЗИ-скрининга. У 39 детей отмечались жалобы на утомляемость, боли в животе. При поступлении всем детям проводили: УЗИ-исследование, МСКТ брюшной полости или грудной клетки, антитела к эхинококку. До 2016 г. оперативные вмешательства проводили открыто. С 2017 г. 14 больных с поражением печени и 5 больных с поражением легких оперированы лапароскопически и торакоскопически. В ходе операции после визуализации эхинококковой кисты путем прокола фиброзной капсулы проводили аспирацию эхинококковой жидкости, вскрывали фиброзную капсулу, удаляли хитиновую оболочку, полость кисты обрабатывали горячим раствором глицерина, 5 % раствором йода. Полость кисты дренировали широкой трубкой, через отдельный прокол фиксировали к коже. Дренаж удаляли после прекращения отделяемого. Оперативные вмешательства проводили после назначения антипаразитарной терапии длительностью по основной схеме: 3 курса по 28 дней

с двухнедельным перерывом. Детям с осложненными кистами проводили 1 или 2 курса в предоперационном периоде, с последующей терапией в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде всем детям также назначалась антигельминтная терапия. Детей в последующем приглашали для обследования через 3, 6 и 12 мес. после операции.

Результаты. Основные результаты научно-исследовательской работы внедрены в практику хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы.

Выводы.

1. В пред- и послеоперационном периоде у детей с эхинококковыми кистами разных локализаций и любых размеров необходимо назначать антигельминтную терапию, которая уменьшает частоту рецидивов эхинококкоза, способствует гибели паразита, препятствует распространению заболевания.

2. Послеоперационный период после эндоскопических операций протекал значительно легче, чем после полостных операций.

3. Считаю важным в эндемичных районах проводить обязательное УЗИ печени у всех детей от 3 лет и старше 1 раз в год, так как в этом возрасте процент заболевания наиболее высок.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Турсунов С.Э., Баратов У., Ахмедов Ю.М.
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан, 140100, Самарканд,
ул. Амира Тимура, д. 18

ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL STATUS IN NEWBORN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Mavlyanov F.Sh., Mavlyanov Sh.Kh., Tursunov S.E., Baratov U., Akhmedov Yu.M.
Samarkand State Medical Institute, 18, Amira Timura st., Samarkand, 140100, Uzbekistan

Цель — изучить диагностические возможности оценки жирового компонента массы тела у новорожденных с атрезией пищевода.

Материалы и методы. В исследование были включены 23 новорожденных: 10 мальчиков и 13 девочек. Детей отбирали по клиническим и рентгенологическим признакам различных видов атрезии пищевода. Измерения толщины кожных складок проводили на правой стороне тела с помощью пружинного полуавтоматического калипера FatTrack (Accu-Measure, США). Измерения выполняли в пяти стандартных точках: в области груди, над трицепсом плеча (по середине между акромиальным и локтевым отростками) при опущенной и расслабленной руке, на расстоянии 2 см от нижнего угла лопатки, над гребнем подвздошной кости, на середине передней поверхности бедра. Для снижения вероятности технических ошибок все измерения проводил один человек при помощи одного прибора. Фиксировали абсолютные значения толщины складок.

Результаты. При сопоставлении результатов калиперометрии у мальчиков и девочек было отмечено, что значения толщины кожно-жировых складок у девочек достоверно не отличаются от соответствующих значений у мальчиков. Результаты измерения были следующими: значения калипера в области груди в среднем равнялись 48,68, над трицепсом плеча — 47,95, у угла лопатки — 48,42, над гребнем подвздошной кости — 48,48 и на середине поверхности бедра — 46,86. Средний вес — 2912 г, рост — 48,63 см.

Обсуждение. В связи с отсутствием на практике единого подхода к оценке расстройств питания, своевременной коррекции у новорожденных с хирургическими заболеваниями в периоперационном периоде настоящая работа актуальна для педиатрии и детской хирургии. Более значимой проблемой следует считать сложности, возникающие при интерпретации результатов калиперометрии, обусловленные в первую очередь отсутствием единых нормативов, полученных с помощью современных портативных калиперов у детей периода новорожденности.

Заключение. В ходе исследования было доказано, что калиперометрия, выполняемая с помощью портативных полуавтоматических калиперов, является объективным и доступным методом количественной оценки жирового компонента массы тела. Такие факторы, как масса тела при рождении, оценка жирового компонента массы тела у новорожденных детей с хирургической патологией, позволяют прогнозировать течение послеоперационного периода и становятся целевыми ориентирами интенсивной терапии критических состояний.

БУЖИРОВАНИЕ КАК НЕОБХОДИМОСТЬ ДИЛАТАЦИИ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА

Кензина О.И.^{1,2}, Чудаков В.Б.², Аболина Т.Б.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3;

² Областная детская больница, Россия, 620149, Екатеринбург, ул. С. Дерябиной, д. 32

THE BOUGIENAGE IS NECESSARY METHOD OF ESOFAGUS'S DILATATION AFTER ESOFAGO-ESOFAGO ANASTOMOSIS

Kenzina O.I.^{1,2}, Chudakov V.B.², Abolina T.B.¹

¹ Ural State Medical University, 3, Repina st., Yekaterinburg, 620028, Russia;

² Regional Children Hospital, 32, S. Deryabinoi st., Yekaterinburg, 620149, Russia

Цель — сравнить результаты дилатации пищевода в послеоперационном периоде при различных методах бужирования.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 50 пациентов, пролеченных в период с 01.01.2016 по 31.12.2021 в отделении хирургии новорожденных Областной детской больницы Екатеринбурга. Среди них было 26 (52 %) мальчиков, 24 девочки (48 %). У всех детей был С-вариант порока развития — атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. Всем пациентам проведена торакотомия, перевязка трахеопищеводного свища, формирование прямого эзофаго-эзофагоанастомоза. У одного ребенка была попытка проведения торакоскопии, с последующей конверсией на торакотомию. Диагноз стеноза анастомоза установлен на 12-е ($\pm 3,5$) сутки рентгенологически. У 34 (68 %) пациентов сонографически и рентгенологически установлено наличие гастроэзофагеального рефлюкса. Бужирование начато с 15 ± 1 сут после операции. Все дети были разделены на 3 группы: 1-я группа — дети, которым проводили исключительно прямое бужирование гибкими бужами, 2-я группа — дети, которым требовалось бужирование по струне, 3-я группа — пациенты, которым проводили бужирование за нить. Этап бужирования проходил в стационаре и продолжен амбулаторно.

Результаты. У 20 (40 %) детей, у которых пищевод был сформирован без натяжения, но в послеоперационном периоде развился стеноз анастомоза, бужирование пищевода гибкими пищеводными бужами позволило достичь возрастного диаметра в течение 6 ± 1 нед. У 16 (32 %) младенцев

попытка проведения первого антеградного бужирования была неудачной, что потребовало бужирования по струне и позволило в течение 14–19 дней восстановить полный объем энтерального питания. 14 (28 %) пациентам с декомпенсированным стенозом, обусловленным частичной несостоятельностью анастомоза (3 пациента, 6 %) или выраженным натяжением атрезированных сегментов пищевода, была проведена гастростомия и бужирование за нить. Чаще всего у таких пациентов были трудности при бужировании напрямую и по струне, выраженный аспирационный синдром, высокие риски при бужировании напрямую, либо по струне. 47 (94 %) пациентов выписаны домой, энтеральное кормление у них расширено до возрастного объема, купирован аспирационный синдром и дисфагия, остальные 3 пациента (6 %) переведены в соматические отделения для дальнейшего лечения сопутствующей патологии. Длительность стационарного лечения пациентов варьировала от 19 до 110 дней, в среднем составляло 36 дней. Осложнений при бужировании не было.

Выводы. Дети с малой массой тела и большим диастазом между сегментами при формировании эзофаго-эзофагоанастомоза требуют обязательного проведения дилатации пищевода методом бужирования. У большинства детей независимо от метода бужирования восстановлена функция пищевода. Преимуществом бужирования по струне является раннее формирование соответствующего возрасту просвета пищевода.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжиева А.М.¹, Токторова А.К.²

¹Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Кыргызстан, Бишкек, ул. Байтик Баатыра, д. 8а

²Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Кыргызстан, Бишкек, пр. Ч. Айтматова, д. 1

INJURY TO THE ABDOMINAL ORGANS IN CHILDREN

Khojiev A.M.¹, Toktorova A.K.²

¹City Children's Clinical Emergency Hospital, 8a, Baitik Baatyr st., Bishkek, Kyrgyzstan;

²B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, 1, Ch. Autmatova av., Bishkek, Kyrgyzstan

Цель — изучение сравнительных данных повреждения внутренних органов в детском возрасте.

Материалы и методы. Изучены 27 историй болезни детей, пролеченных в отделении неотложной хирургии Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи Бишкека в 2019–2021 гг. Проанализированы анамнез болезни, данные осмотра, общеклинические анализы, УЗИ и рентгенологические методы исследования.

Результаты. Мальчиков было 15 (55,6 %), девочек — 12 (44,4 %), в возрасте: до 3 лет — 5 (18,5 %), 3–7 лет — 9 (33,3 %), 7–15 лет — 13 (48,1 %) человек. По характеру обстоятельств травм причиной были: падение с высоты — у 9 (33,3 %), автотравмы — у 7 (25,9 %), случайные удары во время игры, качели — у 4 (14,8 %), падение кирпича, с забора — у 3 (11,1 %), во время спортивных занятий — у 3 (11,1 %), ножевые ранения — у 1 (3,7 %) пациента. Во время оперативных вмешательств обнаружены повреждения: печени — у 6 (22,2 %), селезенки — у 10 (37 %), кишечника — у 3 (11,1 %), сочетанные — у 8 (29,7 %) детей. Как видно, на первом месте находятся повреждения селезенки, что подтверждается многими литературными данными. При повреждении селезенки в зависимости от характера разрыва у 8 пациентов удалось ушивание разрыва, в 2 случаях спленэктомия с подшиванием

кусочка селезенки к воротам селезенки. Сочетанные повреждения наблюдались при падении с высоты в 2 случаях, автотравме — в 4, пулевом и ножевом ранении — по 1 случаю. Летальный исход отмечен в 2 случаях (7,4 %) при сочетанных травмах.

Выводы. При травмах внутренних органов у детей чаще всего повреждается селезенка (37 %).

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Токторова А.К.¹, Ходжиева А.М.², Мыкыев К.М.^{1,2}

¹ Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Кыргызстан, Бишкек, ул. Байтик Баатыра, д. 8а

² Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Кыргызстан, Бишкек, пр. Ч. Айтматова, д. 1

INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

Toktorova A.K.¹, Khojiev A.M.², Mykiev K.M.^{1,2}

¹ City Children's Clinical Emergency Hospital, 8a, Baitik Baatyra st., Bishkek, Kyrgyzstan;

² B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University, 1, Ch. Autmatova av., Bishkek, Kyrgyzstan

Цель — изучение клинических данных инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы. Изучены истории болезни детей, прооперированных в 2017–2021 гг. в отделении неотложной хирургии Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи Бишкека. Проанализированы анамнез, объективные исследования, общеклинические анализы, УЗИ и рентгенологические исследования.

Результаты исследования. Всего госпитализирован 231 ребенок с инвагинацией кишечника, консервативное лечение получали 125 (54,1 %) человек, 106 пациентов прооперированы. За 2017–2021 гг. с неотложными хирургическими патологиями прооперированы 4954 пациентов, инвагинации кишечника составили 2,1 %. Возраст детей: до 1 года — 81 (76,4 %), до 3 лет — 10 (9,4 %), 3–7 лет — 6 (5,7 %), 7–15 лет — 9 (8,5 %). Мальчики — 65 (61,3 %), девочки — 41 (38,7 %). По давности заболевания: до 12 ч — 125 (54,1 %), до 24 ч — 78 (73,6 %), 48 ч — 18 (17 %), более 48 ч — 10 (9,4 %) детей. Жалобы: боли в животе, периодическое беспокойство, плач у всех больных, тошнота, срыгивание — у 96 (90,6 %), примесь крови в стуле — у 87 (82,1 %), жидкий стул — у 25 (23,6 %), что привело к поступлению в инфекционное отделение, а также 1 ребенок с диагнозом «Выпадение прямой кишки» на 6-е сутки от начала заболевания. Наличие опухолевидного образования в брюшной полости выявлено у 92 (86,8 %) детей. При УЗИ подозрения на инвагинат выявлено у 100 (94,3 %) пациентов. На операции обнаружено: инвагинация илеоцекального угла — у 98 (92,4 %), тонко-тонко кишечная — у 7 (6,6 %), толсто-толсто кишечная — у ребенка 15 лет. При тонко-тонко кишечной форме синдрома Пейтца – Егерца — у 2 детей, у одного инвагинация оказалась в двух местах. Опухоль тонкого кишечника выявлена у 2 детей, дивертикул Меккеля — у 3. При поступлениях через более 48 ч у 3 пациентов не удалось дезинвагинировать кишку, проведена ее резекция с наложением энтеростомы.

Выводы. Наблюдаются случаи преобладания клиники дисфункции кишечника с госпитализацией в инфекционные отделения, что привело к позднему поступлению с инвагинацией кишечника (17 %).

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Магомедов А.Д., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Т., Мейланова Ф.В., Гебекова С.А., Тихмаев А.Н.

Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева, Россия, 367027, Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, д. 2-а

TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA

Magomedov A.D., Makhachev B.M., Ashurbekov V.T., Meylanova F.V., Gebekova S.A., Tichmaev A.N.

N.M. Kuraev Children's Republican Clinical Hospital, 2-a, Akhmeda Magomedova st., Makhachkala, 367027, Russia

Актуальность. Атрезия пищевода — тяжелый порок развития, который требует экстренной коррекции. Ситуация ухудшается при несвоевременной диагностике, несоблюдении методов эвакуации, сочетании с другими тяжелыми пороками.

Цель — повести анализ и выработать алгоритм методов диагностики и лечения атрезии пищевода.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2021 г. в ОРИТН Детской республиканской клинической больницы им. Н.М. Кураева находилось на лечении 47 новорожденных с атрезией пищевода: 27 мальчиков (57,4 %) и 20 девочек (42,6 %). Сроки поступления: до 12 ч — 5 (10,6 %), 1 сут — 30 (63,8 %), 2–4 сут — 12 (25,2 %). Среди них недоношенные дети — 18 (38,3 %), со свищевой формой — 43 (91,4 %), бессвищевой — 4 (8,6 %) пациента. Сочетание с другими пороками развития — 32 (68 %). У всех детей была аспирационная пневмония, выраженная в разной степени. Предоперационную подготовку проводили с учетом сроков поступления, тяжести состояния, недоношенности и наличия сочетанных пороков.

Результаты. Оперированно 28 (59,6 %) детей, из них: торакомедиастинотомия, ликвидация свища и анастомоз — у 14 (29,8 %), торакоскопически — 14 (39,8 %). Конверсия — 3. Кроме того, гастростома, эзофагостома — 4 (8,5 %), дуодено-дуоденоанастомоз — 4 (8,5 %), колостомы — 3 (6,4 %). Не оперированно 19 (40,4 %) детей. Эти дети поступили поздно, недоношенные, с малым весом и в сочетании с тяжелыми пороками. Оперированным пациентам на 6–7-е сутки проводили контрастное исследование. Через 2–3 нед. — контрольную ФЭГДС. Бужирование проводили по необходимости, послеоперационная летальность — 6 (12,7 %). Торакоскопически — 1 (2,13 %).

Заключение. Результаты лечения зависят от организации лечебных мероприятий на всех этапах, начиная с момента рождения, процесса эвакуации, от своевременности и правильности диагностики, проведения адекватной предоперационной подготовки и квалифицированной хирургической коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИЙ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Мавлянов Ф.Ш.¹, Мавлянов Ш.Х.¹, Азизов М.К.², Турсунов С.Э.¹, Хушбаков Х.М.², Шукуров С.², Баратов У.¹

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан, 140100, Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18;

² Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр, Узбекистан, 140100, Самарканд, ул. Г. Джамшеди, д. 21А

RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN NEWBORNS

Mavlyanov F.Sh.¹, Mavlyanov Sh.Kh.¹, Azizov M.K.², Tursunov S.E.¹, Khushbakov H.M.², Shukurov S.², Baratov U.¹

¹ Samarkand State Medical Institute, 18, Amira Timura st., Samarkand, 140100, Uzbekistan;

² Samarkand Regional Children's Multidisciplinary Medical Center, 21A, G. Jamshedi st., Samarkand, 140100, Uzbekistan

Цель — провести ретроспективное исследование результатов диагностики и лечения новорожденных с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 29 новорожденных с атрезией пищевода, находившихся на лечении в отделении неонатальной хирургии Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра за период с 2019 по 2021 г. Девочек было 11, мальчиков 18.

Результаты. У всех детей была диагностирована атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. 23 ребенка переведены в центр из родильных домов в первые сутки после рождения, 5 детей — на 2–3-й день и 1 новорожденный доставлен на 4-е сутки. Недоношенные дети составили 66 % общего числа новорожденных с атрезией пищевода. С массой тела от 1500 до 2000 г было 5 детей, от 2100 до 2500 г — 7, от 2600 до 3000 г — 7, от 3100 до 3500 г — 8, от 3500 до 4000 г — 2 ребенка. У 24 (83 %) детей обнаружены сочетанные пороки развития, из них анемия диагностирована у 4 пациентов, порок сердца — у 2, врожденная расщелина верхней губы и неба — у 1, анемия в сочетании с пороком сердца — у 15, анемия с гипотрофией — у 1, атрезия пищевода в составе VACTERL-ассоциации (порок сердца, аноректальная трансформация, полидактилия) была выявлена у 1 ребенка. 25 (86 %) новорожденным было выполнено хирургическое лечение. Во всех случаях наложен прямой анастомоз «конец-в-конец» после отсечения трахеопищеводного свища от трахеи. 12 детям оперативное вмешательство было проведено в первые сутки после рождения, на 2–3-е сутки прооперированы 11 новорожденных и 2 пациента оперированы на 4–5-е сутки. Из-за отказа родителей от хирургического вмешательства 4 детей были выписаны домой. Среди осложнений дооперационного и раннего послеоперационного периода преобладала аспирационная пневмония, которая наблюдалась в 73 % случаев. Несостоятельность анастомоза отмечена в двух случаях. Из прооперированных детей умерли трое, имевшие сопутствующую патологию сердца и атрезию пищевода в составе VACTERL-ассоциации.

Заключение. Атрезия пищевода — один из самых тяжелых врожденных пороков периода новорожденности, лечение которого требует от детского хирурга высокого уровня как диагностических, так и технических навыков. Исход оперативного лечения пациентов с атрезией пищевода зависит от правильной оценки состояния больного при поступлении, рационального выбора времени и метода оперативного лечения, срока гестации, наличия сопутствующей патологии и сочетанных пороков развития.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА И СОЧЕТАННЫЕ АНОМАЛИИ

Аболина Т.Б.¹, Чудаков В.Б.², Кензина О.И.^{1, 2}

¹ Уральский государственный медицинский университет, Россия, Свердловская обл., 620014, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3;

² Областная детская клиническая больница, Россия, 620149, Екатеринбург, ул. С. Дерябиной, д. 32

ESOPHAGEAL ATRESIA AND COMBINED ANOMALIES

Abolina T.B.¹, Chudakov V.B.², Kensina O.I.^{1,2}

¹ Ural State Medical University, 3, Repina st., Yekaterinburg, 620014, Russia;

² Regional Children Clinic Hospital, 32, S. Deryabinoi st., Yekaterinburg, Russia

Цель — изучить эпидемиологию сочетанных аномалий атрезии пищевода (АП) и продемонстрировать редкий случай сочетания АП и внутрилегочной секвестрации легкого.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 244 пациентов с АП, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных Областной детской больницы Екатеринбургa с 01.01.2001 по 31.12.2021. Всем детям проведена стандартная клиническая, рентгенологическая, сонографическая диагностика и этапное лечение. Все дети были разделены на 2 группы: с изолированной АП — 114 (46,7 %) детей, с сочетанными аномалиями — 130 (53,3 %).

Результаты. Все признаки VACTERL-ассоциации зарегистрированы у 3 (1,2 %) новорожденных, VACTERL-H — у 1 (0,4 %), VACTER — у 6 (2,4 %), у 16 (6,5 %) детей диагностированы 4 признака в различных вариациях, 3 признака — у 33 (13,5 %) человек. CHARGE-ассоциация — у 2 (0,8 %) детей, хромосомные аномалии установлены у 10 (4,1 %) детей (синдром Дауна, синдром Эдвардса, синдром Ди-Джорджи). Единичные сочетания аномалий двух систем зарегистрированы у 59 (24,1 %) новорожденных, сочетание АП и аномалий дыхательной системы выявлено у 6 (2,4 %), у 5 была трахеомалияция, у одного — внутриклеточная секвестрация нижней доли левого легкого.

Выводы. Лечение детей с АП в сочетании со множественными аномалиями других систем представляет сложный, часто многоэтапный процесс и должно осуществляться только в специализированных перинатальных центрах с мультидисциплинарным обеспечением реанимационной и хирургической помощью.

КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ?

Батаев С.М., Разумовский А.Ю.

РНМУ им. Н.И. Пирогова, Россия, 123317, Москва, Шмитовский проезд, д. 29

ESOPHAGEAL REPLACEMENT IN CHILDREN WITH ATRESIA OF THE ESOPHAGUS. WHEN TO PERFORM THE OPERATION?

Bataev S.M., Razumovsky A.Yu.

Pirogov Russian National Research Medical University, 29, Shmitovskii proezd, Moscow, 123317, Russia

Цель — определить оптимальные сроки для выполнения пластики пищевода у детей с атрезией пищевода, которым эта операция показана.

Материал и методы. Анализу в данной работе подвергнуты истории болезни 27 детей с атрезией пищевода, которым была показана пластика пищевода. Операции были выполнены в Детской государственной клинической больнице № 13 им. Н.Ф. Филатова Москвы в пятилетнем интервале у детей в возрасте от 3 мес. до 2 лет. Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от возраста к моменту выполнения колоэзофагопластики. В первую группу вошло 13 детей, у которых возраст к моменту операции варьировал от 3 до 6 мес. жизни (в среднем 5,5 мес.). Во вторую группу вошло 14 детей, у которых возраст к моменту операции варьировал от 6 до 24 мес. (в среднем 13 мес.). Критерии для сравнения результатов в исследуемых группах: течение послеоперационного периода, ранние и поздние послеоперационные осложнения.

Результаты. Анализируя сравниваемые параметры обнаружено, что по всем вышеперечисленным критериям оценки показатели были примерно равны в обеих группах и даже несколько лучше в группе младших детей (1-я группа). Таким образом, ранний послеоперационный период протекал одинаково в обеих группах и не зависел от возраста пациента и его массы тела. Из поздних осложнений пластики пищевода у детей 1-й группы диарея встречается несколько чаще, чем у детей 2-й группы. Принимая во внимание, что в 1-й группе было намного больше детей, имевших одновременное сочетание нескольких пороков развития, то можно сказать, что и частота возникновения диареи не имеет прямого отношения к возрасту пациентов на момент операции. Другие поздние осложнения встречались примерно в равном количестве в обеих группах.

Вывод. Таким образом, пластику пищевода у детей с атрезией пищевода можно и желательно выполнять как можно раньше, чтобы вернуть ребенка к относительно нормальному образу жизни.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Анфиногенов А.Л.¹, Бландинский В.Ф.², Соколов С.В.^{1,2}, Андреев А.И.^{1,2}, Кислова А.Ю.²

¹ Областная детская клиническая больница, Россия, 150042, Ярославль, Тутаевское ш., д. 27;

² Ярославский государственный медицинский университет, Россия, 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5

SOME ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ATRESIA OF ESOPHAGUS AMONG CHILDREN IN YAROSLAVL RREGION

Anfinogenov A.L.¹, Blandinskiy V.F.², Sokolov S.V.^{1,2}, Andreev A.I.^{1,2}, Kislova A.Yu.²

¹ Yaroslavl Regional Children's Clinical Hospital, 27, Tutaevskoe highway, Yaroslavl, 150042, Russia;

² Yaroslavl State Medical University, 5, Revolyutsionnaya st., Yaroslavl, 150000, Russia

Цель — изучить эффективность торакотомических операций при атрезии пищевода у новорожденных в зависимости от протяженности диастаза.

Материалы и методы. За 10 лет, с 2012 по 2022 гг., в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» поступило 39 пациентов с атрезией пищевода. В 36 (92,3 %) случаях была выявлена свищевая форма атрезии, в 3 (7,7 %) случаях — бессвищевая форма.

Результаты. Всем детям операцию выполняли через торакотомический доступ. Объем оперативного вмешательства определяли интраоперационно, в зависимости от протяженности диастаза. В 33 (84,6 %) наблюдениях был выполнен прямой эзофаго-эзофагоанастомоз. В 4 случаях с большим диастазом мобилизация через лапаротомный доступ и транспозиция брюшного отдела пищевода и части желудка в заднее средостение позволила устранить диастаз и также выполнить прямой анастомоз. У 6 (56,4 %) пациентов объем операции сводился к эзофагостомии, гастростомии с последующей отсроченной колоэзофагопластикой. В 2 (5,1 %) случаях атрезии пищевода сопутствовала атрезия двенадцатиперстной кишки, потребовавшая дуоденопластики. Послеоперационные осложнения наблюдались в виде несостоятельности анастомоза у 1 (2,6 %) пациента, стенозов пищевода в 3 (8 %) случаях, потребовавших наложения гастростомы и разрешившихся консервативно на фоне бужирования пищевода по нити. Летальных исходов за исследуемый период не было.

Выводы. Совершенствование методики и техники при атрезии пищевода у детей в ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» привело к отсутствию летальности в данной группе больных. Мобилизация желудка через лапаротомный доступ позволяет, в ряде случаев, выполнить эзофаго-эзофагоанастомоз при большом диастезе.

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Соколов Ю.Ю.¹, Хаспеков Д.В.², Топилин О.Г.³, Сар А.С.², Протова О.Р.², Выдыш С.В.¹

¹ Кафедра детской хирургии им. С.Я. Долецкого Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1;

² Детская городская клиническая больница святого Владимира, Россия, 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3, корп. 1;

³ Морозовская детская городская клиническая больница, Россия, 119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9

LATE COMPLICATIONS AND REDO OPERATIONS IN CHILDREN WITH ESOPHAGEAL ATRESIA

Sokolov Yu.Yu.¹, Khaspekov D.V.², Topilin O.G.³, Sar A.S.², Prutova O.R.², Vidysh S.V.¹

¹ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, 2/1, Barrikadnaya st., Moscow, 125993, Russia;

² Saint Vladimir Children's Hospital, 1/3, Rubtsovsko-Dvortsovaya st., Moscow, 107014, Russia;

³ Morozovskaya Children's Hospital, 1/9, Dobryninskii line, Moscow, 119049, Russia

Актуальность. В последние годы наметилась отчетливая тенденция к улучшению результатов хирургического лечения детей с атрезией пищевода (АП). Несмотря на это, частота осложнений отдаленного послеоперационного периода достигает 25 % и не имеет тенденции к снижению.

Цель — проанализировать характер поздних послеоперационных осложнений и виды повторных оперативных вмешательств у детей, оперированных в периоде новорожденности по поводу АП.

Материалы и методы. В период 2011–2021 гг. на лечении находились 76 детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет после коррекции в периоде новорожденности АП. Из них 42 (55 %) пациента первично были оперированы в разных лечебных учреждениях. VACTER-ассоциация отмечена у 5 (6,6 %) детей. Сочетанная атрезия двенадцатиперстной кишки была скорригирована в ходе первичной операции у 2 (2,6 %) пациентов. При повторных обращениях стеноз наложенного эзофаго-эзофагоанастомоза диагностирован у 32 (42,1 %) детей, врожденный стеноз нижней трети пищевода — у 3 (3,9 %) человек, реканализация трахеопищеводного свища — у 8 (10,5 %), гастроэзофагеальный рефлюкс — у 14 (18,4 %), тяжелая степень трахеомалации выявлена у 1 (1,3 %) ребенка. Наложенные ранее по поводу бессвищевой формы АП или вследствие развившихся в раннем послеоперационном периоде осложнений эзофагостома и гастростома имелись у 18 (23,7 %) пациентов.

Результаты. Бужирование и/или баллонная дилатация пищевода были выполнены 35 пациентам. Баллонная дилатация предполагала 3–4 курса по 3–4 процедуры у 18 детей, этапное бужирование пищевода на протяжении года применили в 17 случаях. Реторакотомия, разобщение рецидивного трахеопищеводного свища с пластикой трахеи и пищевода выполнена 8 пациентам, из них у одного ребенка дважды в связи с повторным рецидивом свища. Фундопликация по Ниссену потребовалась 14 больным, из них у трех операции были выполнены лапароскопическим доступом. Биodeградирующий стент был

установлен в трахею одному ребенку. Загрудинная колоэзофагопластика проведена 10 пациентам, заднемедиастинальная транспозиция желудка применена у 8 детей. Летальный исход отмечен у 1 (1,3 %) ребенка со множественными пороками развития.

Выводы. В отдаленном периоде после коррекции АП возможно развитие разного рода осложнений, что требует различных по сложности хирургических манипуляций и операций. Одной из проблем в отдаленном периоде после первичных операций остается необходимость в выборе оптимального варианта замещения пищевода.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В НОВОСИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

Трушин П.В.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Кривошеев Н.В.², Глазков А.А.¹

¹ Новосибирский государственный медицинский университет, Россия, 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52;

² Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Россия, 630087, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH ESOPHAGEAL ATRESIA IN THE NOVOSIBIRSK REGION

Trushin P.V.¹, Gramzin A.V.^{1,2}, Krivosheenko N.V.², Glazkov A.A.¹

¹ Novosibirsk State Medical University, 52, Krasnyi av., Novosibirsk, 630091, Russia;

² State Novosibirsk Regional Clinical Hospital, 130, Nemirovicha-Danchinko st., Novosibirsk, 630087, Russia

Актуальность. Атрезия пищевода — тяжелый врожденный порок развития первичной кишки. По данным различных источников, встречаемость данного заболевания составляет примерно 3 на 10000 новорожденных, а летальность около 10 %. Наиболее распространенной является атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем — около 85 %. Наиболее частое осложнение оперативного лечения — это стеноз анастомоза пищевода.

Цель — провести анализ лечения пациентов с атрезией пищевода в Новосибирске и области в период с 2018 по 2021 г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом «Атрезия пищевода», оперированных на базе Новосибирской областной клинической больницы в период с 2018 по 2021 г.

Результаты. Всего было проанализировано 30 историй болезни пациентов. У 2 (6,67 %) пациентов имелась бессвищевая форма атрезии пищевода, а у 1 (3,33 %) пациента была диагностирована атрезия пищевода с дистальным и проксимальным трахеопищеводными свищами. Средняя масса пациентов составила 2649 г. У 18 (60 %) новорожденных имелись сочетанные пороки развития. Большинство составляли пороки сердечно-сосудистой системы — 13 (43,33 %) новорожденных. Все пациенты подвергнуты оперативному лечению: у 9 (30 %) детей анастомоз был сформирован торакоскопически; у 19 (63,3 %) — торакотомным способом; в 2 (6,7 %) случаях была сформирована эзофаго- и гастростома. В послеоперационном периоде стеноз анастомоза, требующий последующего бужирования в период госпитализации, возник у 17 пациентов (56,67 %). Летальный исход — в 6 (20 %) случаях.

Выводы. В структуре пациентов с атрезией пищевода, оперированных в период 2018–2021 гг., 90 % случаев составила форма с дистальным трахеопищеводным свищем, 6,67 % — бессвищевая, 3,33 % — с дистальным и проксимальным, что соответствует мировой статистике. Прямой эзофаго-эзофагоанастомоз выполнен у 93,3 % пациентов, у оставшихся 6,7 % выполнена эзофаго- и гастростома. Летальность составила 20 %.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Котин А.Н.^{1,2}, Караваева С.А.^{2,3}, Кесаева Т.В.², Попова Е.Б.², Гопиенко М.А.^{1,2}, Патрикеева Т.В.², Веремейчик С.А.^{1,2}, Леваднєв Ю.В.^{2,3}

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8;

² Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (Детская городская больница № 1), Россия, 198205, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 14;

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

EXPERIENCE OF THORACOSCOPIC ESOPHAGEAL ATRESIA REPAIR IN NEWBORNS

Kotin A.N.^{1,2}, Karavaeva S.A.^{2,3}, Kesaeva T.V.², Popova E.B.², Gopienko M.A.^{1,2}, Patrikeeva T.V.², Veremeichik S.A.^{1,2}, Levadnev Yu.V.^{2,3}

¹ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, 6–8, Lva Tolstogo st., 197022, Saint Petersburg, Russia;

² Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center of High Medical Technologies, 14, Avangardnaya st., 198205, Saint Petersburg, Russia;

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41, Kirochnaya st., 191015, Saint Petersburg, Russia

Актуальность. Лечение пациентов с атрезией пищевода на современном этапе проводится по хорошо разработанным методам как из торакотомического доступа, так и с использованием торакоскопии. Эффективность каждого оценивается по степени безопасности и частоты развития осложнений (несостоятельность анастомоза, стеноз, рецидив трахеопищеводного свища). Основная задача хирурга состоит в рациональном выборе метода оперативного вмешательства в зависимости от состояния ребенка, гестационного возраста, формы порока развития с учетом уровня технической оснащенности клиники и имеющегося оперативного опыта.

Цель — представить опыт использования торакоскопии в лечении новорожденных с атрезией пищевода.

Материалы и методы. С 2013 по 2021 г. в Детской городской больнице № 1 Санкт-Петербурга торакоскопический первичный анастомоз пищевода был наложен 30 новорожденным — 15 % общего числа поступивших детей с данным пороком развития. Большинство новорожденных были доношенными.

Результаты. Все дети выжили. Средняя длительность оперативного вмешательства составила 90–120 мин. Из ранних осложнений у одного ребенка была несостоятельность анастомоза, у 4 детей при контрольном эндоскопическом обследовании на 3–4-й неделе после операции выявлены признаки стеноза, с которым удалось справиться после 1–3-кратного бужирования. В отдаленном периоде в одном случае диагностирован рецидив трахеопищеводного свища.

Выводы. 1. Торакоскопический доступ в лечении при атрезии пищевода — метод выбора, обеспечивающий хороший функциональный результат при малой травматичности вмешательства. 2. Успешное наложение торакоскопического первичного анастомоза пищевода возможно при строгом подходе к отбору пациентов с учетом массы тела новорожденного, его состояния и коморбидного фона. 3. Открытые и торакоскопические вмешательства имеют сходные осложнения, профилактикой которых является соблюдение техники выполнения операции. 4. Торакоскопические вмешательства необходимо выполнять в специализированных центрах по лечению новорожденных с пороками развития.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА И ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В., Неизвестных Е.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Россия, 454080, Челябинск, ул. Воровского, д. 64

ANALYSIS OF THE RESULTS OF ESOPHAGUS COLOESOPHAGOPLASTY WITH ESOPHAGEAL ATRESIA AND INJURIES OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN

Rostovtsev N.M., Yadykin M.E., Romasenko V.V., Neizvestnykh E.A.

South Ural State Medical University, 64, Vorovscogo st., 454080, Chelyabinsk, Russia

Цель — определить показания и изучить результаты пластики пищевода толстокишечным трансплантатом.

Материалы и методы. За анализируемый период в клинике наблюдали 22 ребенка с атрезией пищевода и 10 детей с травматическими повреждениями пищевода, требующих проведения пластики. У 15 пациентов отмечена атрезия без свища, у 7 детей были осложнения пластики пищевода, такие как несостоятельность швов анастомоза, медиастинит. 10 детей в возрасте старше 3 лет поступили с повреждениями пищевода. Из них перфорация пищевода при бужировании по поводу ожога пищевода выявлена у 8 пациентов. Один ребенок был с пролежнем инородным телом пищевода и рубцовым сужением, и один — с оперированной опухолью пищевода и медиастинитом, приведшим к экстерпации пищевода. Пластику пищевода выполняли детям в возрасте от 3 до 8 мес., которым в период новорожденности проводили паллиативные операции (эзофагостома, гастростома), а также детям с тяжелыми пороками развития, глубокой недоношенностью. Детям с повреждениями пищевода пластику проводили после купирования медиастинита в сроке до 3 мес.

Результаты и обсуждение. В 29 случаях пластику пищевода проводили левой половиной толстой кишки и только 3 детям — правой половиной. Правая половина кишки для пластики выбрана у детей с сочетанными пороками, требующим наложения кишечной стомы. Операция проходила в один этап и только у 2 детей, в связи с ухудшением кровообращения в трансплантате, на шею выведен наряду с эзофагостомой проксимальный отдел трансплантата. При завершении пластики пищевода наиболее частым осложнением было формирование свища на шее и рубцовый стеноз различной степени выраженности. При стенозе до 3 мм проводили консервативное лечение путем балонной дилатации. При тяжелой структуре более 6 мм выполняли резекцию суженного участка анастомоза (эзофагоколоанастомоза). Отдаленные результаты в сроки до 3 лет прослежены у всех пациентов. У всех детей отмечены хорошие результаты. Все дети принимают пищу, не ограничиваясь диетой. При рентгенологическом исследовании с густой бариевой взвесью отмечалось свободное прохождение пищи, отсутствие желудочно-кишечного рефлюкса.

Выводы. Учитывая полученные хорошие результаты, считаем, что пластика пищевода толстокишечным трансплантатом, на наш взгляд, наиболее приемлема для детей в раннем грудном возрасте при атрезии пищевода без свища. Данная пластика также оправдывает себя у детей в более старшем возрасте с повреждениями пищевода.

К ПРОБЛЕМЕ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Тошбоев Ш.О.¹, Гофуров З.И.², Ажимаматов Х.Т.¹, Исмоилов Р.А.¹

¹ Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, 170100, Андижан, ул. Ю. Атабекова, д. 1;

² Андижанский областной детский многопрофильный медицинский центр, Узбекистан, 170100, Андижан, ул. Фуркат, д. 5

ON THE PROBLEM OF INTERHOSPITAL TRANSPORTATION OF NEWBORNS WITH ESOPHAGAL ATRESIA

Toshboev Sh.O.¹, Gofurov Z.I.², Ajimamatov H.T.¹, Ismoilov R.A.¹

¹ Andijan State Medical Institute, 1, Yu. Atabekova st., Andijan, 170100, Uzbekistan;

² Andijan Regional Children's Multidisciplinary Medical Center, 5, Furkat st., Andijan, 170100, Uzbekistan

Цель — анализ практики межгоспитальной транспортировки (МТ) новорожденных с атрезией пищевода (АП) в специализированные отделения Ферганской долины.

Материалы и методы. Проанализированы сроки и условия МТ, тепловой стандарт у 144 новорожденных с АП, поступивших в ОРИТ Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра из родовспомогательных учреждений Ферганской долины.

Результаты. Наблюдения показали прямую зависимость летального исхода от времени, разновидности МТ, вида транспорта. Очень малое количество новорожденных перевозит специализированная бригада. Всех новорожденных транспортировали в ОРИТ Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. Из них по Андижану 55 (98,2 %) детей, где длительность МТ не превышала $30,3 \pm 9,3$ мин. Согласованные переводы были в 52 (92,9 %) случаях, несогласованные — в 3 (7,1 %) случаях с отсутствием подготовки. Анализ условий МТ показал, что при переводе ребенок находился на руках без теплой грелки, без кислородной подушки, в крайне тяжелом состоянии, без мониторинга показателей гемодинамики и дыхания. МТ детей осуществлялась на необорудованном транспорте, без сопровождения врача. Особое внимание при МТ новорожденных должно уделяться соблюдению требований теплового стандарта, так как МТ приводит к нарушению микроциркуляции и другим дисфункциям органов и систем. Поэтому при проведении хирургического вмешательства внимание в основном уделяется поддержке температурного баланса. При этом необходимо использовать стационарные и транспортные кюветы, дополнительный обогрев операционного стола, укрытие больших раневых дефектов специальными многослойными повязками и т. д. Если ребенок не в состоянии самостоятельно обеспечить нормальный газообмен или основная и сопутствующая патологии определяют высокий риск развития дыхательной недостаточности, большое значение придается оксигенотерапии, подогреву и увлажнению дыхательной смеси. Существующее общепринятое правило об ограничении использования гипероксических смесей непреложно. При уходе за послеоперационным пациентом лучше всего исходить из его собственных нужд. Результат проведенной подготовки ребенка к МТ в большинстве случаев определяет успех предоперационной подготовки. После поступления пациента в специализированную клинику основными критериями подготовки ребенка к операции становятся нормализация гемодинамики, ликвидация явлений гемоконцентрации крови, нормализация периферического кровообращения, адекватный диурез более 1,2 мл/(кг·ч). Следовательно, чем стабильнее показатели гемодинамики, тем меньше проявлений дисфункции органов и систем на этапах после хирургического вмешательства. Длительность предоперационной подготовки зависит от показателей гемодинамики, комбинированных пороков развития и наличия сопутствующей патологии.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что МТ новорожденных с АП может оказать существенное влияние на исход их критического состояния. Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс, являются респираторная, центральная нервная, кардиоваскулярная и мочевыделительная системы.

9-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Гопиенко М.А.^{1,2}, Немилова Т.К.^{1,2}, Караваяева С.А.^{1,2,3}, Котин А.Н.^{1,2}, Попова Е.Б.²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8;

² Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Россия, 198205, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 14;

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

9 YEARS' EXPERIENCE OF ESOPHAGEAL ATRESIA TREATMENT IN PREEMIES

Gopienko M.A.^{1,2}, Nemilova T.K.^{1,2}, Karavaeva S.A.^{1,2,3}, Kotin A.N.^{1,2}, Popova E.B.²

¹ Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, 6–8, Lva Tolstogo st., 197022, Saint Petersburg, Russia;

² Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center of High Medical Technologies, 14, Avangardnaya st., 198205, Saint Petersburg, Russia;

³ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 41, Kirochnaya st., 191015, Saint Petersburg, Russia

Цель — проанализировать особенности хирургической тактики при атрезии пищевода (АП) у новорожденных с низкой массой тела (<2000 г) на основании опыта последних 9 лет.

Материалы и методы. С 2013 по 2021 г. в Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (ранее — ДГБ № 1) Санкт-Петербурга поступили 164 новорожденных с АП, 35 из них (21 %) с массой при рождении менее 2000 г (890–1960 г, срок гестации 26–37 нед.). У 31 ребенка (89 %) отмечалась АП с нижним трахеопищеводным свищом, в 3 (8 %) случаях — изолированная форма, в 2 случаях — более редкие формы порока. У 28 детей выявлены сочетанные пороки развития, у 5 из них — в структуре синдрома Эдвардса.

Результаты и обсуждение. Все дети оперированы в возрасте 1–3 сут жизни. При изолированной форме АП первый этап хирургического лечения предполагал гастростомию, что не отличалось от тактики у полновесных детей. При наличии нижнего трахеопищеводного свища большинству пациентов (68 %) удалось наложить первичный анастомоз пищевода (одному из них с весом 1900 г — торакоскопически). У 8 детей (26 %) это оказалось невозможным (у одного — по тяжести состояния ввиду недоношенности, у семи — из-за непреодолимого диастаза между сегментами). Этим детям произведена ликвидация свища и гастростомия по Кадеру. В дальнейшем 2 детям наложен отсроченный анастомоз торакоскопически (в 3 мес.), одному выполнена заградная пластика пищевода сегментом толстой кишки (в 10 мес.), 5 погибли до этапа реконструктивной операции. У 7 пациентов отмечалась несостоятельность анастомоза, всем произведена гастростомия, повторное вмешательство на пищеводе потребовалось троим из них. У 4 детей исход благоприятный, один ожидает этапа радикальной коррекции порока, 2 ребенка погибли. Рецидив трахеопищеводного свища выявлен у 1 ребенка, который прооперирован повторно с благоприятным исходом. Летальность — 12 детей (34 %).

Выводы. 1. Недоношенность может рассматриваться как неблагоприятный прогностический фактор у новорожденных с АП, поскольку способствует более частому развитию осложнений и увеличивает

летальность. 2. В то же время, большинству недоношенных детей при АП с нижним трахеопищеводным свищем удается наложить первичный анастомоз пищевода с неплохими конечными результатами, даже в случае возникновения осложнений, а летальность не зависит от вида произведенной операции. 3. Таким образом, низкая масса тела не может являться единственным определяющим критерием при выборе хирургической тактики у этих пациентов.

ПРОГРАММНОЕ БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЭЗОФАГО-ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА

Бабошко П.Г.¹, Лещева Т.Ю.^{1,2}, Царева В.В.^{1,2}, Базалий В.Н.¹, Никитин Д.К.², Бастракова Д.Г.¹, Софина Н.В.²

¹ Челябинская областная детская клиническая больница, Россия, 454087, Челябинск, ул. Блюхера, д. 42-А;

² Южно-Уральский государственный медицинский университет, Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, д. 64

PROGRAMMED ESOPHAGEAL DILATATION AFTER ESOPHAGO-ESOPHAGOANASTOMOSIS

Baboshko P.G.¹, Lescheva T.Yu.^{1,2}, Tsareva V.V.^{1,2}, Bazaliy V.N.¹, Nikitin D.K.², Bastrakova D.G.¹, Sofina N.V.²

¹ Chelyabinsk Regional Children's Clinical Hospital, 42A, Blyukhera st., Chelyabinsk, Russia;

² South Ural State Medical University, 64, Vorovskogo st., Chelyabinsk, Russia

Актуальность. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (ТПС) не является редкой патологией и на данный момент оперативная тактика при данном пороке ясна и отработана. Благодаря прогрессивному развитию хирургической техники, совершенствованию лечебных алгоритмов реаниматологов последнее время все чаще возникают вопросы ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Цель — изучить эффективность программного эндоскопического бужирования пищевода после наложения эзофаго-эзофагоанастомоза у детей с атрезией пищевода с дистальным ТПС.

Материалы и методы. В исследование вошли 72 истории болезни детей, родившихся с 2016 по 2021 г. с диагнозом «Атрезия пищевода с дистальным ТПС без непреодолимого диастаза». Всем детям было выполнено разобщение свища и наложен эзофаго-эзофагоанастомоз. У 70 пациентов это было проведено на 1–3-е сутки жизни, 2 пациентам через 2 нед., поскольку первым этапом были выполнены перевязка свища и наложение гастростомы ввиду тяжелого соматического состояния.

С 2016 г. мы придерживаемся следующего алгоритма ведения пациентов. Интраоперационно устанавливается желудочный зонд диаметром 8 Fr (2,7 мм), который не удаляется до 21-го послеоперационного дня. Энтеральное питание осуществляется через зонд и частично на 3-й неделе начинаются попытки кормления соской. Контрастирование пищевода для исключения несостоятельности выполняется только при подозрении (поступление слюны по страховочному дренажу). На 21-е сутки всем детям выполняется фиброэзофагогастроскопия (ФЭГС) с бужированием пищевода по струне. Диаметр бужа 5 мм. В дальнейшем бужирование проводят до выписки из стационара с перерывом в 1–3 дня, в зависимости от степени сужения и быстроты прогрессирования процесса рубцевания. В среднем в стационаре проводят от 3 до 5 бужирований. В дальнейшем пациенты выписываются на амбулаторный этап лечения, где бужирование осуществляют амбулаторно 1 раз в неделю — в среднем от 1 до 4 сеансов. Затем в течение 1–3 мес. — 1 раз в месяц. Контрольная ФЭГС — в 6 и 12 мес.

Результаты. Из 72 пациентов рубцовый стеноз анастомоза, который потребовал проведения пластики пищевода сформировался только у 1 ребенка. У 3 детей рубцовый стеноз анастомоза не удавалось ликвидировать с помощью бужирования по струне и через 2–3 мес. от начала бужирования им была наложена гастростома с последующим проведением бужирования за нить. Только у 10 (13,8 %) пациентов на данный момент имеется клиника дисфагии I степени. Все 10 пациентов находятся под наблюдением хирурга. По данным ФЭГС — рубцовый стеноз пищевода с незначительным супрастенотическим расширением, что расценивается нами как компенсированный стеноз пищевода.

Выводы. Программное эндоскопическое бужирование пищевода после наложения эзофаго-эзофаго-анастомоза эффективно предотвращает развитие декомпенсированного стеноза пищевода.



ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Педиатр» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ООО «Эко-Вектор», и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора. Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med.* 1997;126:36-47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Множественные и дублирующие публикации — это публикации статьи, материалы которой во многом совпадают с уже однажды опубликованными. Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы. В таком случае в новой статье должны быть ссылки на предыдущую. Копии таких материалов должны прилагаться к представляемой статье, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печа-

ти статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в редакцию в электронном варианте на электронный адрес редакции nl@eco-vector.com или через онлайн-формы <http://gpma.ru/science/pediatr/>, <http://journals.eco-vector.com/index.php/pediatr/about/submissions#onlineSubmissions>.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно получить по запросу на адрес nl@eco-vector.com или скачать по адресу <http://journals.eco-vector.com/index.php/pediatr/about/submissions#onlineSubmissions>).

Экспертное заключение должно содержать:

- 1) название статьи, которое должно быть кратким, но информативным;
- 2) фамилию, имя и отчество каждого автора с указанием высшей из имеющихся у него ученых степеней (званий) и членства в различных обществах;
- 3) название отдела (отделения) и учреждения, в котором выполнялась данная работа;
- 4) отказы от каких-либо прав, если таковые имеются;
- 5) информацию о предшествовавших или повторных публикациях или о представлении в другой журнал любой части этой работы;
- 6) заявление об отсутствии финансовых претензий автора к другим авторам и издательству;
- 7) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены и что все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу;
- 8) имя, адрес, телефонный номер и e-mail автора, ответственного за корреспонденцию и за связь

с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска;

- 9) к рукописи необходимо прилагать все разрешения на воспроизведение уже опубликованного материала, использование иллюстраций или информации, по которой можно установить личность людей, представленных на фотографиях, а также на указание фамилий лиц, внесших вклад в данную работу.

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует присланные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;

2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;

3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;

4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать

договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;

7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения одного авторского экземпляра из вышедшего тиража печатного издания с публикацией материалов Автора или получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;

8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна;

9) Редакция вправе издавать Журнал любым тиражом.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Педиатр» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

При направлении статьи в редакцию рекомендуется руководствоваться следующими правилами, составленными с учетом «Рекомендаций к рукописям, предоставляемым в биомедицинские журналы» (<http://www.icmje.org/recommendations/>), разработанных Международным комитетом редакторов медицинских журналов (International Committee of Medical Journal Editors). Более подробную информацию для оформления статьи в соответствии с ГОСТом и международными правилами вы можете найти по электронному адресу <http://journals.eco-vector.com/index.php/pediatr>.

1. Рукопись. Направляется в редакцию в электронном варианте на электронный адрес редакции nl@eco-vector.com или через online-формы <http://gpma.ru/science/pediatr>, <http://journals.eco-vector.com/index.php/pediatr>. Загружаемый в систему файл со статьей должен быть представлен в формате Microsoft Word (иметь расширение *.doc, *.docx, *.rtf).

1.1. Объем полного текста рукописи (оригинальные исследования, лекции, обзоры), в том числе таблицы и список литературы, не должен превышать 7000 слов. Объем статей, посвященных описанию клинических случаев, — не более 5000 слов; краткие сообщения и письма в редакцию — в пределах 1500 слов. Количество слов в тексте можно узнать через меню Word («Файл» — «Просмотреть свойства документа» — «Статистика»). В случае если превышающий нормативы объем статьи, по мнению автора, оправдан и не может быть уменьшен, решение о публикации принимается на заседании редколлегии по рекомендации рецензента.

1.2. Формат текста рукописи. Текст должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, иметь размер 12 pt и межстрочный интервал 1,5 pt. Отступы с каждой стороны страницы 2 см. Выделения в тексте можно проводить ТОЛЬКО курсивом или полужирным начертанием букв, но НЕ подчеркиванием. Из текста необходимо удалить все повторяющиеся пробелы и лишние разрывы строк (в автоматическом режиме через сервис Microsoft Word «Найти и заменить»).

1.3. Файл с текстом статьи, загружаемый в форму для подачи рукописей, должен содержать всю информацию для публикации (в том числе рисунки и таблицы).

2. Структура рукописи должна соответствовать приведенному ниже шаблону (в зависимости от типа работы).

2.1. Русскоязычная аннотация

• **Название статьи.**

• **Авторы.** При написании авторов инициалы имени и отчества ставятся перед фамилией (П.С. Иванов, С.И. Петров, И.П. Сидоров).

• **Учреждения.** Необходимо привести официальное ПОЛНОЕ название учреждения (без сокращений). После названия учреждения через запятую необходимо написать название города, страны. Если в написании рукописи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо соотнести названия учреждений и И. О. Ф. авторов путем добавления цифровых индексов в верхнем регистре перед названиями учреждений и фамилиями соответствующих авторов.

• **Резюме статьи** должно быть (если работа оригинальная) структурированным: актуальность, цель, материалы и методы, результаты, заключение. Резюме должно полностью соответствовать содержанию работы. Объем текста резюме должен быть от 100 до 300 слов.

• **Ключевые слова.** Необходимо указать ключевые слова — от 3 до 10, они способствуют индексированию статьи в поисковых системах. Ключевые слова должны попарно соответствовать на русском и английском языке.

2.2. Англоязычная аннотация

• **Article title.** Англоязычное название должно быть грамотно с точки зрения английского языка, при этом по смыслу полностью соответствовать русскоязычному названию.

• **Author names.** И. О. Ф. необходимо писать в соответствии с заграничным паспортом или так же, как в ранее опубликованных в зарубежных журналах статьях. Авторам, публикующимся впервые и не имеющим заграничного паспорта, следует воспользоваться стандартом транслитерации BGN/PCGN <http://ru.translit.ru/?account=bgn>.

• **Affiliation.** Необходимо указывать ОФИЦИАЛЬНОЕ АНГЛОЯЗЫЧНОЕ НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ. Наиболее полный список названий учреждений и их официальной англоязычной версии можно найти на сайте РУНЭБ eLibrary.ru.

• **Abstract.** Англоязычная версия резюме статьи должна по смыслу и структуре (Aim, Materials and Methods, Results, Conclusions) полностью соответствовать русскоязычной и быть грамотной с точки зрения английского языка.

• **Keywords** (в подавляющем большинстве западных статей пишется слитно). Для выбора ключевых слов на английском следует использовать тезаурус Национальной медицинской библиотеки США — Medical Subject Headings (MeSH).

2.3. Полный текст (на русском, английском или обоих языках) должен быть структурированным по разделам. Структура полного текста рукописи, посвященной описанию результатов оригинальных исследований, должна соответствовать общепринятому шаблону и содержать разделы: введение (актуальность), цель, материалы и методы, результаты, обсуждение, выводы.

Все термины на латинском языке выделяются в статье курсивом (например, *in vivo*, *in vitro*, *rete venosus superficialis*), а также латинские буквы, которые используются для обозначения переменных и физических величин (например, $n = 20$, $p < 0,05$).

Греческие буквы набираются прямым шрифтом.

2.4. Дополнительная информация (на русском, английском или обоих языках)

• **Информация о конфликте интересов.**

Авторы должны раскрыть потенциальные и явные конфликты интересов, связанные с рукописью. Конфликтом интересов может считаться любая ситуация (финансовые отношения, служба или рабо-

та в учреждениях, имеющих финансовый или политический интерес к публикуемым материалам, должностные обязанности и др.), способная повлиять на автора рукописи и привести к сокрытию, искажению данных, или изменить их трактовку. Наличие конфликта интересов у одного или нескольких авторов НЕ является поводом для отказа в публикации статьи. Выявленное редакцией сокрытие потенциальных и явных конфликтов интересов со стороны авторов может стать причиной отказа в рассмотрении и публикации рукописи.

- **Информация о финансировании.** Необходимо указывать источник финансирования как научной работы, так и процесса публикации статьи (фонд, коммерческая или государственная организация, частное лицо и др.). Указывать размер финансирования не требуется.

- **Благодарности.** Авторы могут выразить благодарность людям и организациям, способствовавшим публикации статьи в журнале, но не являющимся ее авторами.

2.5. Список литературы. В библиографии (пристатейном списке литературы) каждый источник следует помещать с новой строки под порядковым номером. Подробные правила оформления библиографии можно найти в специальном разделе «Оформление библиографии». Наиболее важные из них следующие.

- В списке все работы перечисляются в алфавитном порядке.

- Количество цитируемых работ: в оригинальных статьях и лекциях допускается до 30, в обзорах — до 60 источников. Желательно цитировать произведения, опубликованные в течение последних 5–7 лет.

- В тексте статьи ссылки на источники приводятся в квадратных скобках арабскими цифрами.

- Авторы цитируемых источников в списке литературы должны быть указаны в том же порядке, что и в первоисточнике (в случае если у публикации более 4 авторов, то после 3-го автора необходимо поставить сокращение «...», и др.» или «...», et al.). Недопустимо сокращать название статьи. Название англоязычных журналов следует приводить в соответствии с каталогом названий базы данных MedLine (в названиях журнала точки в сокращениях не ставятся). Если журнал не индексируется в MedLine, необходимо указывать его полное название. Название англоязычного журнала должно быть выделено курсивом. Перед названием журнала на русском языке ставится знак //, который отделяет название статьи от названия журнала. Название отечественного журнала сокращать нельзя.

- Оформление списка литературы должно удовлетворять требованиям РИНЦ и международных баз данных. В связи с этим в ссылках на русскоязычные источники необходимо дополнительно указывать информацию для цитирования на латинице. Таким образом:

- англоязычные источники следует оформлять в формате Vancouver в версии AMA (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>) — подробно на странице «Оформление библиографии»;

- русскоязычные источники необходимо оформлять в соответствии с правилами ГОСТ Р 7.0.5-2008; после указания ссылки на первоисточник на русском языке в квадратных скобках должно быть указано описание этого источника на латинице — подробно на странице «Оформление библиографии».

ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ ЛАТИНОЯЗЫЧНОЙ (АНГЛОЯЗЫЧНОЙ) ЧАСТИ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ОПИСАНИЙ НЕ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ (В РОМАНСКОМ АЛФАВИТЕ)

Если статья написана на латинице (на английском, немецком, финском, датском, итальянском и т. д.), она должна быть процитирована в оригинальном виде:

- Ellingsen AE, Wilhelmssen I. Sykdomsangst blant medisins- og jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785-787. (In Norwegian).

Если статья написана НЕ на латинице — на кириллице (в том числе на русском), иероглифами и т. д., если у статьи есть ОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД НАЗВАНИЯ, его нужно вставить в квадратных скобках после оригинального написания библиографической ссылки на источник. Проще всего проверить наличие официального перевода названия статьи можно, отыскав статью на eLibrary.ru. Например:

- Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н., Дедов И.И. Планирование беременности у женщин с сахарным диабетом // Вестник репродуктивного здоровья. – 2011. – № 1. – С. 23–31. [Grigoryan OR, Sheremet'eva EV, Andreeva EN, Dedov II. Planning of pregnancy in women with diabetes. *Vestnik reproduktivnogo zdorov'ya*. 2011;(1):23-31. (In Russ.)]

Если у статьи нет ОФИЦИАЛЬНОГО ПЕРЕВОДА, то нужно ПРИВЕСТИ ТРАНСЛИТЕРАЦИЮ всей ссылки в квадратных скобках сразу после правильно оформленной ссылки в оригинальном написании. Англоязычная часть библиографического описания ссылки на русскоязычный источник должна находиться непосредственно после русскоязычной части в квадратных скобках ([...]). Фамилии и инициалы всех авторов на латинице и название статьи на английском языке

следует приводить так, как они даны в оригинальной публикации. Транслитерацию следует приводить в стандарте BGN (автоматически транслитерация в стандарте BGN производится на странице <http://ru.translit.net/?account=bgn>) с сохранением стилового оформления русскоязычного источника. Далее следует транслитерированное название русскоязычного журнала в стандарте BGN, далее – выходные данные: год;том(номер):страницы.

В самом конце англоязычной части библиографического описания в круглые скобки помещают указание на исходный язык публикации, например: (In Russ.). В конце библиографического описания (за квадратной скобкой) помещают doi статьи, если таковой имеется. Например:

• Алексеев Л.П., Дедов И.И., Хаитов Р.М., и др. Иммуногенетика сахарного диабета I типа — от фундаментальных исследований к клинике // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2012. — Т. 67. — № 1 — С. 75. [Alekseev LP, Dedov II, Khaitov RM, et al. Immunogenetika sakharnogo diabeta I tipa — ot fundamental'nykh issledovaniy k klinike. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2012;67(1):75. (In Russ.)]. doi: 10.15690/vramn.v67i1.114.

Примеры правильного оформления ссылок в списках литературы

СТАТЬИ В ЖУРНАЛАХ

Обычная журнальная ссылка (есть переводной вариант названия)

• Шестакова М.В. Современная сахароснижающая терапия // Проблемы эндокринологии. — 2010. — Т. 58. — № 4. — С. 91–103. [Shestakova MV. Modern hypoglycaemic therapy. *Problemy endocrinologii*. 2010;62(4):91-103. (In Russ.)]. doi: 10.14341/probl201058491-103.

• Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347(4):284-287. doi: 10.1056/nejmsb020632.

КНИГИ И МОНОГРАФИИ

У книги один или несколько авторов

• Гиляревский С.Р. Миокардиты: современные подходы к диагностике и лечению. — М.: Медиа Сфера, 2008. [Gilyarevskii SR. Miokardity: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. Moscow: Media Sfera; 2008. (In Russ.)]

• Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

• Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

У книги один или несколько редакторов

• Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского. — М.: Медиа Сфера, 2007. [Infektsii, peredavaemye polovym putem. Ed by V.A. Akovbyan, V.I. Prokhorenkov, E.V. Sokolovskiy. Moscow: Media Sfera; 2007. (In Russ.)]

• Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Материалы конференции

• Пархоменко А.А., Дейханова В.М. Оказание медицинской помощи больным, перенесшим инфаркт головного мозга, на амбулаторно-поликлиническом этапе / Всероссийская научно-практическая конференция «Пути развития первичной медико-санитарной помощи»; Ноябрь 13–14, 2014; Саратов. [Parkhomenko AA, Deikhanova VM. Okazanie meditsinskoi pomoshchi bol'nym, perenesshim infarkt golovnogogo mozga, na ambulatorno-poliklinicheskom etape. (Conference proceedings) Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Puti razvitiya pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi"; 2014 nov 13-14; Saratov. (In Russ.)]. Доступно по: <http://medconfer.com/node/4128>. Ссылка активна на 12.12.2014.

• Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Тезисы в материалах конференции

• Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Диссертации

• Бузаев И.В. Прогнозирование изменений центральной гемодинамики и выбор метода пластики левого желудочка при хронических аневризмах сердца: Дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2006. [Buzaev IV. Prognozirovaniye izmenenii tsentral'noi gemodinamiki i vybor metoda plastiki levogo zheludochka pri khronicheskikh anevrizmakh serdtsa. [dissertation] Novosibirsk; 2006. (In Russ.)]. Доступно по: <http://www.buzaev.ru/downloads/disser.pdf>. Ссылка активна на 12.12.2014.

• Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans. [dissertation] Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

2.6. Информация об авторах. Последовательно указываются все авторы рукописи: Ф. И. О. (полностью), ученая степень, ученое звание, должность, место работы (включая город и страну). Отдельно следует выделить (значком *) автора для связи с авторским коллективом и только для него указать контактный e-mail. Адреса и телефоны, а также e-mail других авторов в полном тексте рукописи указывать не следует.

Английский язык и транслитерация. При публикации статьи часть или вся информация должна быть дублирована на английский язык или транслитерирована (написана латинскими буквами). При транслитерации следует использовать стандарт BGN/PCGN (United States Board on Geographic Names /Permanent Committee on Geographical Names for British Official Use), рекомендованный международным издательством Oxford University Press, как "British Standard". Для транслитерации текста в соответствии со стандартом BGN можно воспользоваться ссылкой <http://ru.translit.ru/?account=bgn>.

Таблицы следует помещать в текст статьи, они должны иметь нумерованный заголовок и четко обозначенные графы, удобные и понятные для чтения. **Заголовки к таблицам должны быть приведены на двух языках — русском и английском.**

Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте, однако не должны дублировать представленную в нем информацию. Ссылки на таблицы в тексте обязательны.

Рисунки (графики, диаграммы, схемы, чертежи и другие иллюстрации, рисованные средствами MS Office) должны быть контрастными и четкими. Объем графического материала минимальный (за исключением работ, в которых это оправдано характером исследования). Каждый рисунок должен быть помещен в текст и сопровождаться нумерованной подрисуночной подписью. Ссылки на рисунки в тексте обязательны.

Подрисуночные подписи должны быть на двух языках — на русском и английском. Например:

Рис. 1. Вес плаценты у детей пациенток основной и контрольной групп

Fig. 1. Weight of the placenta in children of the patients of the main and control groups

Фотографии, отпечатки экранов мониторов (скриншоты) и другие нерисованные иллюстрации необходимо загружать отдельно в специальном разделе формы для подачи статьи в виде файлов формата *.jpeg, *.bmp, *.gif (*.doc и *.docx — в случае, если на изображение нанесены дополнительные пометки). Разрешение изображения должно быть > 300 dpi. Файлам изображений необходимо присвоить название, соответствующее номеру рисунка в тексте. В описании файла следует от-

дельно привести подрисуночную подпись, которая должна соответствовать названию фотографии, помещаемой в текст. (пример: Рис. 1. Иван Михайлович Сеченов).

Сокращения. Все используемые аббревиатуры и символы необходимо расшифровать в примечаниях к таблицам и подписям к рисункам с указанием на использованные статистические критерии (методы) и параметры статистической вариабельности (стандартное отклонение, стандартная ошибка среднего и проч.). Статистическую достоверность/недостоверность различий данных представленных в таблицах, рекомендуется обозначать надстрочными символами *, **, †, ††, ‡, ‡‡ и т. п.

Соответствие нормам этики. Для публикации результатов оригинальной работы необходимо указать, подписывали ли участники исследования информированное согласие. В случае проведения исследований с участием животных — соответствовал ли протокол исследования этическим принципам и нормам проведения биомедицинских исследований с участием животных. В обоих случаях необходимо указать, был ли протокол исследования одобрен этическим комитетом (с приведением названия соответствующей организации, ее расположения, номера протокола и даты заседания комитета). Подробно о принципах публикационной этики, которыми при работе руководствуется редакция журнала, изложены в разделе «Этические принципы журнала».

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородным Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора, ответственного за получение пробных оттисков и авторского экземпляра Журнала.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

191186, Санкт-Петербург, Аптекарский пер., д. 3, литера А, пом. 1Н. E-mail: nl@eco-vector.com. Сайт журнала: <https://journals.eco-vector.com/pediatr>, <http://pediatr.gpma.ru>.