



РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ»,

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ
«ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ»**

Главный спонсор

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Ростов-на-Дону, 13 апреля 2017 г.

РОССИЙСКИЙ СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ «ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ». Ростов-на-Дону, 13 апреля 2017 года

1.Атрезия пищевода

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П.,
Оренбургский государственный медицинский университет, ГБУЗ ГКБ № 5 ЦДХ
Россия. Оренбург

Цель: улучшение результатов лечения детей с врожденной патологией.
Материалы и методы: с 2007 по 2016 годы пролечены 51 ребенок с атрезией пищевода. 49 (96%) пациентов имели атрезию пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом, 2 (4%) – безсвищевую форму. У 42 детей атрезия пищевода была изолированным пороком, у 9-ти сочеталась с другими пороками желудочно-кишечного тракта, а так же отмечена в составе ассоциаций пороков. Прооперировано 48 детей с атрезией пищевода. Все вмешательства выполнены из торакотомного доступа, прямой анастомоз пищевода наложен 45 пациентам, 3 выполнено разобщение трахеопищеводного свища, ушивание дистального конца пищевода, наложение анастомоза не проведено вследствие большого диастаза между атрезированными отделами. Несостоятельность наложенного анастомоза диагностирована у 5 детей, на 4 – 6 сутки после операции. 4 ребенка с несостоятельностью эзофагеального анастомоза излечены медикаментозно, одному потребовалась реторакотомия с целью разобщения анастомоза, наложения шейной эзофагостомы и гастростомы. Результаты: излечено 45 детей (88%), родившихся с атрезией пищевода. Погибло 6 пациентов: 3 – не оперировано всвязи с тяжелой сопутствующей патологией, двое - после операции всвязи с декомпенсацией врожденного порока сердца, 1 – по причине развития острой сосудистой недостаточности. Вывод: атрезия пищевода – успешно коррегируемый порок развития.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Бабошко П.Г., Базалий В.Н., Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Абушкин И.А., Ядыкин М.Е., Лапин О.В.

Челябинская областная детская клиническая больница. Россия. Челябинск

Цель/Aim. Проанализировать результаты лечения после пластики пищевода у детей с АП. Материал/Material. За 20 лет наблюдали 205 новорожденных с АП. Первичный эзофагоанастомоз был выполнен у 89,2% (183) пациентов, а в

остальных - 26 колоэзофагопластика (19) и у 7 - пластика желудком. Колоэзофагоанастомоз в один этап выполнен 15 больным, в два этапа 4 пациентам. Результаты/Results. После операции наиболее грозным осложнением был частичный или полный некроз кишечного трансплантата 2 (10,57%). Это осложнение развивалось у детей с хорошо васкуляризированным трансплантатом. В этой ситуации удаляли трансплантат и в последующем выполнялась пластика желудком. Частым осложнением после завершения пластики пищевода была несостоятельность шейного анастомоза 6 (23,1%). Она не потребовала хирургического лечения у 4 больных. 2-м больным потребовалась реконструкция – иссечение рубцово измененного эзофагоколоанастомоза с наложением его вторично. Анализ отдаленных результатов проведен 20 пациентов в сроки до 12 лет. Рубцовый стеноз разной степени выраженности выявлен у 5 (22,5%). В раннем послеоперационном периоде умер один ребенок. Заключение/Conclusion. Несостоятельность пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного соустья, его стеноз является одним из частых осложнений пластических операций по замещению пищевода у детей. У 86,3% детей в отдаленном периоде результаты отмечены как хорошие.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЯРОСЛАВСКО-ВОЛОГОДСКО-КОСТРОМСКОМ РЕГИОНЕ РФ

Бландинский В.Ф.1, Нестеров В.В.1, Анфиногенов А.Л.2, Балалаев Ю.К.3, Колобов Е.В.3, Юдин А.И.4, Бабаев Э.Б.1

1Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО ЯГМУ; 2ГБУЗ ЯО «Ярославская областная детская клиническая больница; 3БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница»; 4ГБУЗ КО «Костромская областная детская клиническая больница». Россия. Ярославль, Вологда, Кострома

Цель: Анализ состояния оказания неотложной хирургической помощи новорожденным с АП в Ярославско-Вологодско-Костромском регионе РФ. Материалы и методы: Проведён анализ лечения новорожденных с АП в регионе с 2013 по 2016 г. Всего было диагностировано 32 и оперировано по экстренно-срочным показаниям 28 новорожденных с АП (Ярославль - 16/16, Вологда - 10/7, Кострома - 6/4). Из 32 больных у 29 была АП с ТПС, у 3-х-изолированная форма. Традиционная торакотомия с перевязкой ТПС и прямым анастомозом «конец в конец» была осуществлена у 23 больных (Ярославль-16, Вологда-3, Кострома-5). Двоим больным по тяжести состояния произведена только перевязка ТПС (Вологда-1, Кострома-1) с наложением гастростомы. Торакоскопические операции (4) были выполнены в Вологодской ОДКБ (прямой анастомоз «конец в конец» с перевязкой ТПС). Результаты: Общая летальность составила 12,5 % (4 из 32), но

двое больных с множественными сочетанными пороками не оперированы и погибли, в послеоперационном периоде умерло 2 ребёнка (7,1 %), остальные – выздоровление. Выводы: 1. Состояние хирургической помощи новорожденным с АП в Ярославско-Вологодско-Костромском регионе РФ находится на достаточно высоком уровне. 2. В связи с созданием клинических кафедр ЯГМУ в г. Вологда и г. Кострома необходима консолидация усилий по проблеме лечения АП под научно-методическим руководством кафедры детской хирургии ЯГМУ.

СТРИКТУРЫ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БУЖИРОВАНИЯ

Волерт Т.А., Корнилова А.Б., Попова Е.Б., Караваева С.А.

СПб ГБУЗ Детская городская больница №1, СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Россия. Санкт-Петербург

Цель. Оценить у детей с атрезией пищевода (АП) частоту, факторы риска возникновения стриктур анастомозов и эффективность бужирования. Материал. В Центре патологии новорожденных на базе детской городской больницы №1 Санкт-Петербурга за 10 лет (с 2007 по 2016 г.г.) лечились 215 детей с различными формами АП. Результаты. Стриктура анастомоза выявлена у 84 (39%) пациентов с АП. Средний возраст 5 месяцев (от 1 мес. до 2 лет). Среднее число бужирований - 3 (от 1 до 12). Бужирование было успешным у 87% пациентов. 11 пациентов продолжали страдать легкой дисфагией. Осложнений после проведения бужирования выявлено не было. Анализ факторов риска показал, что стриктуры чаще возникают при большом диастазе с выраженным натяжением сегментов, что чаще происходит при наложении отсроченного анастомоза. Стриктура может возникнуть после несостоятельности анастомоза, которая, в большинстве случаев, у этой группы пациентов лечится консервативно. Тяжелый гастроэзофагеальный рефлюкс поддерживает воспаление в зоне анастомоза. При загрудинной пластике толстой кишкой стеноз чаще возникает в зоне шейного анастомоза. У детей с массой тела более 4 кг при рецидивах стриктур возможно применение баллонной дилатации. Выводы. Стриктуры анастомозов после оперативного лечения АП остаются частым осложнением. Бужирование по струне направителю – безопасный и эффективный метод лечения стриктур анастомозов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В РДКБ г. УФЫ

Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Мингулов Ф.Ф., Баязитов Р.Р., Борисов Г.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница. Россия. Уфа

Цель/Aim: анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода (АП)
 Материал/Material: в отделении хирургии новорожденных РДКБ с 2011 по 2016 гг находился на лечении 81 ребенок с АП. С дистальным трахеопищеводным свищом (ТПС) 72(88%), бессвищевая форма 9(12%). Результаты/Results: антенатально порок диагностирован в 10 (12%) случаях. Средний возраст при поступлении 1-3 сутки. Множественные врожденные пороки встречались у 11 детей (VATER-ассоциация-6) В зависимости от тяжести состояния ребенка, вида АП и характера сопутствующей патологии пациенты разделены по тактике хирургического вмешательства на три группы Первичный анастомоз наложен у 49 детей (60%). Отсроченный анастомоз у 25 (30%) детей. Показания: диастаз более 3 см (16) или тяжесть состояния пациента (9). При этом первичная операция заключалась в перевязке ТПС и гастростомии по Кадеру. Загрудинная колоэзофагопластика выполнена в 9 случаях. Показания: бессвищевая форма АП, несостоятельность анастомоза. Послеоперационные осложнения: несостоятельность анастомоза – 8, рубцовое сужение-4, реканализация ТПС-4. Осложнения при колоэзофагопластике – 1 краевой некроз трансплантата (резекция некротизированного участка с положительным результатом). Летальный исход у детей с АП отмечался в 15 (18%) случаях Заключение/Conclusion: современные методы диагностики, лечения и выхаживания позволяют улучшить результаты лечения детей с АП.

АНАЛИЗ ОТЛОЖЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Калинин И.В., Гаврилова А.В., Подшивалин А.А.

Казанский государственный медицинский университет. Россия. Казань

Цель. Обосновать проведение торакоскопии при атрезии пищевода и отсроченной эзофагопластики при больших диастазах. Материалы и методы. Проанализирована успешность лечения атрезии пищевода в ДРКБ Республики Татарстан за последние 5 лет. Было прооперировано 115 младенцев, из которых атрезия с НТПС была у 103 детей - 90% , с ВТПС у 2 детей – 1.7% , без свища у 7 детей - 6%, родившихся от матерей со средним возрастом 30,6 лет. Основная масса пациентов прооперирована эндоскопически, при этом минимальный вес ребенка составил 1200г. Среднее время операции 85 мин. У 87% пациентов атрезия пищевода была диагностирована пренатально. Летальность составила 1.7% (2 пациента из 115). Пациенты с большим диастазом оперированы в возрасте 1,5-2 мес. Им проведена отсроченная торакоскопическая эзофагопластика, с наложением прямого анастомоза. Экстубация проводилась в среднем на 4 сутки, а начало кормления на 5 сутки. Всем пациентам проводится плановая баллонная дилатация. Результаты. Отмечены плюсы отложенных торакоскопических

операций по поводу атрезии пищевода (мининвазивность, косметический эффект, меньшее время операции и действия анестезии, отсутствие риска излишнего натяжения анастомоза) Выводы. В лечении атрезии пищевода операцией выбора должна стать торакоскопическая эзофагопластика. При больших диастазах предпочтительно проведение отсроченной эзофагопластики.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПОСЛЕ ПРЯМОГО ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ

Кацупеев В.Б.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия.

Согласно современным воззрениям, реканализация трахеопищеводного свища (ТПС) после наложения прямого пищеводного анастомоза при атрезии возможна в 2 случаях: только при перевязке ТПС без его пересечения и образовании абсцесса между пищеводом и трахеей с пересеченным ТПС.

Цель. Оптимизировать технику хирургического устранения реканализованных ТПС.

Материал и методы. В клинике детской хирургии РостГМУ за 35-летний период (1982-2016 гг.) оперировано 288 детей с атрезией пищевода; у 204 – наложен прямой пищеводный анастомоз. У 9 человек ТПС не был пересечен, его только прошивали или перевязывали, что осуществлялось на ранних этапах освоения методики. Реканализация свища возникла у 5 (2,4%) новорожденных: у 4 больных с непересеченным ТПС и у 1 ребенка – с пересеченным ТПС. Возникшая реканализация ТПС потребовала повторного хирургического вмешательства реконструктивного плана, спустя 4-7 мес. после первой операции.

Результаты и обсуждение. Реканализация ТПС сопровождается совершенно определенной клинической картиной. Через некоторое время после операции прямого пищеводного анастомоза у ребенка появляется кашель при приеме вначале жидкой, а затем кашицеобразной и плотной пищи, поперхивание, акроцианоз, иногда развивается бронхоспазм и апноэ. Пациенты часто болеют обструктивными бронхитами и аспирационными пневмониями. К диагностическим приемам, имеющим, порой, решающее значение, следует отнести трахеоскопию, при которой на мембранозной части трахеи над бифуркацией можно увидеть отверстие от 1 до 4 мм в диаметре, окруженное гиперемированной слизистой. Возможно также введение метиленовой сини в трахею в зоне свищевое отверстие и обнаружение этого красящего вещества в просвете пищевода. При эзофагоскопии обнаруживается отверстие, из которого выделяются пузырьки воздуха, поступающие из трахеи. Нередко можно провести педиатрический бронхоскоп или леску через свищевое отверстие в трахее в просвет пищевода. Предоперационная подготовка предполагает перевод ребенка на зондовое питание. Назогастральный зонд сохраняется на протяжении всего хирургического вмешательства. Торакотомию выполняем обычно по старому рубцу в третьем межреберье трансплеврально. Производим прежде всего пневмолиз, рассекая спайки между верхней долей легкого и париетальной плеврой. Обнажаем пищевод и трахею. В месте локализации ТПС обычно обнаруживаем пакет лимфоузлов, свидетельствующий о хроническом воспалительном процессе этой области. Только после удаления лимфоузлов методичное разъединение сращений тупым и острым путем между стенками пищевода и трахеи позволяет увидеть периодически заполняющийся воздухом ТПС. Вначале выделяем со всех сторон дистальный отрезок пищевода вблизи от анастомоза и подводим под него тонкую тefлоновую трубку в качестве держалки. Потягивая за нее, выделяем ТПС только со стороны его передней поверхности, не обходя его сзади из-за возможного ранения крупных сосудистых стволов (аорты, легочной вены), правого главного бронха. Поэтому пересечение свища необходимо осуществлять, начиная с перед-

ней его стенки, затем переходя на заднюю через просвет свища. Накладываем 2-3 узловых шва (Prolen 5/0) на стенку трахеи, блокируя ТПС. Стенку пищевода ушиваем 2-3 узловыми швами в поперечном направлении. Дренируем плевральную полость по Субботину-Бюлау. При контрольном обследовании детей через полгода-год после реконструкции признаков сообщения трахеи с пищеводом не отмечено.

Выводы. У детей с атрезией пищевода при наложении прямого пищеводного настомо-за реканализации ТПС можно избежать только путем отсечения его от трахеи. Это главное условие такого хирургического вмешательства, которое должно выполняться безоговорочно. Возникшую реканализацию следует оперировать, соблюдая все нюансы хирургической техники, отмеченные в настоящем сообщении.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАТОРАКАЛЬНОЙ ЭЛОНГАЦИИ И ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ПО KIMURA

Д.А.Морозов¹, Е.С.Пименова¹, Д.В.Хаспеков², О.Г.Топилин², А.А.Шавров мл. ¹, М.И.Айрапетян¹

¹Первый Московский ГМУ им. И.М.Сеченова, ²Детская городская клиническая больница св. Владимира. Россия. Москва

Цель. Анализ отдаленных результатов лечения 3 детей с атрезией пищевода (АП) по методике Kimura - экстраторакальной элонгации пищевода (ЭЭП). Материалы. 3 детям с АП была выполнена ЭЭП. Выбор метода был обусловлен: несостоятельностью первичного анастомоза пищевода-1, большим диастазом сегментов и тяжелой сочетанной патологией-2 (гидроцефалия, потребовавшая шунтирования -1, синдром Дауна-1). Всем детям было выполнено три этапа ЭЭП в течение 9-12 месяцев, затем наложение эзофагоанастомоза. У 2 радикальная операция выполнена торакоскопически. Результаты. Через 6 месяцев после пластики у всех детей отмечен стеноз пищевода. Проведено бужирование и баллонная дилатация. У 2 пациентов выполнена фундопликация по поводу гастроэзофагеального рефлюкса. Через 3 года после радикальной пластики 2 детей не имеют явлений дисфагии, получают диету по возрасту, имеют нормальный вес. У 1 ребенка с синдромом Дауна сохраняется стеноз пищевода, проводится бужирование курсами. Выводы. Результаты лечения признаны удовлетворительными. Методика Kimura с торакоскопическим анастомозированием пищевода рекомендована для лечения пациентов с АП при невозможности наложения первичного/отсроченного анастомоза пищевода или выполнения других видов пластики, а также при несостоятельности эзофагоанастомоза. Преимуществом метода является сохранение пищевода, в связи с чем необходимо накопление опыта данных операций

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА. НАШ ОПЫТ

Немилова Т.К. , Караваева С.А., Котин А.Н., Леваднев Ю.В., Горелик Ю.В., Попова

Е.Б.

Детская городская больница №1. Россия. Санкт-Петербург

Введение. Лечение атрезии пищевода (АП) до сих пор представляет большие проблемы, особенно при большом диастазе между сегментами. Цель. Представить наш опыт лечения различных форм АП. Материал. В нашем Центре патологии новорожденных за последние 10 лет лечились 215 детей с различными формами АП. Первичный анастомоз пищевода наложен 187 детям (87%), у 15 из них одновременно выполнялись вмешательства по поводу атрезии двенадцатиперстной кишки (5 детей), непроходимости тощей кишки (2), наложение колостомы при аноректальных пороках (8). Большой диастаз между сегментами имели 28 пациентов, 15 из них была наложена гастростома и шейная эзофагостома, в дальнейшем выполнена эзофагоколопластика. 13 больным наложен отсроченный анастомоз пищевода пяти (диастаз больше 5 см) в 3 месяца выполнена процедура Фокера, двое из них потребовали в последующем проведения фундопликации по Ниссену. Осложнения возникли в 15 случаях (7%) – несостоятельность анастомоза пищевода у 7 больных, рецидив трахеопищеводного свища у 5 пациентов, некроз трансплантата при эзофагоколопластике в 1 случае. Результаты. Из 215 детей умерли 14 (6,5%). От возникших осложнений не погиб ни один ребенок. Заключение. Подавляющему числу больных с атрезией пищевода удается восстановить функцию собственного пищевода путем наложения анастомоза, в том числе и при первично «непреодолимом» диастазе между сегментами.

ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ 23 ЛЕТ

Разин М.П., В.А. Скобелев, А.С. Семакин, В.И. Лапшин, С.Ю. Кузнецов, А.В. Смирнов Кировский государственный медицинский университет. Россия. Киров

Атрезия пищевода (АП) – актуальная проблема детской хирургии. Нами 1994-2016 пролечено 64 больных с АП: 40 (62,5%) мальчиков и 24 девочки; из них 56 новорожденных. 56% были доношены, среди недоношенных масса 850-2450 (M=1965, за последние 5 лет 1268). Вариант с нижним ТПС в 86,3% случаев, бессвищевые формы – в 10,9%, вариант с верхним и нижним ТПС – 2,8%. Сопутствующая патология: ВПС 19%, аноректальные атрезии и аплазии (агенезии) почек по 11%, синдром Дауна 5,5%. Выполнено 80 операций: первичный анастомоз 31%, временные эзофаго- и гастростомы 66,6%, пластика толстой кишкой 2,4%. Средний койко/день 11,7. Летальность за весь период 56%, за последние 5 лет 38%. Осложнения: аспирационная пневмония 58%; отек ГМ 33,3%; ДВС 22%; ПОН 14%; кровоизлияния в ГМ 11%; РДС 8%; анемия, плеврит, перикардит по 5,5%; несостоятельность анастомоза после 78% наложений,

рецидивирование ТПС и стеноз наложенного анастомоза по 5,5%. Снижение средних m и гестационного возраста прямо связано с переходом на новые критерии живорожденности; существенное снижение летальности скорее определяется фатальностью патологии в 90-е годы, чем образцовым уровнем помощи детям в настоящем; выживаемость имеет перспективы к дальнейшему росту.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Тарасов А.Ю., Петрова Н.Е.
Кафедра педиатрии и детской хирургии СВФУ им. М.К. Аммосова, хирургическое отделение Педиатрического центра РБ№1 – НЦМ, Якутск. Россия

Цель: изучить результаты лечения атрезии пищевода в регионе. Материалы и методы: с 2007 по 2016 годы поступило 35 новорожденных, в 97% с нижним трахео-пищеводным свищом, 37% недоношенные, в 40% сопутствующие пороки - ВПС, атрезия ануса. Результаты: эзофагоанастомоз выполнен у 29 новорожденных, в 1 случае торакоскопически. Несостоятельность у 9 больных (31%): в 1 случае дефект ушит, 5 больным анастомоз разобщен с выведением стом, в 3 случаях несостоятельность ликвидирована консервативно. Всего колоэзофагопластика выполнена 7 больным. У 2 детей с экстремально низкой массой тела анастомоз наложен 27 сутки жизни после первого этапа – гастростомии. В 23% случаев проведены бужирование и баллонная дилатация стеноза пищевода с хорошим результатом. Летальность составила 11% за 10 лет. Выводы: У детей с экстремально низкой массой тела целесообразно этапное оперативное лечение с выполнением отсроченного эзофагоанастомоза. При несостоятельности эзофагоанастомоза возможно заживление консервативными мероприятиями.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Степаненко Е.А., Белоус Р.А., Смирнова О.Н., Смирнова Н.Е., Болгова В.Г., Щур А.Ю., Недид С.Н., Кряжевских О.В., Яцишин Д.А.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области "Амурская областная детская клиническая больница". Россия. Благовещенск

Цель: Анализ лечение детей с атрезий пищевода в Амурской области. Материалы и методы: С 1995 по 2016 гг. пролечено 35 детей с АП, из них 21 мальчик (60%), 14 девочек (40%). У 17 детей (48,6%) порок был изолированным, у 18 (51,4%) сочетание множественных пороков развития, либо тяжёлая соматическая патология. У 3 (8,6%) детей АП была с нижним и верхним ТПС, 3 (8,6%) умерли до операции, у 6 (17,1%) на операции не удалось выполнить первичный анастомоз в виду непреодолимости диастаза, одном случае выполнялась процедура Фокера.

Остальным 26 пациентам (74,3%) было выполнено радикальное лечение. Результаты: Летальность 22 ребёнка (62,9%). Послеоперационная летальность 19 человек (59,4 %), выздоровело 13 (37,1%). Осложнения: несостоятельность анастомоза 2 (6,3 %); хилоторакс – 1 (3,1 %); несостоятельность дуодено-дуоденоанастомоза у пациента с сочетанной дуоденальной непроходимостью – 1 (3,1%); несостоятельность гастростомы у 1 (3,1%); реканализация свища 3 (8,6%). Стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза у 8 (22,9%), что потребовало от 1 до 3 бужирований пищевода по струне. Заключение: Основная часть послеоперационных осложнений и большая часть умерших была до использования современных шовных материалов и до внедрения адекватных методов выхаживания и коррекции сопутствующих состояний и патологий во время предоперационной подготовки, а также в интра- и послеоперационном ведении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Ферзаули А.Н., Висуров Л.В., Напольников Ф.К.

Медицинский институт Чеченского государственного университета.Россия.Грозный

Цель. Выполнить анализ результатов лечения атрезии пищевода до и после открытия отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей (ОРИТН) в Республиканской детской клинической больнице (РДКБ) города Грозного. Материал. 34 ребенка с диагнозом атрезия пищевода поступили в РДКБ за период с 2012 по 2016 гг. Из них 19 мальчиков и 15 девочек. У всех детей диагностирована атрезия пищевода с трахео-пищеводным свищом (ТПС). Результаты. Из 34 детей, оперированных в нашей клинике, 14 умерло. В одном случае выполнено повторное вмешательство в связи с реканализацией ТПС после наложения прямого эзофагоэзофагоанастомоза и перевязки свища. Виды и количество выполненных операций: прямой эзофагоэзофагоанастомоз - 4, перевязка ТПС, наложение эзофаго- и гастростомы - 27, только перевязка ТПС -3. Явное снижение послеоперационной летальности отмечается за период 2015-2016 гг. (4 случая за два года против 10 за предыдущие три года). Заключение. Снижение послеоперационной летальности было достигнуто благодаря: - открытию ОРИТН и созданию необходимых условия для выхаживания новорожденных; -организации операционной непосредственно в ОРИТН; - правильной организации транспортировки новорожденных из родильных домов в РДКБ.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОЛОЭЗОВАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Цап Н.А., Чудаков В.Б., Некрасова Е.Г.

Уральский государственный медицинский университет Областная детская клиническая больница №1. Россия. Екатеринбург

Цель: анализ всех этапов хирургической реабилитации детей с разобщенным пищеводом при некорректируемой одномоментно атрезии пищевода. Материалы и методы. Проспективный анализ включил 28 детей с разобщенным пищеводом (шейная эзофагостома и гастростома), пролеченных в отделении торакальной хирургии за 10-летний период (2007 – 2016 гг.). Возраст детей 6-12 месяцев. Основным критерий включения – ребенку выполнена заградунная колоэзофагопластика (КЭП). Результаты. Формат трансплантата пищевода типичен: поперечно – ободочная кишка и нисходящая часть ободочной кишки (27 детей) и поперечно – ободочная кишка у 1 ребенка. Толстокишечный трансплантат проводили в переднем средостении. Одноэтапная КЭП выполнена у 26 (93%), но в 2 (7%) случаях операция проведена в 2 этапа. Важным разделом послеоперационного периода считаем своевременную диагностику осложнений, как хирургического, так и реанимационного плана: слюнной свищ (5), рубцовый стеноз шейного колоэзофагоанастомоза (4), инфильтративный медиастинит (2), двусторонняя пневмония (2). В одном случае наступил летальный исход (3,6%). На динамическом наблюдении находятся все дети. Вывод: Улучшение качества жизни детей с разобщенным пищеводом достигается при ранней заградунной колоэзофагопластике, что способствует восстановлению пассажа пищи и полноценному физическому развитию у 92% больных, адаптирует их к окружающим условиям.

НАЛОЖЕНИЕ ПРЯМОГО ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ С УДЛИНЕНИЕМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТРЕЗКА ПИЩЕВОДА МИОТОМИЕЙ ПО LIVADITIS-KIMURA В СОБСТВЕННОЙ МОДИФИКАЦИИ

Чепурной Г.И.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

Ещё совсем недавно при атрезии пищевода с диастазом между пищеводными концами более 3 см не удавалось наложить прямой пищеводный анастомоз, а использование миотомии по Livaditis-Kimura приводило в большинстве случаев к развитию дивертикулов пищевода в отдаленные сроки после операции.

Цель. Показать значение усовершенствованной эзофагомиотомии по способу Livaditis-Kimura в увеличении процента наложения прямых пищеводных анастомозов при атрезиях пищевода.

Материал и методы исследования. В течение последних 7 лет в нашей клинике при атрезии пищевода с диастазом между пищеводными концами от 2,5 до 3,5 см (11 больных) мы применяем удлинение проксимального сегмента пищевода с помощью миотомии по способу Livaditis-Kimura в собственной модификации. Способ модификации имеет патент на изобретение РФ № 2454190 и состоит в рассечении наружного продольного мышечного слоя

пищевода с оставлением интактными циркулярных мышечных волокон. Такой процедурой прерывается ретракция пищеводной трубки, а удлиняющий эффект пищевода получается такой же, как и при рассечении всей мышечной оболочки способом Livaditis-Kimura. Этот факт доказан в экспериментальных исследованиях М.Г.Чепурного в 2013 г. В своей клинической практике у всех 11 новорожденных мы использовали и способ Livaditis – круговое рассечение мышечной оболочки, и модификацию Kimura – спиралевидное рассечение мышц. Миотомию производим на катетере Фолея, который проводим в просвет проксимального сегмента пищевода ретроградно.

Нам больше импонирует методика Levaditis, так как при ней легче контролировать полноту рассечения продольного мышечного слоя. Как правило, после выделения проксимального сегмента пищевода из параэзофагагеальной клетчатки наносим 2 круговых сечения, отстоящих друг от друга на расстоянии 15-17 мм. Двумя циркулярными рассечениями удлиняем оральный отрезок пищевода до 15 мм, что позволяет сопоставить пищеводные края и наложить прямой пищеводный анастомоз с допустимым натяжением стенок пищеводной трубки.

Результаты. У всех 11 больных, которым была применена описанная методика, послеоперационный период закончился полным сращением анастомозированных пищеводных концов. Несостоятельности швов соустьев не было отмечено ни разу. В отдаленные сроки послеоперационного периода у двух пациентов были выявлены рубцовые стриктуры анастомоза, которые потребовали проведения баллонодилатации. Она оказалась эффективной в обоих случаях. Ни у одного из пациентов не было зарегистрировано образования пищеводного дивертикула, что является типичным осложнением при миотомии, выполненной по способу Livaditis-Kimura.

Выводы. Таким образом, у детей с атрезией пищевода удлинение проксимального отрезка с помощью эзофагомиотомии по Livaditis-Kimura в модификации Чепурного является резервной возможностью наложения прямого пищеводного анастомоза с сохранением естественного пищеводапроводящего органа.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА: ЭФФЕКТИВНАЯ ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Чудаков В.Б., Цап Н.А., Бобковская Е.Е., Наумова О.А.

Уральский государственный медицинский университет Областная детская клиническая больница №1. Россия. Екатеринбург

Цель: представить результаты оперативного лечения атрезии пищевода (АП) у новорожденных детей. Материалы и методы. В аналитическую выборку включено 76 историй болезни детей с АП, пролеченных в хирургии новорожденных за последние 5 лет. Пик рождаемости детей с АП пришелся на 2014 год (21 ребенок), а вот в 2017 году оперировано только 11 детей. У большей части детей порок был изолированный (63,2), но наибольшую трудность представляет выхаживание детей с МВА, где преобладают врожденные пороки сердца (18) и опорно-двигательного аппарата(12). Результаты. Антенатальная диагностика АП указала на поиск эффективных методов (11,8%). В структуре анатомических форм АП преобладает порок с НТПС, что выявлено у 72 (94,7%) новорожденных.

Оперативное лечение - ликвидация ТПС, формирование эзофаго-зофагоанастомоза (ЭЭА) – 59 (77,6%) больных. 1 ребенок не оперирован – умер. 16 детям этапная хирургическая коррекция ВПР, учитывая МВПР – 10, характер ВПР и тяжесть состояния ребенка из них умерло 2 (2,6%). На 10-е сутки проводится контрастное исследование пищевода. Калибровочное бужирование после 14-х суток – бужи 12-15 и 18Fr. Осложнения в виде рубцового стеноза (10) ЭЭА потребовали наложения гастростомы и проведения нити. Общая летальность – 7,9%. Выводы. Оперативные и реанимационные технологии позволяют коррегировать и выхаживать новорожденных с АП даже с экстремально низкой массой тела.

АНАЛИЗ ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Щербинин А.В., Некрасов А.Д., Фоменко С.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Погорелая Ю.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

Цель. Проанализировать опыт лечения новорождённых с атрезией пищевода.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2011 по 2016 годы включительно находилось 42 пациента с атрезией пищевода и различными вариантами трахеопищеводных свищей. Из них мальчиков было 27 (64, 3 %), девочек 15 (35,7 %). Атрезия пищевода сочеталась с нижним трахеопищеводным свищом у 37 пациентов (88 %), с верхним трахеопищеводным свищом у 2 пациентов (4,8 %), с верхним и нижним трахеопищеводным свищом у 2 пациентов (4,8 %). У 1 ребёнка (2,4 %) отмечалась атрезия пищевода без трахеопищеводных свищей.

Результаты и обсуждение. Все дети с атрезией пищевода оперированы в 1-е сутки жизни, после проведения соответствующей предоперационной подготовки. Производилась торакотомия справа, ревизия пищевода, перевязка трахеопищеводных свищей. 34 пациентам (81 %) произведено наложение эзофаго-эзофаго анастомоза конец в конец однорядным швом. У 8 пациентов (19 %) при невозможности наложения эзофаго-эзофагоанастомоза произведено наложение гастростомы по Кадеру. Послеоперационные осложнения отмечались у 4 детей (9,5 %). У 3 пациентов (7,1 %) отмечалась несостоятельность эзофаго-эзофагоанастомоза. У 1 пациента (2,4%) имело место нагноение торакотомной раны. За истекший период времени умерло 14 пациентов (33,3%). Это пациенты с множественными врождёнными пороками развития, низкой массой тела, внутриутробной инфекцией, пороками сердца. Все дети с атрезией пищевода через 2 недели после выписки из отделения направляются на консультацию к эндоскопистам, для решения вопроса о проведении бужирования.

Выводы

1. Наиболее часто атрезия пищевода сочетается с нижним трахеопищеводным свищом.
2. Большинству пациентов возможно провести одноэтапное оперативное лечение с перевязкой трахеопищеводного свища и наложением эзофаго-эзофаго анастомоза.
3. Самым распространённым осложнением в послеоперационном периоде является несостоятельность эзофаго-эзофаго анастомоза.
4. На сегодняшний день показатели смертности у детей с атрезией пищевода остаются высокими, и составляет 33,3 %

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ОБЗОР ЗА 33 ГОДА

Яницкая М.Ю., Золотарев Н.В., Малышев М.Г., Бордиян С.Г., Саблин Е.С., Турабов И.А., Марков Н.В.

Северный государственный медицинский университет Архангельская областная детская клиническая больница. Россия. Архангельск

Цель: Анализ результатов лечения атрезии пищевода (АП), выбор путей оптимизации хирургической тактики. Материалы и методы: Проведено ретроспективное сплошное исследование результатов лечения АП у 107 детей (оперировано 97), пролеченных на базе Архангельской областной детской клинической больницы (АОДКБ) с 1984-2016гг. Варианты порока: АП с нижним трахеопищеводным свищом (ТПС) 95(88,8%), с верхним и нижним ТПС 6(5,6%), с двумя нижними ТПС 1(0,9%), без свищей 2(1,9%), вариант не известен 3(2,8%). Сопутствующие пороки у 44(41,1%). Оперативное лечение выполнялось открытым доступом. Более половины пациентов доставлено в АОДКБ силами санавиации. Результаты: Отмечено увеличение выживаемости детей, оперированных с АП: 1984-1996 - 23,6%; 1997-2008 - 62,1%; 2009-2016 - 75%. Послеоперационные осложнения (несостоятельность анастомоза, рецидив свища, стеноз) встретились у 34 (35%) пациентов. Влияние на послеоперационную летальность на ранних этапах оказали подходы к до и послеоперационной интенсивной терапии, в настоящий период – сопутствующие аномалии, сроки гестации, низкое качество дородовой диагностики. Вид транспортировки не имел решающего влияния на исход лечения. Вывод: Пути снижения летальности и осложнений лечения АП заключаются в повышении качества дородовой диагностики, составлении программы лечения с учетом сопутствующих аномалий, использовании эндоскопического доступа.

2.Рубцовые стриктуры пищевода. Эзофагопластика.

БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ПОСТКОРРОЗИОННЫХ СТЕНОЗАХ У ДЕТЕЙ

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П., Мельцин И.И.

Оренбургский государственный медицинский университет, ГБУЗ ГКБ № 5 ЦДХ Россия. Оренбург

Цель исследования: оптимизация помощи детям со стенозами пищевода после химического ожога. Материалы и методы: с 2007 по 2016 г в ЦДХ г. Оренбурга лечилось 83 ребенка с химическими ожогами пищевода. Принята этапная схема обследования и лечения детей, принявших прижигающие жидкости. 1 этап – в реанимационном или токсикологическом отделении проводится терапия, а также

ФЭГДС с целью уточнения степени повреждения пищевода. 2 этап – в хирургическом стационаре, где выполняется ФЭГДС для уточнения степени повреждения пищевода. 3 этап - дети со стенозом пищевода после химического ожога периодически госпитализируются в хирургическое отделение, где под общим обезболиванием проводится дилатация зоны стеноза пищевода. I степень повреждения диагностирована у 24 пациентов (28,9%), II степень – у 37 (44,5%), III степень – у 22 больных (26,5%). В бужировании нуждались пациенты с III степенью ожога пищевода. Используемые методы восстановления проходимости пищевода: бужирование термопластическими бужами «в слепую», за нить (после наложения гастростомы по Кадеру), баллонная дилатация. Частота проведения бужирования определялась возникновением дисфагии. Результаты: Удовлетворительного стойкого результата удавалось добиться через 6 мес – 2,5 лет после начала лечения. Выводы: Принятая схема лечения позволяет сохранить пищевод и восстановить питание через рот у большинства больных.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Адылова Г.С., Тилавов У.Х., Каримов Б.А., Шахайдаров Ш.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии. Узбекистан. Ташкент

Стенозирующие доброкачественные заболевания пищевода у детей имеют остаются актуальной проблемой. Цель исследования. Улучшение результатов лечения стенозов пищевода у детей раннего возраста. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 25 ребенка раннего возраста со стенозами пищевода. В зависимости от этиологического фактора больные были разделены на 2 клинические группы: 1) послеожоговые стенозы пищевода – 8 (32%); 2) послеоперационные стенозы анастомозов – 17 (68%). С лечебной целью 6 детям проводилось этапное бужирование «за нить», 19 пациентам выполняли баллонную дилатацию пищевода (БДП). Результаты. Было выполнено 57 процедур бужирования, 43 лечебные процедуры БДП и проведено 24 повторных курса. В 1 группе на одного больного в среднем приходилось 48 процедур бужирования и 12 сеанса дилатаций и потребовалось 4,5 поддерживающих курса. Во 2 группе среднее количество процедур: бужирование-9, 18-БДП и потребовалось в среднем 2,7 курса поддерживающего лечения. Длительность лечения при бужировании составило 9 месяцев, при БДП 6 месяца у пациентов 1 группы и 3 месяцев у детей 2 группы. Заключение: ЭБД является эффективным методом лечения стенозов пищевода различной этиологии. Наиболее эффективна ЭБД у детей с

послеоперационными стенозами пищеводных анастомозов. Более длительные периоды лечения требуется больным с послеожоговыми стенозами пищевода.

СТЕНТИРОВАНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Арифджанов Н.С.¹, Алиев М.М.², Тилавов У.Х.², Адылова Г.С.¹, Каримов Б.А.¹
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт². Узбекистан.
Ташкент

Цель: изучить эффективность биодegrадабельных стентов у детей с рубцовыми стенозами пищевода. Материал и методы: в основу исследования были положены данные стентирования 9 детей в возрасте от 2 до 10 лет. Имплантация стента выполнялась под рентгенологическим и эндоскопическим контролем. Результаты: у 6 пациентов рубцовый стеноз после щелочных ожогов, давностью более 6 месяцев. У 3 пациентов было рубцовый стеноз зоны анастомоза, после атрезии пищевода. При рентгенологическом обследовании у них выявлялась стеноз с диаметром просвета менее 3-4 мм. Эффективность этого метода лечения в большой степени зависела от правильно подобранных характеристик стента: его длины, радиальной силы и диаметра. В результате стентирования удалось удерживать «физиологическим» просвет пищевода в течение более 3 месяцев, избавив детей от необходимости повторных бужирования. У всех пациентов в сроки биодegrадации стента, был получен хороший дилатирующий результат. Одному пациенту через 10 месяцев выполнено повторное бужирование по проводнику зоны рестенозирования с повторным стентированием, что привело к стойкому положительному эффекту. Остальные 8 пациентов после однократной имплантации стента в сроки 9-18 месяцев не имеют дисфагии. Заключение: применение биодegrадирующихся стентов при лечении стенозов пищевода заменить систематические бужирование и баллонные дилатации, сократить сроки лечения.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Баиров В.Г., Салахов Э.С., Казиахмедов В.А.

СПБГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 имени Н.Ф. Филатова»
ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова». Россия. Санкт-Петербург

Цель работы улучшить результаты лечения детей с ожогами пищевода За период с 2006 г по 2017 год поступило 2409(100%) детей с подозрением на химический ожог пищевода (ХОП). Детям было проведено фиброэзофагогастро-скопия (ФЭГДС), где ожог пищевода выявлен у 937(38,9%). Из 937(100%) детей с ХОП, после проведения ФЭГДС, больные разделены на 2 группы: 1 группа – дети с

ХОП I степени, 2 группа – дети с ХОП II и III степени. Дети с ХОП 1 степени госпитализировались на хирургическое отделение. При ХОП II и III степени госпитализировались в ОРИТ. Очень важное значение придавалось оказанию первой медицинской помощи (ПМП), объему и срокам ее проведения. В стационаре проводилось комплексная консервативная терапия. В качестве методов исследования использовалось ФЭГДС, Эндоскопическая Ультрасонография(ЭУС). При ХОП 2 степени наряду с проведением ФЭГДС проводится ЭУС, для установления точной степени поражения. Всего осложнений 28(3%). Стеноз пищевода в 25(89,3%) случаях, 2(7,1%) стеноз -перфорация, 1(3,6%) нарушение акта глотания. при стенозе пищевода проводилось бужирование пищевода по струне проводнику, перфорации пищевода, возникли ятрогенно при ФЭГДС. В обоих случаях наложена гастростома. В 1 случае (3,7%) в связи с неэффективностью лечения потребовалось пластика пищевода. При полноценном оказании медицинской помощи на всех этапах лечения больным, позволяет снизить число осложнений.

МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ

В.А.Вечеркин, С.Н. Гисак, П.В. Королев, Е.И. Ткаченко, Н.Н. Цаприлова, О.М. Яхьяева, А.А. Рыжков, П.В.Коряшкин, К.С.Благих, Н.М.Кулинченко
Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко
Россия. Воронеж

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами. Пациенты и методы. В детском ожоговом отделении с 2012 по 2016 годы находилось на лечении 126 детей с рубцовыми послеожоговыми контрактурами различной локализации. Из них оперировано 103 ребенка. Консервативное стационарное лечение на ранних стадиях развития контрактур получили 23 больных. С 1 года до 3-х лет – 27 детей, 3 - 7 лет – 32, 7 - 15 лет – 67 пациентов. Результаты. У детей до 3-х лет контрактурами различной степени были поражены преимущественно кисти рук. Им выполнялись пластики местными тканями и комбинированные с применением расщепленных кожных лоскутов с последующей иммобилизацией пальцев инъекционными иглами. Дети с 3-х лет до 7 оперированы с применением пластики местным тканями, сочетая в случае необходимости полнослойные обезжиренные и в незначительном количестве расщепленные лоскуты. Дети с 7 лет и старше – пластика местными тканями в сочетании с полнослойными лоскутами. Во всех случаях наилучший результат давала пластика трапецевидными лоскутами. Заключение. 1. При

выборе тактики оперативного лечения у детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами необходимо учитывать возраст, степень и обширность рубцовых изменений. 2. При рубцовых контрактурах стоп и ее пальцев применение пластики полнослойным лоскутом является наиболее целесообразным.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ.

Вечеркин В.А., Гисак С.Н., Королев П.В., Ткаченко Е.И., Цаприлова Н.Н., Королев С.П., Соболева М.Ю., Климов А.В., Благих К.С. Коряшкин П.В., Мамян А.Б.

Воронежский Государственный Медицинский Университет им. Н.Н. Бурденко
Россия. Воронеж

Цель: Улучшить результаты лечения у детей с ХОП. Материалы и методы: В клинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко за последние 6 лет находилось на лечении 239 детей от 1 до 15 лет с ХОП. Из них 175 в возрасте от 1 до 3 лет. Оказание первой врачебной у 219 детей (промывание желудка) проводили сотрудники скорой помощи, а 20 – в ДХО. Детям при поступлении в течении 1-2 суток проводили ЭГДС аппаратом «OLYMPUS», больных в крайне тяжелом состоянии, с признаками шока госпитализированным в ОРИТ, ЭГДС проводилось на 2-3 сутки. Для диагностики степени поражения слизистой пищевода, производились повторные ЭГДС через 7-10 дней. Гастростомии потребовались 9 пациентам. Результаты: Преобладающим химическими агентами были органические и неорганические кислоты, моющие средства, окислители, средства бытовой химии, щелочи (КРОТ, каустическая сода и др.) По результатам эндоскопического исследования I степень повреждения у 176 человек, II степени 36, III степени 27. У пациентов со II-III степенью ХОП проводили раннее бужирование. Осложнений не наблюдалось, летальных случаев не было. Выводы: Лечение ХОП должно начинаться на этапе первой врачебной помощи, включая промывание желудка, обезболивание и введении глюкокортикоидов. Комплексное терапия в ДХО включает в себя проведение ЭФГДС и раннее бужирование.

СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Гафурова Ш.М., Акбаров Н.А. Юлдашев М.А., Каримов Д.К., Бозоров Ш.Т.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекситан. Андижан

Актуальность: Стриктура пищевода (СП) является частой патологией. СП у детей возникают после случайного проглатывания растворов кислот или щелочей, синтетических моющих средств. Материалы. Обследованы 74 больных с 2000 по 2016 года в отделение хирургии. Из них мальчиков 41 (55,4 %) девочек 33 (44,5 %)

возрасте 1 года до 3,5 лет. Причинами СП явились ожоги пищевода. Для уточнения поражения пациентом выполнена ФЭГДС. Сроки проведения ФЭГДС зависело от выраженности клинических проявлений. При отсутствии клинических проявлений ФЭГДС выполнена 1-3 сутки. У 32 детей выявлены ожоги пищевода 1 ст. При выраженных проявлениях ФЭГДС выполняли в конце первой недели с момента ожога у 42 (56,7 %). При анализе ФЭГДС преобладает химический ожог пищевода верхней трети у 68 % 2, степень ожога развилась 50 % 3 степень ожога пищевода у 32%. У 48 детей выявлена патология желудка и 12-пёрстной кишки в виде гастрита и гастродуоденита. После лечения с конца 1 недели после ожога начинали профилактическое бужирование 3-4 раза в нед. методом слепого бужирования. У 2 больных с протяженным ригидным СП выполнена реконструктивная операция на пищеводе Заключение. При ожогах пищевода своевременное при правильном проведённом бужировании исход благоприятный, в случае неправильного лечения возможно формирование грубого стеноза что в последующем потребует выполнения реконструктивных операций на пищеводе

ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Жидовинов А.А., Красилов В.Л., Пермьяков П.Е., Калянин В.М., Холамханов К.Х. Астраханский государственный медицинский университет. Россия. Астрахань

Цель: изучить структуру химических ожогов пищевода (ХОП) у детей, оценить эффективность лечения. Материалы: За период 2012-2016 г. в ГБУЗ АО «ОДКБ им.Н.Н.Силищевой» на лечение поступило 159 детей с ХОП. Возраст пострадавших вариировал от 6 месяцев до 17 лет. Мальчиков было 85, девочек 74. Структуру прижигающих веществ составляли уксусная кислота, перманганат К, чистящие средства типа «Крот». Результаты: Пациенты с ХОП поступали в сроки от 30 мин до 3 суток с момента употребления веществ. После проведения ФЭГДС ХОП 1 степени был выявлен у 111 детей (69,8%). ХОП 2–3 степени - у 31 ребенка (19,5%), ХОП 3 степени - у 17 детей (10,7%). В план лечения входила инфузионная терапия с применением глюкозо-солевых растворов, реамберина, парентеральное питание, обезболивающая, антибактериальная, симптоматическая терапия. В качестве местного лечения применялись антациды. Бужирование для коррекции послеожогового стеноза осуществлялся у пациентов с тяжелыми ХОП, в том числе со 2-й степенью ХОП. Размеры бужей определялись по шкале С.Д. Терновского с последующей коррекцией. Заключение: Объективным способом диагностики степени ХОП остается эндоскопический. Медицинская помощь, оказанная с первых минут после травмы, позволила избежать ранних осложнений. Основным

методом коррекции рубцовых стенозов остается бужирование.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Лысов А.Е., Черников А.Н., Сниткин Н.А., Гаглоев В.М., Тома А.Н.

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород НИУ Белгородский Государственный университет. Россия. Белгород

Группа пациентов с химическими ожогами пищевода и дыхательных путей требует отдельного рассмотрения. Первый такой пациент поступил в нашу клинику в 2014 году. Всего было 5 таких наблюдений, 3 – в течение 2016 года. Характерен период мнимого благополучия до нескольких часов, после чего быстро развивается ларингостеноз с угрозой асфиксии. Все пациенты экстренно госпитализировались в отделение реанимации, где выполнялась интубация трахеи и в первые 1-2 часа от госпитализации – трахеостомия. Во всех случаях потребовалось проведение АИВЛ продолжительностью до 10 суток, в 1 случае – ВЧАИВЛ. В 1 случае в первые сутки развился пневмомедиастинум, потребовавший экстренной шейной медиастинотомии. В 1 случае спонтанный пневмоторакс слева. Был наложен плевральный дренаж по Бюлау, пневмоторакс устранен, дренаж удален на 3 суток. Всем детям выполнена гастростомия с проведением нити для бужирования. Консервативное лечение включало детоксикационную, антибактериальную, гормональную, симптоматическую терапию, профилактику желудочно-пищеводного рефлюкса, раннее бужирование при формировании рубцового стеноза, физиотерапию, ГБО. Контрольная бронхоскопия производилась спустя 3-4 недели от ожога. Формирования стриктур дыхательных путей не было. Все 5 детей выписаны домой. У 4 развился рубцовый стеноз пищевода, потребовавший бужирования. 2 из них еще проводится бужирование пищевода амбулаторно.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р.

Кафедра детская хирургия КРСУ. Кыргызстан. Бишкек

Цель:изучить особенности ХОП у детей. Материалы и методы:в 2009-2016 годах в ГДКБ СМП пролечено 571 детей с ХОП.Изучено анамнез, осмотр, общеклинические анализы, ларинго и эзофагоскопия, по необходимости рентгенография.

Результаты:мальчики-302(52,8%),девочки-269(47,2%). В возрасте:от 1до3 лет-380(66,5%),3-7 лет 65(28,9%), старше7лет-26(4,5%) больных. В младшем возрасте причиной употребления химического вещества были случайные.У старших детей часто суицидного характера. По характеру химического агента:уксусная кислота-

233 (40,8%), перманганат натрия-109(19%), уайт спирт-82 (14,3%), красители-71(12,4%), другие реагенты -39 (6,8%), средство «Аврора»-23(4,0%), аккумуляторная жидкость, кислоты-12(2,1%), чистотел-2(0,3%). Средство «Аврора» применяется как моющее вещество для посуды и во всех случаях вызывает глубокий ожог. Для профилактики стеноза пищевода применяли раннее наложения гастростомы и бужирование катетером Фоллея, что предупреждает также перфорации пищевода. В отдаленном периоде рубцовое сужение пищевода отмечено (4,4%), перфораций нет. В контрольной группе слепом бужировании зондом перфорация наблюдался (3,8%). Гастростомия при тяжелых ожогах и рубцовом стенозе (4,7%). Выводы: Отмечается рост детей с ХОП. При ранней гастростоме и «бужирования по нитке» зондом Фоллея исключает перфорации пищевода и снижает рубцовое сужение.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Напольников Ф.К., Ферзаули А.Н.

Медицинский институт Чеченского государственного университета. Россия. Грозный

Цель: оценить результаты диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей. Проведен анализ лечения 116 больных с ожогами пищевода, из них вызванными кислотами - 75, щелочью-28, и другими веществами -13. Основное значение для определения степени и уровня ожога пищевода отводилась фиброэзофагогастроскопии (ФЭГС), которую выполняли на 7 сутки. У 32 пациентов была установлена первая степень ожога. Таким детям назначалась общая терапия, бужирование пищевода исключалось. У 50 больных выявлен ожог пищевода второй и третьей степеней. Этим детям в обязательном порядке проводилось раннее профилактическое прямое бужирование по струне. Контрольная ФЭГС пациентам со II-III степенью ожога проводилась через 1 месяц. Из 49 детей III степень обнаружена лишь у 8 детей. Данные пациенты продолжали регулярно бужироваться в сроки до 6 месяцев. Определение степени ожога пищевода при фиброэзофагогастроскопии позволяет дифференцированно подходить к проведению бужирования.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ И РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ПИЩЕВОДА

Некрасова Е.Г., Александрова Н.С., Оленина Н.В.

Уральский государственный медицинский университет Областная детская клиническая больница №1. Россия. Екатеринбург

Цель. Анализ влияния измененной лечебной тактики на динамику результатов лечения детей с химическими ожогами и формирующимися рубцовыми стенозами пищевода. Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии с 2012 по

2016 год пролечен 171 ребенок с химическими ожогами пищевода (ХОП), из них рубцовые стенозы (РСП) после ожога возникли у 79 (46,2%) детей. Этот сегмент травматизма характерен для детей в возрасте 1-3 лет (70% случаев). Ведущим химагентом остается уксусная эссенция – 79%. В работе использованы лабораторный, эндоскопический, рентгенологический методы исследования. Результаты. ХОП локализуются чаще в средней трети пищевода (52%). Установлена 3 ст. ожога у 83% детей, 2 ст. – у 10,5 %. Больным с 1-2 ст. ХОП показано амбулаторное лечение. Детям с 3 ст. ХОП проводилось прямое профилактическое бужирование пищевода с контролем ФЭГС. Критериями заживления: отсутствие эзофагита и рубцового стеноза. При клинко-рентгенологической картине РСП до 2011 года применялась методика непрямого бужирования за нить. Сроки лечения составляли от 3 месяцев до 1,5 лет. С 2011 года применяется бужирование пищевода по струне. За одну манипуляцию возможно введение 3-4 бужей. Сроки лечения сократились до 35 суток. Выводы. Алгоритм оказания помощи детям с химическими ожогами пищевода на всех этапах лечения является необходимым условием выздоровления и снижает количество осложнений.

МОДИФИКАЦИЯ ЗАГРУДИННОГО ТУННЕЛЯ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ

Новиков К.А.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

При заградной эзофагопластике у всех детей происходит сдавление кишки трансплантата рукояткой грудины, нарушающее проходимость искусственного пищевода.

Цель. Усовершенствовать способ образования заградного туннеля, улучшающий проходимость кишки трансплантата при эзофагопластике.

Материал и методы. За последние 16 лет (2000 – 2016 гг.) в клинике детской хирургии выполнено 86 толстокишечных эзофагопластик с размещением толстой кишки трансплантата в заградном туннеле у детей с атрезией (37) и рубцовой стриктурой (49) пищевода. Новым в образовании заградного туннеля является резекция рукоятки грудины, разрывающая костное кольцо верхней апертуры грудной клетки. Клиническими исследованиями с применением ультразвука было показано, что у всех детей отклоненная назад рукоятка грудины, образующая с телом этой кости *angulus Ludovici*, настолько сдавливает выведенную на шею толстую кишку трансплантата, что в ней формируется дивертикул, свисающий впереди рукоятки и препятствующий свободному продвижению пищевого комка, поглощенного ребенком. Нередко больные, поглаживая своими пальцами кожу области выпячивания, стараются вытолкнуть пищу из дивертикула в заградную часть кишки. Этот косметический дефект операции делает пациентов замкнутыми, малообщительными; значительно страдает их качество жизни. Резекция рукоятки грудины устраняет это сдавление, не возникает при этом дивертикулов, сам трансплантат становится более прямолинейным. Поэтому на первом этапе разработки метода мы у 59 детей применили резекцию всей рукоятки грудины.

Результаты. Различная степень отклонения рукоятки грудины кзади позволила выполнить следующий этап разрабатываемого хирургического вмешательства. Оказалось, что

если внутренний угол отклонения рукоятки меньше 165° , следует производить резекцию ее на уровне нижнего края II ребра, а если этот угол больше 165° , то резекцию можно выполнять на уровне нижнего края I ребра. Такой различный подход к уровню резекции рукоятки грудины не только устраняет сдавление ею кишки, но и позволяет дифференцированно подойти к степени нанесения операционной травмы и объему резекции гемопоэтической ткани, заключенной в рукоятке грудины. Чем выше уровень резекции, тем больше миелоидной ткани остается в организме ребенка, тем меньше операционная травма. Разработанный способ получил приоритетное подтверждение патентом на изобретение РФ № 2552095. Этот дифференцированный подход к уровню резекции рукоятки грудины применен у 27 детей с атрезией (13) и рубцовыми стриктурами (14) пищевода. Изучение пациентов в отдаленные сроки (до 6 лет) после операции показало, что образованный костный дефект в грудине не закрывается костной тканью. В костном «окне» определяется кишка искусственного пищевода без дивертикулов; косметическое восприятие шейного отдела искусственного пищевода более благоприятное, чем при традиционных способах хирургических вмешательств. Способ резекции рукоятки грудины использован нами для расширения доступа при разьединении изолированного трахеопищеводного свища.

Выводы. Дифференцированный подход к уровню резекции рукоятки грудины в образовании загрудинного туннеля при колоэзофагопластике играет ключевую роль в устранении сдавления кишки трансплантата рукояткой грудины и обеспечении прямолинейности искусственного пищевода на уровне выхода его из грудной полости на шею.

ПОСЛЕОЖГОВЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Паршиков В.В., Карпова И.Ю., Рукевич С.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия. Россия. Нижний Новгород

В клиниках Нижегородской государственной медицинской академии с 2014 по 2016гг. пролечено 94 пациента с химическими ожогами пищевода (ХОП). Мальчиков было 54 (58%), девочек – 40 (42%). Возраст варьировал от 1 года до 7 лет, пик заболевания приходился на 4 года. Фиброэзофагогастродуоденоскопию проводили в первые 2 суток после ожога гастроскопами OlympusGIFXPed-7,9, PentaxEG-2490Kd-7,8 (Япония). Стационарное лечение включало в себя антибактериальную терапию (цефалоспорины, аминогликозиды), короткий курс кортикостероидов (преднизолон или дексаметазон), местное применение антацидов (альмагель), инфузионную программу. При выявлении рубцевания применяли бужирование «по струне» под эндоскопическим контролем с 21 суток, назначали ингибиторы протонной помпы. Динамическое эндоскопическое наблюдение проводили каждые 3 месяца. При наличии циркулярного рубца, стенозирование пищевода отмечали в 4 (3,76%) случаях. Для дилатации сужения с гиперкоррекцией потребовалось $6,1 \pm 0,11$ ($p \leq 0,05$) процедур, что позволило сократить сроки пребывания в стационаре. В общей структуре повреждений пищевода в детском возрасте тяжелые ожоги составляют 13%. В 3,76% случаев

отмечали послеожоговый стеноз пищевода, потребовавший усиления медикаментозной терапии и увеличения сроков бужирования.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Поздеев В.В., Шкляев П.О., Абрамов Е.Л., Поверин Г.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Республиканская детская клиническая больница. Ижевск. Россия

Цель работы: определить структуру, методы диагностики и лечения стенозов пищевода (СП) у детей. Материал: проведен ретроспективный анализ медицинской документации 30 детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении БУЗ УР «РДКБ МЗ УР», г. Ижевска в период с 2016 по 2017 год.

Результаты. После пластики атрезии пищевода было 19 (63,3%) детей, после ожогов кислотой или щелочью – 7 (23,3%), стеноз верхнего анастомоза после пластики толстой кишкой – 3 (10%), врожденный короткий стеноз пищевода 1 (3,4%). Всем детям выполняли эзофагоскопию, по показаниям рентгеноконтрастную эзофагографию, что позволило установить степень стеноза и его протяженность у всех детей. В лечении применяли слепое бужирование (при коротких стенозах), бужирование за нить (при длинных стенозах). Мы отказались от слепого бужирования при ожогах щелочью, т.к. отметили два осложнения в виде перфорации пищевода. Выводы. Чаще всего стенозы пищевода у детей возникают после эзофагопластики при атрезии пищевода. Эзофагоскопия и рентгеноконтрастная эзофагография являются высокоинформативными методами в диагностике степени и протяженности СП. Бужирование является основным методом лечения СП у детей.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., А.О. Сорокина, Т.Н. Минько, Ю.Ф. Бревдо, Л.М. Никифорова, С.В. Трухачев, А.Г. Денис

Тверской государственный медицинский университет, ГБУЗ Детская областная клиническая больница. Россия. Тверь

Цель: анализ тактики ведения детей с химическими ожогами. Материалы и методы: 124 истории болезни детей в возрасте от 1 мес. до 17 лет, находившихся в ДОКБ г. Твери с 2011 по 2015 гг. с химическими ожогами пищевода. Результаты и обсуждения. До 1 года - 18 пациентов, от 1 до 3 лет – 93, старше 3-х лет - 13 больных. В 74% случаев поражение ограничивается пищеводом, в 26%- сочетанное поражение пищевода и желудка. У 24% пациентов ожог не выявлен. Ожоги 1 степени выявлены у 36% пациентов, у 64% ожоги 2-3 ст. Все дети с подозрением на прием агрессивной жидкости госпитализируются в хирургическое отделение где

им выполняется ЭГДС. При ожогах 1 ст. назначаются обволакивающие средства, облепиховое масло, контроль ЭГДС на 10-е сутки. При ожогах 2-3 ст. назначается гормональная, антибактериальная и антисекреторная терапия. Бужирование пищевода выполнялось пациентам с ожогами 3 ст. с 21-х суток. За исследуемый период в 5 случаях сформировался стеноз пищевода, требующий длительного бужирования (более 6 месяцев). Выводы: Все дети с подозрением на химический ожог пищевода должны быть госпитализированы в хирургическое отделение. Соблюдение алгоритма в лечении ожогов пищевода позволяет значительно снизить вероятность осложнений. Дифференцировка степени повреждения пищевода позволяет избежать «напрасного» бужирования в ближайшем периоде после травмы .

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ – ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Трушин П.В., Скляр К.Е., Устюгова С.Ю., Павлушин П.М., Ивановский Г.Е.
Новосибирский государственный медицинский университет. Россия. Новосибирск

Aim/Цель: Изучить исход лечения детей с химическими ожогами пищевода.
Methods/Материалы и методы: За период с 2011 по 2015 г. включительно, в ГБУЗ НСО ДГКБ №1 поступило 49 первичных пациентов в связи с химическим ожогом пищевода. Все больные были разделены на 2 группы, в зависимости от химического агента: I группа из 25 детей (51%) с повреждением пищевода кислотными агентами (преимущественно уксусной кислотой) и II группа из 24 пациентов (49 %), у которых ожоги были вызваны щелочными растворами бытовой химии.
Results/Результаты: При сравнении двух групп были получены результаты: статистически значимая разница между группами была обнаружена в койко-дне ($p=0,0258$) в I исследуемой группе койко-день составил $29,9 \pm 16,4$ сут., а во II группе $45,2 \pm 27,6$ сут. В количестве бужирований за 1-й год ($p=0,0069$) в I группе выявлено, что медиана составила 3 бужирования за год, при этом макс. значение составило – 21, минимальное – 1. Во II группе медиана составила 7 бужирований за год, при этом макс. значение составило – 24, минимальное – 2.
Conclusion/Выводы: Таким образом, химические ожоги пищевода остаются актуальной проблемой детского возраста. Характер поражения, а так же сроки реабилитации зависят от химического агента.

АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ КОЛОГАСТРОАНАСТОМОЗ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ И РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Чепурной М.Г.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону. Россия

При колоэзофагопластике у детей традиционные способы наложения кологастроанастомоза в 100% случаев сопровождаются развитием в толстой кишке трансплантатов рефлюкс-колитов, которые у 30% больных дают выраженную клиническую симптоматику, зависящую от кислотности желудочного сока, локализации анастомоза на стенке желудка, размеров соустья. Проблема создания антирефлюксных кологастроанастомозов остается актуальной и в настоящее время.

Цель. Разработать антирефлюксные кологастроанастомозы при эзофагопластике у детей с атрезией пищевода и его рубцовыми сужениями и показать их клиническую эффективность.

Материал и методы. У 36 новорожденных с атрезией пищевода, которым была выполнена двойная эзофагостомия по Баирову, при колоэзофагопластике вшивали дистальный конец толстокишечного трансплантата в боковую стенку абдоминального отрезка пищевода, выведенного на переднюю брюшную стенку в виде брюшной эзофагостомы. Таким образом, сохраненный естественный антирефлюксный затвор пищеводно-желудочного перехода был использован в толстокишечном искусственном пищеводе и не требовалось никаких дополнительных антирефлюксных операций. Что, казалось бы, проще!

У 52 больных с рубцовыми сужениями пищевода накладывали гастростому по Derrage-Japeway в своей модификации, которая состоит в выкраивании П-образного вертикального лоскута из кардиального отдела передней желудочной стенки с основанием книзу. Из лоскута образуем трубку без формирования валика у основания и перегибаем ее вниз. Конец трубки выводим на переднюю брюшную стенку, образуя губовидную стому. У основания трубки образуется складка-клапан, выполняющая антирефлюксную функцию. Пациент использует силиконовую трубку, которую вводит в гастростому, только в момент приема пищи. После заполнения желудка пищей ее удаляют. Благодаря образуемому антирефлюксному затвору в самой желудочной трубке, смыканию ее стенок и перистальтики от периферии к желудку, обеспечивается его герметизм, и пища никогда не выливается наружу. Такая идеальная по своей конструкции гастростома позволяет в течение месяца стабилизировать состояние ребенка и выполнить эзофагопластику. Во время абдоминального этапа операции дистальный конец толстой кишки трансплантата вшивают в боковую стенку желудочной трубки, сохраняя сформированный в ней антирефлюксный затвор. У этих больных также не требуется применение специальных антирефлюксных хирургических вмешательств.

Результаты. С целью подтверждения наличия антирефлюксной функции затворов, включенных в искусственный пищевод, нами была проведена колоноскопия толстокишечного трансплантата в отдаленные сроки послеоперационного периода. Это исследование не выявило воспалительных изменений в слизистой дистальных отделов толстой кишки искусственного пищевода ввиду отсутствия желудочно-толстокишечного рефлюкса.

Выводы. Включение в состав толстокишечного искусственного пищевода абдоминального пищеводного отрезка при атрезии пищевода и желудочной трубки гастростомы Derrage-Japeway при рубцовых сужениях пищевода с их антирефлюксными механизмами позволяет избежать применения специальных антирефлюксных операций, сделать эзофагопластику проще и значительно сократить время ее выполнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Муталибов А.И., Бургуттов М.Ж., Давронов Б.Л.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан.

Актуальность. На протяжении многих лет лечение ожогов пищевода и их последствий продолжает оставаться актуальной проблемой. Количество химических ожогов пищевода не имеет тенденции к снижению, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов, содержащих кислоты и щелочи, способных вызывать тяжелые ожоги пищевода, а в нередко – и желудка. Гораздо более сложной задачей является лечение рубцовых стриктур пищевода, частота которых составляет от 15% до 80% от всех ожогов.

Цель исследования. Провести анализ клинической симптоматики и результатов лечения послеожоговых стриктур пищевода у детей.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии 2-клиники СамМИ за период с 2006 по 2016 год пролечено 78 детей с рубцовыми сужениями пищевода в возрасте от 1 до 18 лет. Всем больным первая медицинская помощь была оказана в медицинских учреждениях по месту жительства и они поступили в клинику в различные сроки после получения ожога пищевода. Всем больным наряду с общеклиническими исследованиями проводились фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и контрастная эзофагография.

Результаты. Ведущим клиническим симптомом у детей с послеожоговым стенозом пищевода были дисфагия, а при обращении в поздние сроки преобладала гипотрофия различной степени выраженности.

Лечебная тактика выбиралась в зависимости от локализации, степени выраженности и протяженности зоны стеноза. Так, у 29 (37,2%) больных со стенозом верхней трети пищевода на небольшом протяжении эндоскопическое бужирование переходило в слепое. У 49 (62,8%) больных с выраженным стенозом средней и нижней трети пищевода проводилось бужирование через нить после предварительного наложения гастростомы по Кадеру. Бужирование проводили до получения стойкого эффекта, проявляющегося отсутствием дисфагии и наличия проходимости пищевода при контрольных ФЭГДС и рентгенографии.

В зависимости от степени стеноза и его протяженности у 46 (59%) больных эффект был получен в течение 2 месяцев бужирования по схеме, у 22 (28,2%) больных бужирование продолжалось 3-5 месяцев, у 5 (6,4%) - до 12 месяцев и у 3 (3,8%) - в течение 18 месяцев. Положительный эффект от бужирования достигнуто у 76 (97,4%) детей, у двух больных со стойким стенозом нижней трети пищевода в настоящее время планируется оперативное вмешательство.

Применяемая нами тактика лечения при рубцовых стенозах пищевода позволила получить хорошие результаты у 44 (56,4%) больных, удовлетворительные - у 32 (41%) и неудовлетворительные - у 2 (2,6%) пациентов.

Выводы. Таким образом, применяемая в клинике тактика лечения послеожоговых рубцовых стенозов пищевода позволила в большинстве случаев получить хорошие и удовлетворительные результаты, не прибегая к пластическим операциям.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Шолом Р.В., Минаев С.В., Анисимов И.Н., Быков Н.И., Лескин В.В., Ухина Л.В.

Краевая детская клиническая больница. Россия. Ставрополь

Цель исследования: определение этапности, сроков и объема медицинской

помощи при ожогах пищевода. Материал и методы: на базе КДКБ г. Ставрополя - под нашим наблюдением с 2012 по 2016 год находилось 84 ребенка с химическими ожогами пищевода. Мальчиков было - 54, девочек - 30. Нами отмечено, что большое количество химических ожогов было получено детьми в возрасте от 1,5 до 3 лет. Определена схема бужирования пищевода: первичное бужирование (раннее) на 10-14 сутки; первый месяц со дня травмы - 2 раза в 1 неделю, второй месяц - 1 раз в 1 неделю; третий месяц - 1 раз в 2 недели до 6-8 месяцев. При отсутствии эффекта - выбор альтернативного лечения: стентирование пищевода либо создание искусственного пищевода. Результаты: Эффективность бужирования отмечалась в 96,4% случаев, а неэффективность в 3,6%. При неэффективности бужирования 2 детям (2,4%) выполнено стентирование пищевода биодegradирующими стентами, а 1 ребенку (1,2%) создание искусственного пищевода. Заключение: Таким образом, в связи с высокой агрессивностью химических реагентов увеличилась частота послеожоговых стриктур пищевода, потребовавшая изменения тактики лечения пациентов с данной патологией. Предложенный подход в лечении позволил в 96,4 % случаев достигнуть положительного эффекта. При неэффективности консервативного лечения производился выбор альтернативного метода лечения.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА

Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В., Костик В.Э., Халабузарь В.А., Погорелая Ю.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Донецк.

Цель. Оптимизация лечебной тактики у детей с химическими ожогами пищевода.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2012 по 2016 годы включительно наблюдалось 18 детей с химическими ожогами пищевода, из них кислотосодержащими веществами – 4 (22,3%) пациента, щелочесодержащими – 14 (77,7%) больных. Среди больных было 14 (77,8%) мальчиков и 4 (22,2%) девочки. До 1 года – 1 ребенок (5,5%), от 1 года до 3 лет - 15 (83,3%) детей, с 3 до 6 лет – 2 (11,2%) детей. По давности на момент обращения за медицинской помощью установились следующие сроки: до 24 часов – 9 детей (50%), от 1 суток до 1 месяца – 5 детей (27,7%), более 1 месяца – 4 ребенка (22,3%).

Результаты и обсуждение. Первичная диагностическая фиброэзофагогастроскопия была проведена в среднем на 1 – 5 сутки с целью определения степени и объема поражения пищевода, а также направленности патогенетической терапии. По результатам проведенного исследования больные были разделены на 3 группы, соответствующие степени тяжести ожога пищевода: I степень – 4 ребенка (22,3%), II степень – 7 детей (38,85%), III степень – 7 пациентов (38,85%). В дальнейшем детям было произведено первичное бужирование пищевода в сроки: от 1 до 10 суток – 6 детей (33,3%), с 11 до 20 суток – 5 больных (27,7%), с 21 суток до 1 месяца – 3 пациента (16,7%), более 1 месяца - 4 ребенка (22,3%). В дополнение к проводимой консервативной терапии (обезболивание, антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, использование растительных масел, антацидных и обволакивающих препаратов) проводились плановые

бужирования пищевода каждые 2 – 3 недели с постепенным увеличением диаметра используемого бужа. В зависимости от степени тяжести ожога пищевода проведено бужирований пищевода: от 1 до 5 – 11 детям (61,5%), 5 – 10 бужирований – 2 пациентам (11%), 15 – 20 – 2 детям (11%), 20 – 25 – 1 ребенку (5,5%), более 25 бужирований – 2 детям (11%). Среди детей получивших I и II степени ожога пищевода наблюдалось восстановление функции пораженного органа в течение первых 2 месяцев, и полное выздоровление в течение первого полугодия. В результате тотальной рубцовой непроходимости пищевода 4 детям (22,2%) с III степенью тяжести было произведено оперативное вмешательство – наложение гастростомы по Кадеру с последующим бужированием по методу Баирова. Данным пациентам до наложения гастростомы проводилось от 16 до 38 бужирований.

Выводы.

1. По данным нашего исследования большую часть химических ожогов составляют ожоги в результате попадания щелочесодержащих чистящих средств бытового назначения.
2. Химические ожоги пищевода у детей требуют своевременной диагностики и лечения с целью минимизации возможных осложнений и сокращения времени восстановления и реабилитации.

3. Инородные тела пищевода

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Акбаров Н.А., Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Касимов К.Л., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекситан. Андижан

Цель: изучить частоту и причины инородных тел пищевода у детей, разработать тактику диагностики и лечения для улучшения результатов лечения. Материалы: изучены данные 127 больных с инородными телами пищевода лечившихся в хирургическом отделении Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра за 2010-2016 годы. Результаты: Мальчики составляли – 78 (61,4%), девочки – 49 (38,5 %) больных. В возрасте до 1 года – 13 (10,2), 1-3 года – 74 (58,3 %), 4-7 лет – 21 (16,5 %), старше 7 лет – 19 (14,9) больных. Клиническими признаками инородных тел пищевода у детей были: слюнотечение из рта, боли при глотании, срыгивание и рвота при приеме пищи, беспокойство. По локализации инородные тела обнаружены: в первом сужении пищевода – 93 (73,2 %), втором – у 26 (20,5 %), в третьем – у 6 (4,7 %), глотке – у 2 – х (1,6 %) больных. По характеру инородных тел были: монеты – 56 (44,1 %), металлические предметы – 19 (14,9 %), пищевые массы – 11 (8,7%), косточки – 21 (16,5%), батарейка – 18 (14,2%), булавка – 2 (1,6%). Осложнениями были химический ожог пищевода у 18 (14,2%), перфорация пищевода у 5 (3,1%) больных. Заключение: Наиболее часто инородные тела пищевода у детей встретились в возрасте до 3-х лет – у 87 (68,5%).

При попадании батареек у всех детей наблюдался ожог пищевода, что требует изменить методы удаления и лечения детей с инородными телами.

АГРЕССИВНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Бабич И.И., Багновский И.О., Михайленко В.М., Новошинов Г.В., Цыганок И.А.
Ростовский государственный медицинский университет. Россия. Ростов-на-Дону

Инородные тела (ИТ) пищевода – часто встречающаяся патология у детей. К ИТ, оказывающим выраженное патологическое воздействие на орган, следует отнести: иголки, булавки, рыбы кости, батареек таблеточного типа и др. Цель: улучшение результатов лечения пациентов с агрессивными ИТ (батарейками) Материалы: Объектом исследования послужили 31 пациент, находившихся на лечении в «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону в период с 2010 по 2016г. с батареек. Результаты: 1) При длительности нахождения батареек в пищеводе до 6 часов – 20 наблюдений 64,5%, выявлен химический ожог I-IIст., представленный гиперемией и эрозивным дефектом слизистой. 2) При длительности нахождения батареек в пищеводе от 6 до 12 часов – 11 наблюдений 35,5% выявлен химический ожог III-IVст., представленный эрозивно-язвенно-некротическим процессом слизистой и мышечного слоев с глубиной дефекта 2-3 мм и наложениями фибрина. В данной группе с момента поступления установлен назогастральный зонд для парентерального питания, регос вводился «Аекол» и «Солкосерил», что позволило сократить сроки госпитализации и ускорить регенеративный процесс. Так, при нахождении агрессивного инородного тела в пищеводе, последнее необходимо удалять в кратчайшие сроки. При термохимическом ожоге III-IVст. после удаления инородного тела показано зондовое энтеральное питание с фракционным введением через рот в пищевод «Аекола» и «Солкосерила».

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

А.В. Мешков, В.В. Сова, С.Г. Гандуров

Детская краевая клиническая больница им. А.К.Пиотровича. Россия. Хабаровск

Цель. Провести анализ результатов лечения и обосновать лечебную тактику у пациентов с инородными телами пищевода (ИТП). Материалы. В период с 1995 по 2015 г в ДККБ находились на лечении 344 ребенка с ИТП. Детей от 1 года до 6 лет было 220, до 1 года - 32, от 7 до 14 лет – 92. Результаты. Из числа поступивших, 104 ребенка доставлены из районов края. Из ИТП чаще встречаются монеты, фрагменты игрушек, кости. При поступлении всем детям с ИТП проводился рентген грудной клетки с захватом шеи и желудка. После установления диагноза ИТП детям производилась ригидная- или фиброэзофагоскопия под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) с миорелаксантами, удаление инородного тела. После удаления ИТП обязательно производилась контрольная ФЭГДС. У 32 больных ИТП мигрировали самостоятельно в желудок после дачи наркоза и введения

миорелаксантов. У данной группы больных инородные тела были удалены посредством ФЭГДС, либо прошли через желудочно-кишечный тракт и вышли наружу через 24-48 ч. Заключение. Централизация оказания квалифицированной медицинской помощи детям с ИТП обеспечивает своевременную диагностику и лечение больных с данной патологией. Наиболее оптимальным методом удаления ИТП (по нашему мнению) является фиброэзофагоскопия под ЭТН с миорелаксантами. Оказание помощи детям с ИТП в специализированном отделении снизило количество осложнений, сократило время нахождения больных в стационаре.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М, Молдоисаев К.Б, Самсалиев А.Дж.
Кафедра детская хирургия КРСУ. Кыргызстан. Бишкек

Цель: изучить частоту и характер ИТ пищевода у детей. Материалы и методы: изучены 674 детей с ИТ пищевода пролеченных в ГДКБ СМП за 2009-2016 г. Применялись общеклинические анализы, рентгенография и эзофагоскопические методы. Результаты: мальчики – 401 (59,5%), девочки - 273 (40,5%). В возрасте до 1 года – 76 (11,3%), 1-3 года – 342 (50,7%), 4-7 лет – 111 (16,5%), свыше 7 лет – 145 (21,5%). Признаками ИТ были: слюнотечения, боли в горле, срыгивание и рвота, беспокойство, иногда жидкий стул и повышения температуры тела (8,2%). По локализации в первом сужении пищевода – у 474 (70,3%), во втором – у 141 (20,9%), в третьем – у 32 (4,7%), в глотке – у 27-х (4,0%). По характеру: монеты – 462 (68,5%), металлические и пластмассовые предметы – 65 (9,6%), пищевые массы – 26 (3,8%), косточки – 55 (8,2%), батарейка – 35 (5,2%), булавка – 6 (0,9%), и прочие 25 (3,7%). Отмечается рост ИТ монетами и батарейками. Эзофагоскопически удалено у 654 (95,5%), у 12 протолкнуто в желудок, у 8 после премедикации эвакуировался в ЖКТ. Осложнения: химический ожог пищевода у всех больных при попадании батареек; перфорация пищевода у 7 (1,0%). Летальный исход в 2-х случаях (0,3%). Выводы: Часто ИТ пищевода встретились у детей до 3-х лет (62,1%). При попадании батареек 100% наблюдался ожог пищевода, что требует проводить эзофагоскопию под эндотрахеальным наркозом и изменить тактику лечения.

ДЛИТЕЛЬНОСТОЯЩИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Новожилов В.А., Степанова Н.М., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Михайлов Н.И., Григорьев Д.С., Очиров Ч.Б., Халтанова Д.Ю., Мороз С.В., Ли И.Б., Сапухин Э.В., Кайгородова И.Н., Дмитриенко А.П.

Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутская областная детская клиническая больница, Иркутский государственный медицинский университет.

Иркутск. Россия

Цель: анализ случаев длительно стоящих инородных тел пищевода. Материал и методы: 400 случаев инородных тел пищевода (осложненное и неосложненное течение), находившихся на лечении в ИМДКБ (г.Иркутск) и ИГОДКБ (г.Иркутск) 2008-2015 г. Результаты. Возраст 9 мес до 2,5 лет. Причина патологии - специфика детского возраста (познавательный интерес, отсутствие начальных поведенческих навыков), недосмотр родителей. Гендерной зависимости нет. Инородные тела пищевода: батарейки, монеты, пуговицы, бусинки, магниты, игрушки. 70% монеты. Инородные тела, приводящие к формированию трахеопищеводных фистул – батарейки. 75% обнаруживались на уровне второго сужения. Клиника от бессимптомного носительства до тяжелого состояния, в зависимости от вида, уровня фиксации и времени пребывания. Приобретенные трахеопищеводные фистулы в 2,5%. Хирургическая тактика варьировалась от гастростомы до торакотомии, цервикотомии, первичной пластики трахеи и разобщения пищевода, с последующим проведением колоэзофагопластики. Летальность 0,75%. Вывод: среди длительно стоящих инородных тел, приводящим к фатальным осложнениям и летальности, отмечены дисковые батарейки. Наиболее серьезное осложнение - приобретенная трахеопищеводная фистула. Ориентированность медработников, просветительская работа с населением, разработка рациональных тактических решений позволят улучшить прогноз и снизить уровень летальности.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Салахов Э.С., Баиров В.Г., Казиахмедов В.А. Орлов А.Е.

СПБГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 имени Н.Ф. Филатова»
ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова». Россия. Санкт-Петербург

Цель работы: предложить тактику лечения детей с инородными телами пищевода. В период с 2006 года по 2017 года в наш стационар обратилось 991(100%) ребенок с подозрением на проглатывание инородных тел, инородное тело в пищеводе выявлено у 272(32,3%). Из всех детей, у которых инородное тело удалено из пищевода - 71(26,1%) составили батарейки. После удаления инородных тел пищевода у 183(67,2%) выявлены осложнения. Основными осложнениями являлись пролежни(эрозии) – 127(69,4%), перфорации пищевода 3(1,6%), в 2(1,1%) случаях кровотечения - пенетрация сосудов. У 51(27,9%) ХОП различной степени. Глубокие ожоги батарейками в основном в сроки от 3-6 часов до нескольких суток, у 8(16,3%) из них перфорация пищевода, в 5(62,5%) случаях развитие трахео(бронхо)-пищеводного свища. Что потребовало –наложения гастростомы, выведения двойной эзофагостомы и ушивания дефекта трахеи(бронха) в связи с

медиастенитом. в 1 случае летальный исход. В 3х случаях(43%) проводилась консервативная терапия, дефект в стенке пищевода вторично зажил. Дети, с инородными телами ЖКТ должны поступать в специализированный стационар, с круглосуточной эндоскопической службой. Дети с глубокими ХОП, после удаленных инородных тел(батареек) требуют наложения гастростомы. При наличии явлений медиастенита, связанное с развитием трахео(бронхо)-пищеводного свища, необходимо выведение двойной эзофагостомы.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СОУСТЬЕМ

Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Сапухин Э.В., Ли И.Б., Дмитриенко А.П., Ангархаева Л.В.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования. Иркутск. Россия

Иркутская государственная областная детская клиническая больница. Иркутск. Россия

Цель. Улучшить результаты лечения детей с химическим ожогом пищевода, осложненным трахеопищеводным соустьем.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения двух детей в возрасте 8 месяцев и 1 года 3 месяцев с тяжелым химическим ожогом пищевода вследствие длительного стояния в просвете органа плоской батарейки. Полный некроз передней и боковой стенок пищевода в шейном отделе и задней стенки трахеи привели к развитию трахеопищеводной фистулы.

Результаты и обсуждение. Факт проглатывания детьми батарейки не был отмечен родителями. Ведущим клиническим симптомом заболевания была дисфагия. Обращение за медицинской помощью было поздним – 1 и 3-е суток. Нахождение батарейки во влажной среде более суток приводит к ее разгерметизации и тяжелым необратимым изменениям со стороны стенки пищевода и окружающих тканей. При первой эзофагоскопии выполнено удаление батарейки. Обращало внимание изменение слизистой пищевода: ее грязно-серый цвет, что свидетельствовало о тяжести процесса на уровне первого физиологического сужения пищевода. Это послужило показанием к наложению гастростомы, как второго этапа хирургического лечения.

На фоне консервативной общей и местной терапии дети высоко температурили и через 3-4 дня появились первые признаки трахеопищеводного свища, что было подтверждено эндоскопически, причем некроз с дефектом задней стенки трахеи в обоих случаях был обширным.

Третьим этапом лечения было экстренное наложение трахеостомы. Попытка за счет манжеты предотвратить аспирационный синдром не увенчалась успехом, так как широкий, низко расположенный дефект задней стенки трахеи не позволял герметизировать дыхательные пути. По экстренным показаниям обоим детям выполнено оперативное лечение, направленное на восстановление герметичности дыхательных путей. Проведена левосторонняя цервикотомия, наложение дистальной эзофагостомы. В одном случае дефект задней стенки трахеи «закрыт» стенкой пищевода, а в другом – тяжелое состояние ребенка не позволяло заниматься длительной пластической операцией и за максимально короткое операционное время проведено «выключение» сегмента пищевода, несущего фистулу, что позволило стабилизировать состояние детей.

Через три месяца выполнялась реконструктивно-пластическая операция – загрудинная колоэзофагопластика с экстирпацией культи пищевода. При этом у второго ребенка из дивертикула трахеи (сегмент пищевода после его отключения) сформировали заднюю стенку трахеи.

Выводы. Посттравматические (химические) трахеопищеводные фистулы требуют этапных экстренных операций, направленных на восстановление герметичности дыхательных путей, стабилизацию состояния. Реконструкция пищевода – колоэзофагопластика проводится в плановом порядке. Стенка пищевода является «удобным» (с позиции топографии и анатомии) пластическим материалом для закрытия дефекта задней стенки трахеи.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Тимофеева А.В., Харитоновна А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы. Россия. Москва

Цель: Проанализировать лечебную тактику при инородных телах пищевода (ИТП) в условиях специализированного стационара. Материалы и методы: За 5-летний период в НИИ НДХиТ обратились 225 детей с инородными телами ЖКТ. Результаты: ИТП составили 12,4%(28). В 89,3% анамнез был известен. Срок заболевания составил от 30 мин. до 4 мес. ($2,8 \pm 1,7$ часов). В 3х случаях инородные тела (монета-2; батарейка-1) с длительными сроками нахождения в пищеводе были выявлены случайно при дообследовании в поликлинике. В стационаре всем детям в экстренном порядке выполняли ЭГДС с удалением ИТП под общей анестезией. Агрессивные ИТП встречались в 28,6%(8): батарейки–5, магниты–2, проволока–1; нейтральные–71,4%(20): монеты–17, пластиковый жетон–1, курт–1, часть от наушника–1. Осложненное течение имело место у 17,6%(5) детей: язвы пищевода–1, распространенный эзофагит–2, химический ожог пищевода–2. Летальности в связи с ИТП не было. Срок госпитализации детей с неосложненными ИТП составил 1 сутки, при осложненных-5-7 дней ($4,7 \pm 2,5$ дней). Заключение: ИТП у детей встречаются редко. При подозрении на ИТП показана обзорная рентгенография с последующей госпитализацией в специализированный стационар с эндоскопической службой. Эндоскопические методы обеспечивают не только достоверную диагностику данной патологии, но и возможность ее малоинвазивного устранения и лечения осложнений.

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАХОЖДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БЫТОВОЙ БАТАРЕЙКИ В ПИЩЕВОДЕ

Харитоновна А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Коваленко М.И. НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии. Россия. Москва

Цель: демонстрация редкого клинического наблюдения Материалы: Пациентка 1 год 8 месяцев обратилась в НИИ НДХиТ с жалобами на рвоту при приеме пищи 2-3 раза в неделю в течении 4-х месяцев. При амбулаторном обследовании у педиатра, ЛОР врача, невролога, гастроэнтеролога – патологии не выявлено

Результаты: При ЭГДС выявлено свободно баллотирующее инородное тело пищевода, удалено с помощью эндоскопических щипцов типа "аллигатор" без технических сложностей, диагностирована деформация, сужение просвета до 1 мм. за счет язвенных дефектов, умеренное престенотическое расширение просвета пищевода. Проводилась консервативная антисекреторная и регенерирующая терапия, с динамическим наблюдением. Контрольное исследование выполнялось на 7 сутки и через 1,5 месяца после операции. На контрольной ЭГДС на 7-е сутки отмечалось купирование воспалительных явлений, сужение пищевода до 13 мм., через 1,5 месяца – визуализировалась минимальная деформация, дилатация просвета н/3 пищевода, признаки воспаления и стеноза в месте стояния инородного тела отсутствовали. Заключение: Наблюдение демонстрирует неспецифичность клинической картины, трудность сбора анамнеза при глотании детьми инородных тел. При малейшем подозрении на инородное тело ЖКТ должна быть выполнена обзорная рентгенография, ребенок направлен в специализированный хирургический стационар с возможностью эндоскопического лечения

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Рузиев Ж.А., Тураев Ю.А., Бобоеров К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт. Самарканд. Узбекистан.

Актуальность. Инородные тела пищевода - патология, требующая экстренной медицинской помощи и встречается в 15,2% случаев по статистике ко всем возрастным группам. Они представляют реальную угрозу для жизни ребенка. Поэтому при малейшем подозрении на инородное тело пищевода необходима помощь детского хирурга, владеющего эзофагоскопией.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с инородными телами пищевода.

Материалы и методы исследования: За период с 2004 по 2016 года во 2 клинике СамМИ пролечено 404 больных в возрасте от 6 месяцев до 14 лет с инородными телами пищевода. Детей до 1 года было 16 (3,9 %) больных, от 1 года до 3 лет – 178 (44,1%), 4 - 7 лет 172 (42,6%), 8 – 14 лет 38 (9,4%) детей. Мальчиков было 268 (66,5%), девочек 136 (33,5%). Давность проглоченных инородных тел было следующим: до 1 суток – 206 (51%) случаев, до 3 суток - 103 (25,5%), от 4 до 15 суток – 45 (11%), до 1 месяца – 20 (5%), более 1 месяца – 30 больных (7,5%). Локализация инородных тел в пищеводе зависит от величины, формы и характера его поверхности, возможности перемещаться по пищеводу. Инородные тела пищевода находились в I физиологическом сужении у 337 больных (83,4%), во II-ом физиологическом сужении у 51 (12,6%), в III у 16 больных (4,0%). Основными клиническими симптомами были обильное слюноотделение (52%), срыгивание (49,7%), полуоткрытый рот (симптом Зарицкого) в 41% случаев. В старшей возрастной группе к этим симптомам присоединялись боли при глотании в груди или между лопатками (59%). В диагностике инородных тел пищевода у детей учитывались анамнестические данные и результаты клинико-рентгенологических обследований. Во всех случаях решающим и наиболее информативным являлась эзофагоскопия.

Результаты: Из общего количества больных (404) с инородными телами пищевода у 357 (88,4%) произведено удаление инородного тела путем эзофагоскопии, в 30 (7,4%) случаях инородное тело было протолкнуто в желудок и в дальнейшем наблюдалось самостоятельное его отхождение. У 16

(3,9%) больных проведенная эзофагоскопия не обнаружила инородного тела. Очевидно, действие премедикации и общего обезболивания способствовали расслаблению мышечной стенки пищевода и инородное тело свободно переместилось в желудок. При длительном нахождении инородных тел в пищеводе наблюдали следующие осложнения: напряженный пневмоторакс у 1 (0,2%), гнойный эзофагит - у 18 (4,5%). У двух больных отмечен летальный исход: у одного больного смерть наступила от прогрессирующей медиастинальной эмфиземы, причиной которого была перфорация пищевода серьгой, у второго - профузное кровотечение из стенки пищевода, причиной которой явилась химическая батарейка.

Выводы: Таким образом, ранняя диагностика и направление больных с инородными телами пищевода в специализированный детский хирургический стационар способствует оказанию своевременной квалифицированной медицинской помощи и снижению количества осложнений.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шапкина А.Н., Андриевская К.В.

ФГБОУ ВО Тихоокеанский медицинский университет. Россия. Владивосток

Актуальность. Инородные тела (ИТ) пищевода – нередкая проблема детского возраста. Осложнения зависят от характера ИТ, длительности фиксации. Цель - определить факторы риска возникновения осложнений после ИТ пищевода. Материалы и методы. Дети, поступившие с диагнозом ИТ пищевода в ГБУЗ Краевая детская клиническая больница №1 г.Владивостока в 2011-16г. Результаты. За 5 лет в КДКБ№1 с подозрением на ИТ пищевода поступило 239 детей в возрасте 7 мес-14 лет; 83% - дети до 3 лет, максимум - возраст 1 год (66). ИТ обнаружено в пищеводе у 180: мальчиков-120, девочек-60. Характер ИТ: монеты - 128 (71%), батарейки-19 (10%), другие контрастные ИТ-6 (3%), острые ИТ, в том числе кости-8(4%), пищевые фрагменты-2(1%), причем, у одного ребенка - на фоне имеющегося стеноза, и другие- 17 (9%). Все ИТ удалены эндоскопически. Осложнений - 67, из них 33 от стояния монет, 19- батареек, 15 – других ИТ. То есть, осложнений после монет 25%, батареек-100%. Летальных исходов и случаев, требующих пластики пищевода, не было. Выводы. Рост ИТ пищевода говорит о низкой настороженности и грамотности населения, что требует профилактической работы врачей. Особенность ИТ пищевода - высокий процент осложнений, особенно в случаях химически активных ИТ - батареек (100%), обусловленный особенностями их строения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ИСТОЧНИКАМИ ТОКА В ПИЩЕВОДЕ

Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В., Костик В.Э., Литовка В.К., Буслаев А.И., Некрасов А.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

Цель. Оптимизация диагностической и лечебной тактики при наличии инородного тела (аккумуляторной батарейки) в пищеводе ребенка.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2012 по 2016 годы включительно наблюдалось 35 пациентов с инородными телами пищевода и желудка, а именно аккумуляторными батарейками. Из них у 30 химические источники тока находились в пищеводе. У 25 (83,3 %) пациентов батарейка располагалась в верхнем физиологическом сужении пищевода, а у 5 (16,7 %) в нижнем (кардиальном). Пациентов в возрасте до 3-х лет было 19 (64 %), от 3-х до 6-ти лет - 5 (17 %), от 6-ти до 9-ти лет — 4 (13 %), от 9-ти до 14-ти лет — 2 (6 %). Из них было 12 (41 %) девочек и 18 (59 %) мальчиков. В ургентном порядке госпитализировано 27 детей, а 3 пациента — в плановом порядке. У всех детей при наличии указания на заглатывание инородного тела изучался анамнез, проводились стандартные методы обследования: обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), общий анализ крови и мочи. С целью контроля времени продвижения инородного тела по кишечнику и исключения развития осложнений проводили контрольное рентгенологическое обследование. В каждом случае после удаления инородного тела из пищевода или желудка проводили контроль ФЭГДС.

Результаты и обсуждение. При проведении первичного осмотра жалобы имелись лишь в 7 (23,3 %) случаях — гиперсаливация, загрудинные боли, боли в животе. Осложнения в виде эзофагита 2–3-й ст. были выявлены у всех пациентов с локализацией батарейки в пищеводе, причем это не зависело от времени экспозиции на этом уровне. Мы полагаем, что эти осложнения связаны с физическим воздействием батарейки на орган, а именно возникновением гальваноза (патологическое изменение местного и общего характера, которое возникает в результате электрохимического взаимодействия между химическим источником тока с жидкостным и тканевым элементом пищевода).

В подавляющем большинстве случаев батарейки были удалены из пищевода и желудка с помощью фиброгастроскопии. Характер и объем назначенной терапии после удаления инородного тела у этой категории больных зависел от локализации, степени повреждения слизистой и общего состояния ребенка.

Выводы.

1. Батарейки являются опасными инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей, так как они вызывают тяжелые осложнения, порой угрожающие жизни ребенка.
2. Для диагностики уровня расположения батарейки следует использовать ФЭГДС и обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости.
3. Все дети, проглотившие батарейку, должны госпитализироваться в специализированный стационар, а батарейки необходимо удалять в ургентном порядке даже в случае отсутствия жалоб.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Легур А.В., Вакуленко М.В., Черкун А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

Цель. Проанализировать опыт ведения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей.

Материалы и методы. Анализу подвергнут клинический материал, который насчитывает 935 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта в возрасте от 3 недель до 18 лет.

Результаты и обсуждения. В клинике детской хирургии имени проф. Н.Л. Куца Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 2000 по 2016 год находилось на лечении 935 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, в возрасте от 3 недель до 18 лет. Инородные тела пищевода

диагностированы у 645 (69%) детей, желудка – у 216 (23%) больных, кишечника – у 74 (8%) пациентов. Инородные тела были неорганического и органического происхождения. Естественным путем вышло 240 (25,7%) инородных тела. В 73% случаев (682 детей) инородные тела удалены эндоскопически. Для удаления инородных тел из желудочно-кишечного тракта желательны наличие следующих инструментов: щипцы типа "крысиный зуб" и "аллигатор", корзинка "Дормиа", петля для полипэктомии, шинирующая трубка. Успех эндоскопического удаления инородных тел во многом зависит от правильного выбора метода обезболивания. Местная анестезия не может обеспечить необходимые условия для безопасного удаления остроконечного инородного тела у детей.

Целесообразно применять общее обезболивание, так как рвота, срыгивание или произвольное движение пациента во время удаления острого предмета могут привести к осложнениям (кровотечение, перфорация).

У 6 детей (0,6%) с инородными телами желудка и кишечника потребовалось оперативное вмешательство. Каких-либо осложнений и летальных исходов у наблюдаемых пациентов не отмечено. У всех детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта наступило выздоровление.

Выводы. Наибольшее количество инородных тел локализуется в пищеводе. Оптимальным методом диагностики и удаления инородных тел из пищевода является – эндоскопический. Целесообразно применять общее обезболивание при удалении инородных тел.

4. Прочие болезни пищевода

РЕДКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ КАК ПРИЧИНА ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Абушкин И.А., Белякова А.В., Денис А.Г., Царева В.В., Баязитов А.Ю., Галиулин М.Я. Южно-Уральский государственный медицинский университет. Челябинск

Цель. Анализ ошибок диагностики и хирургического лечения редких заболеваний у детей, сопровождающихся гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР).

Материал и методы. Лечили четырех мальчиков в возрасте от 2 до 8 лет с редкими заболеваниями, сопровождающимися ГЭР, у одного ребенка основным заболеванием, проявления которого включали в том числе ГЭР, был первичный гиперпаратиреоз, у второго – врожденно короткий пищевод, у третьего – стеноз 12-перстной кишки кольцевидной поджелудочной железой и у последнего пациента – стеноз пилорического отдела желудка в исходе хирургического лечения (пилоромиотомия) врожденного гипертрофического пилоростеноза. Ребенка с гиперпаратиреозом вначале лечили с тяжелой бронхиальной астмой. После выявления у него ГЭР в возрасте 2 лет была выполнена операция Ниссена. Пациенту с врожденно коротким пищеводом в возрасте одного года также первично была выполнена операция по Ниссену с диагнозом грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Малыш со стенозом 12-перстной кишки и болезнью Дауна в период новорожденности был оперирован по поводу врожденной кишечной непроходимости, обусловленной незавершенным поворотом кишечника, на первичной операции разделены тяжи брюшины. В последующем у него выявлен ГЭР, который осложнился пептическим стенозом пищевода. Была наложена гастростома и проводилось бужирование пищевода за нить. В возрасте 6 лет больному выполнена операция Ниссена. Последнему ребенку в месячном возрасте была выполнена пилоромиотомия по поводу врожденного гипертрофического пилоростеноза. К 2,5 годам у него развился Сандифер синдром и до 8 лет он лечился консервативно.

Результаты и обсуждение. У больного с гиперпаратиреозом после фундопликации практически исчезли проявления бронхиальной астмы, однако в последующем наблюдалась несостоятельность манжетки и была выполнена повторная фундопликация. В последующем у него развился остеопороз с патологической ломкостью костей. Только в 4 года ему был выставлен диагноз первичного гиперпаратиреоза и проведена ревизия типичных зон паращитовидных желез на шее и в средостении. У больного с врожденно коротким пищеводом после операции Ниссена развилась несостоятельность созданной манжетки и возобновление ГЭР. Повторная операция включала не только фундопликацию но и удлинение пищевода за счет желудка (операция Коллис-Ниссена) – выздоровление. У пациента со стенозом 12-перстной кишки после фундопликации развилось острое расширение желудка. При обследовании установлен стеноз 12-перстной кишки, наложен обходной дуодено-дуодено анастомоз – выздоровление. Больному с Сандифер синдромом после выявления стеноза привратника была выполнена только пилоропластика по Финнею – выздоровление. Таким образом, не полное обследование и не выявление истинного фактора развития ГЭР было основной причиной проведения у троих больных повторных операций, а у одного ребенка с Сандифер синдромом - длительного малоэффективного консервативного лечения.

Выводы. Гастро-эзофагеальный рефлюкс у детей полиэтиологичен, что нужно учитывать при проведении обследования больного и его лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Гафурова Ш.М., Юлдашев М.А., Ибрагимова С.Р., Акбаров Н.А.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан. Андижан

Цель: Провести анализ результатов хирургического лечения ахалазии пищевода (АП) у детей. Материалы и методы: С 1999 по 2016 находились на лечении 36 детей с АП в возрасте от 1,5 до 18 лет мальчиков 21 – девочек 15. Основными жалобами были затруднения прохождения пищи, рвота не измененной пищи (33). У 21 больных беспокоил кашель в горизонтальном положении. У этих больных развился хронический бронхит. Отставание в функциональном развитии, гипотрофия отмечено у 14 детей. У 7 детей более старшего возраста отмечались боли в загрудинной области. Больным в обязательном порядке выполняли эндоскопию, а также рентгеноконтрастное исследование пищевода. Эндоскопия позволяла выявить признаки эзофагита, а также степень выраженности и расширение просвета пищевода. В последующем все дети оперированы. Методом выбора при ахалазии пищевод является операция Геллера. В зависимости от возраста ребенка протяженность миотомии составляла 3-7 см. Результаты лечения. Осложнений не было. Дети быстро набирали вес, отставание в физическом развитии не наблюдалось. Всех больные находились на диспансерном наблюдении через 6-12 месяцев, у 2 больных отмечалось затрудненное глотание твердой пищи, через два года у этих больных жалобы полностью отсутствовали. Заключение: Методом выбора при АП является операция Геллера. После

радикального лечения больные должны находиться на диспансерном наблюдении

НЕЙРОГЕННЫЕ ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ Ц.Н.С.

Морозов В.И.

Казанский государственный медицинский университет. Россия. Казань

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения функциональных заболеваний пищевода у детей. Материал. Обследовано 15 детей от 5 до 12 лет, находившихся в ХО ДРКБ МЗ РТ с подозрением на органическую патологию пищевода. Ведущим клиническим симптомом была дисфагия, у 39,0% больных периодически отмечались поперхивания, рвота и икота. У 3 детей дисфагия имела парадоксальный характер. При рентгеноконтрастном исследовании обнаруживались спастические деформации, напоминающие органическую патологию (дивертикул, стеноз пищевода и т.д.). Проведение ФГДС исключило органическую патологию. Оценка перинатального анамнеза и результатов неврологического обследования позволило определить топику поражения ЦНС на уровне шейных сегментов спинного мозга (С3-С4)- последствия натальной родовой травмы. Все дети лечились консервативно (физиотерапия на очаг поражения ЦНС и фармакотерапия сосудистыми препаратами и ноотропами) с хорошими функциональными результатами. Результаты. Исследование предполагает нейрогенный характер дискинезий пищевода у детей с отягощенным акушерским анамнезом и неврологической симптоматикой натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Заключение. У детей с симптомом дисфагии, после исключения органической патологии пищевода необходимо провести дополнительные неврологические методы диагностики и патогенетическую терапию с учетом топики поражения ЦНС.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Степанова Н.М., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Михайлов Н.И., Звонков Д.А., Янкилевич С.А., Волежанина А.В.

ГАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г. Иркутск
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университете. Иркутск. Россия

Цель: сравнение лапароскопического и открытого лечения ГЭРБ. Материалы и метод: 58 детей в возрасте от 4 мес до 17 лет, находившихся в ГИМДКБ г. Иркутска с 2012 г. по 2016 г. Результаты: Показания: хиатальная грыжа- 4, эрозивный эзофагит - 30, пищевод Баррета - 3, пептический стеноз - 3, аспирационный

синдром - 16, гипотрофия - 2. Неврологические нарушения у 22 детей. В 96% гастродупликация по Ниссену, в 4% – операция Таля. 42 операции (72%) выполнены лапароскопически. У 8 (14%) с псевдодульбарным синдромом - симультантная гастростомия (76% лапароскопически). В 3% одновременно выполнены пилоромиотомия и пилоропластика. Среднее время лапароскопических операций - 91,7 мин, открытых - 101,2 мин. Возобновление энтеральной нагрузки после лапароскопического лечения - 6,8 ч, открытого - 20,7 ч. Полный возрастной объем через 44,6 ч и 66 ч соответственно. Средняя длительность госпитализации 10,5 к/д в группе лапароскопических и 12,6 к/д в группе открытых операций. Рецидив - 6,8%, у пациентов с неврологическими расстройствами (по 3,4% в обеих группах). Заключение. После лапароскопического лечения ГЭР более быстрое восстановление транзита, меньшая длительность госпитализации, лучший косметический результат. Операцией выбора считаем методику Ниссена, как имеющую меньший риск рецидивов, по сравнению с операциями с формированием неполных гастродупликационных манжет

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С.

ДГКБ №13 им.Н.Ф.Филатова. РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Россия. Москва

Мы оценили ближайшие и отдаленные результаты лапароскопической фундопликации по Ниссену выполненные за 15 лет в ДГКБ №13 им. Филатова. Материалы и методы: С 2001 года мы выполнили 771 лапароскопическую фундопликацию пациентам с желудочно-пищеводным рефлюксом. Показанием к оперативному вмешательству являлась неэффективность консервативной терапии во всех случаях, а так же эзофагит – у 423(56%) пациентов, нарушения питания, срыгивания, недостаточность питания у 355 (46%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 225 (30%) детей, пептический стеноз у 123 (15%), респираторные проявления у 163 (18%) больных. Результаты. Средняя продолжительность операции составила 58.3 ± 25.2 минут. Интраоперационные осложнения отмечались в 10 (1.5 %) случаях (перфорация желудка – 4, повреждение селезенки – 3, пневмоторакс – 2, угнетение сердечной деятельности – 1). Посеоперационные осложнения у 15 (1.9 %) пациентов (медиастинит – 1, дисфагия – 6, and диарея – 6). Интраоперационные осложнения в 2х случаях потребовали конверсии. Летальных исходов не было. У 668 (91,5%) пациентов достигнут удовлетворительный результат лечения и отсутствие жалоб. Рецидив заболевания, требующий повторное оперативное вмешательство у 61 пациента – 9%, во всех случаях лапароскопическая рефундопликация. Заключение. Лапароскопическая

фундопликация по Ниссену эффективный и безопасный метод лечения.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Румянцева Г.Н. Бревдо Ю.Ф. Трухачев С.В. Светлов В.В. Смирнова Е.И. Денис А.Г. Сорокина А.О.

Тверской государственный медицинский университет. ГБУЗ Детская областная клиническая больница г. Тверь. Россия

Цель работы: анализ результатов лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Материалы и методы: за период 2006-2016гг в ДОКБ г. Твери наблюдались 350 пациентов с патологией гастроэзофагеальной зоны, из них 140 с ГЭРБ. В исследование включены пациенты с гастроэзофагеальным рефлюксом (ГЭР), с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), дети с ГЭР после химических ожогов пищевода и ранее оперированные по поводу атрезии пищевода, пациенты с проявлениями ГЭР в структуре патологии ЦНС. Рецидивирующий характер течения ГЭРБ послужил показанием к оперативному лечению у 20 больных, которым проведен необходимый комплекс обследований, включающий: ЭГДС, контрастное исследование пищевода, суточную Ph метрию. При лапароскопии у 9 больных подтверждена ГПОД, ранее выявленная на ЭГДС, у 8 отмечено расширение пищеводного отверстия диафрагмы с отсутствием брюшного отдела пищевода, у 3 выраженный спаечный процесс в зоне пищеводно-желудочного перехода. Во всех случаях выполнена диафрагмокрурорафия и фундопликация по Ниссену. Результаты: при анализе ближайших результатов зарегистрировано отсутствие жалоб на рвоту, изжогу, отрыжку, отсутствие бронхолегочных проявлений и эзофагита. Выводы: ГЭРБ является полиэтиологичным заболеванием, успех его лечения зависит от установления причин заболевания, ранней диагностики, адекватной консервативной терапии и оперативного лечения.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Валиулов И.М., Топилин О.Г., Зыкин А.П., Леонидов А.Л.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. Россия. Москва, Пермь

Цель. Определить возможность применения эндовидеохирургических вмешательств у детей с удвоениями пищевода (УП) и энтерогенными кистами средостения (ЭКС). Материалы и методы. Проведен анализ 23 наблюдений 2006 –

2016 г. Возраст 15 сут. – 16 лет. Клинические симптомы были у 7 (30,4%), бессимптомное течение – в 16 (59,6%) случаях. Программа обследования включала рентгенографию (70,0%), ЭГДС (60,9%), КТ (43,5%), МРТ (21,7%). Результаты и обсуждение. УП установлены у 16 (69,6%) детей, из них грудного отдела пищевода - у 13, абдоминального – у 3 (13,0%). Изолированные ЭКС отмечены в 6 (26,1%) случаях. Множественные удвоения были у 2 (8,7%) детей. Торакоабдоминальное удвоение желудка и УП отмечено в 1 (4,3%) наблюдении. Торакоскопические вмешательства выполнены в 20 (87,0%) случаях, лапароскопические операции – у 3 (13,0%) детей. Энуклеация внутригрудных УП выполнена 16 (70,0%) больным. Лапароскопические вмешательства по поводу удвоений абдоминального отдела пищевода были дополнены фундопликацией в 2 случаях. Экстирпация ЭКС выполнена 6 (26,1%) детям. Конверсия потребовалась в 1 (4,3%) случае торакоабдоминального удвоения. Интра- и послеоперационные осложнения возникли у 3 (13,0%) больных. Выводы. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с УП и ЭКС являются эффективными, малотравматичными и могут быть применены при различных локализациях порока в разных возрастных группах.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И УСТРАНЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ

Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Огарков И.П.

Уральский государственный медицинский университет Областная детская клиническая больница №1 Детская городская клиническая больница №9 Россия. Екатеринбург

Цель – анализ причин образования трахеопищеводных свищей, динамики их течения, определение спектра информативных диагностических процедур и рациональной интраоперационной тактики, анализ опасностей и осложнений послеоперационного периода. Материалы и методы. Приобретенные (травматические) трахеопищеводные свищи (ПрТПС) у детей старше 1 года – очень редкая патология, и накопить богатый опыт по успешному излечению таких пациентов не представляется возможным. За последние 9 лет мы лечили 3 детей с ПрТПС в возрасте 1 года, 1 года 2 месяцев и 8 лет. В диагностике ведущее значение имеют интраскопические методы исследования. Результаты. Этиология ПрТПС у детей грудного возраста идентична: проглатывание плоской в виде монеты батарейки, которая фиксируется в верхней трети пищевода и в основе патогенеза свищей лежит локальное электровоздействие на ткань пищевода с глубоким её некротическим поражением и продолжением воздействия на стенку трахеи. У

старшего ребенка ПрТПС образовался при укушенной глубокой ране шеи (собака). Общий и локальный статус таких детей очень тяжелый. Оперативное устранение ПрТПС (доступ шейный) значительно отличается от ликвидации врожденных свищей в связи с деструкцией стенок пищевода и трахеи. Высока вероятность рецидива, развития медиастенита и пневмонии. Вывод. Спасение детей с ПрТПС требует четкого взаимодействия хирургов и реаниматологов.

К ВОПРОСУ О ДИВЕРТИКУЛЕ ПИЩЕВОДА

Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Огарков И.П.

Уральский государственный медицинский университет Областная детская клиническая больница №1 Детская городская клиническая больница №9 Россия. Екатеринбург

Цель – в дискуссионном формате обсудить клинику, диагностику и лечение чрезвычайно редкой патологии у детей, а именно врожденных и приобретенных дивертикулов пищевода (ДП). Материалы и методы исследования. Представляем двоих детей: девочка 4 лет с приобретенным дивертикулом грудного отдела пищевода после оперативного удаления в онкологии кистозного образования средостения; мальчик 6 лет с врожденным типичным ценкеровским дивертикулом, отходящим на границе глотки и пищевода. Диагноз установлен на основании фиброэзофагоскопии и МСКТ. Результаты. В 1-ом клиническом случае ребенок наблюдался в динамике, появились жалобы на дисфагию и неприятный запах изо рта. Выявлен ДП диаметром более 50 мм с широким входом в пищевод. Выполнено иссечение дивертикула с ушиванием стенки пищевода и герметизацией её пластиной тахокомба. В послеоперационном периоде возникла частичная несостоятельность швов пищевода. Избрана консервативная тактика для рубцевания дефекта пищевода. Во 2-ом случае ДП был выявлен при «неудачном» проведении зонда для декомпрессии желудка перед репозицией перелома костей предплечья. Из анамнеза известно, что ребенок длительно страдает бронхиальной астмой (аспирационный синдром). Обоснованы абсолютные показания к удалению ДП. Выводы. Симптоматика дивертикулов пищевода скудна, при подозрении необходимы высокоинформативные методы диагностики. Лечение оперативное.

КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Шавров (мл.) А.А¹., Морозов Д.А¹., Шавров А.А²., Харитонов А.Ю.

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ²Морозовская детская городская клиническая больница, ³НИИ Неотложной Детской Хирургии и Травматологии. Россия. Москва

Цель: оценка эффективности результатов хирургического лечения осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у детей с помощью метода зондовой конфокальной лазерной эндомикроскопии (ЗКЛЭМ) слизистой оболочки пищевода до и после лапароскопической фундопликации по Ниссену. Методы: В исследование включено 29 детей. Комплекс диагностических мероприятий включавший эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ЗКЛЭМ и традиционное гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки пищевода проводился до оперативного лечения и спустя 6 мес. после него. Результаты: Сравнительный анализ результатов гистологического исследования и ЗКЛЭМ, показал, что чувствительность и специфичность метода ЗКЛЭМ в дифференциальной диагностике воспалительных изменений достигает соответственно 88% и 94%, метапластических и полиповидных образований кардиоэзофагеального перехода в 100% наблюдений. Заключение: ЗКЛЭМ во время традиционной ЭГДС позволяет без нарушения целостности поверхности слизистой оболочки дифференцировать ее структуру в реальном времени, улучшает раннюю диагностику, определяет тактику лечебных мероприятий и их эффективность при осложненном течении ГЭРБ у детей. Сокращение воспалительных изменений и увеличение числа наблюдений неизменной слизистой оболочки на эндомикроскопическом уровне могут быть объективным показателем адекватного хирургического лечения этих больных.

ПОЛИПЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Литовка В.К., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Легур А.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

Цель. Оптимизация диагностической и лечебной тактики при полипах пищевода у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 2004 по 2016 годы включительно наблюдалось 104 ребенка с полипами пищевода. С опухолевидными образованиями в зоне кардио-эзофагеального перехода было 84 пациента (80,8 %), нижней трети пищевода - 16 детей (15,4 %). Реже полипы локализовались в области средней трети - у 3 больных и в верхней трети пищевода - в одном наблюдении. Единичные полипы встретились у 99 пациентов, множественные - у 5 больных.

Результаты и обсуждение. При выполнении вмешательства в плановом порядке проводили предоперационную подготовку пациента, которая заключалась в назначении курса противовоспалительной терапии (при наличии признаков обострения заболевания). Качественный состав лекарственных составляющих определялся индивидуально в каждом конкретном случае, в зависимости от результатов предварительного обследования. Как правило, назначали антациды и антибиотики, а при необходимости - H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы. Показания к операции определялись в зависимости от изменения полиморфных характеристик опухолевидного образования в динамике. Среднее значение показателя давности заболевания среди оперированных пациентов на момент выполнения эндоскопической полипэктомии составило 93,7±12,7 (M±m) дней. Этот критерий

характеризует не общую продолжительность клинической симптоматики гастроэнтерологической патологии у ребенка, а срок с момента установления диагноза полипа пищевода в результате проведения ЭГДС. Лишь в 2 случаях эндоскопическое удаление образования выполнили непосредственно во время первичного выявления новообразования. Наибольшее количество эндоскопических полипэктомий произведено во время повторных ЭГДС спустя 1-6 месяцев после установления диагноза.

При проведении эндоскопической полипэктомии применяли различные варианты оперативной техники. При использовании для удаления полипа петли (53 пациента - 51%) плавно затягивали ее на ножке образования, одновременно осуществляя диатермокоагуляцию. Чаще всего чередовали коагуляционный и режущий режимы. Технику электроэксцизии ножки полипа пуговчатым коагулятором или форсептом использовали у 47 (45,2%) больных. Сохраняющееся кровотечение из слизистой в месте удаленного образования вызвало необходимость использования комбинированной техники у 4 детей (3,8%). После пересечения ножки захватывали полип форсептом и извлекали его. Полученный материал отправляли на гистологическое исследование. Послеоперационных осложнений в виде продолжающегося кровотечения или перфорации полого органа не наблюдали ни в одном случае.

Среди оперированных пациентов лишь в 5 случаях наблюдали полипы на тонкой длинной ножке, доминировали полипы на широком основании (99 пациентов). В 3 случаях (2,9%) отмечены рецидивы опухолевидных образований спустя 2,5, 7 и 9 месяцев после первичного удаления. Это были больные с гиперпластическим полипом.

Выводы. Показания к оперативному лечению (эндоскопической полипэктомии) при полипах пищевода у детей должны определяться индивидуально, в каждом конкретном случае.

Указатель тезисов работ

1.Атрезия пищевода

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	2
Бабошко П.Г., Базалий В.Н., Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Абушкин И.А., Ядыкин М.Е., Лапин О.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	2
Бландинский В.Ф., Нестеров В.В., Анфиногенов А.Л., Балалаев Ю.К., Колобов Е.В., Юдин А.И., Бабаев Э.Б. ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЯРОСЛАВСКО-ВОЛОГОДСКО-КОСТРОМСКОМ РЕГИОНЕ РФ	3
Волерт Т.А., Корнилова А.Б., Попова Е.Б., Караваева С.А. СТРИКТУРЫ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БУЖИРОВАНИЯ	4
Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Мингулов Ф.Ф., Баязитов Р.Р., Борисов Г.Ю. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В РДКБ г. УФЫ	4
Калинин И.В., Гаврилова А.В., Подшивалин А.А. АНАЛИЗ ОТЛОЖЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА	5
Кацупеев В.Б. РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА ПОСЛЕ ПРЯМОГО ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ	6
Морозов Д.А., Е.С.Пименова, Д.В.Хаспеков, О.Г.Топилин, А.А.Шавров мл. , М.И.Айрапетян ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАТОРАКАЛЬНОЙ ЭЛОНГАЦИИ И ПЛАСТИИ ПИЩЕВОДА ПО KIMURA	7
Немилова Т.К. , Караваева С.А., Котин А.Н., Леваднев Ю.В., Горелик Ю.В., Попова Е.Б. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА. НАШ ОПЫТ	7
Разин М.П., В.А. Скобелев, А.С. Семакин, В.И. Лапшин, С.Ю. Кузнецов, А.В. Смирнов ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ 23 ЛЕТ	8
Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Тарасов А.Ю., Петрова Н.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)	9
Степаненко Е.А., Белоус Р.А., Смирнова О.Н., Смирнова Н.Е., Болгова В.Г., Щур А.Ю., Недид С.Н., Кряжевских О.В., Яцишин Д.А. ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ	9
Ферзаули А.Н., Висуров Л.В., Напольников Ф.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА	10
Цап Н.А., Чудаков В.Б., Некрасова Е.Г. 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОЛОЭЗОВАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	10

Чепурной Г.И. НАЛОЖЕНИЕ ПРЯМОГО ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ АТРЕЗИИ С УДЛИНЕНИЕМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТРЕЗКА ПИЩЕВОДА МИОТОМИЕЙ ПО LIVADITIS-KIMURA В СОБСТВЕННОЙ МОДИФИКАЦИИ	11
Чудаков В.Б., Цап Н.А., Бобковская Е.Е., Наумова О.А. АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА: ЭФФЕКТИВНАЯ ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ	12
Щербинин А.В., Некрасов А.Д., Фоменко С.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Погорелая Ю.А. АНАЛИЗ ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЁННЫХ	13
Яницкая М.Ю., Золотарев Н.В., Малышев М.Г., Бордиян С.Г., Саблин Е.С., Турабов И.А., Марков Н.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: ОБЗОР ЗА 33 ГОДА	14

2.Рубцовые стриктуры пищевода. Эзофагопластика.

Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Куркин А.П., Мельцин И.И. БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ПОСТКОРРОЗИОННЫХ СТЕНОЗАХ У ДЕТЕЙ	14
Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Адылова Г.С., Тилавов У.Х., Каримов Б.А., Шахайдаров Ш.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	15
Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Адылова Г.С., Каримов Б.А. СТЕНТИРОВАНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	16
Баиров В.Г, Салахов Э.С., Казиахмедов В.А.ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	16
Вечеркин В.А., С.Н. Гисак, П.В. Королев, Е.И. Ткаченко, Н.Н. Цаприлова, О.М. Яхьяева, А.А. Рыжков, П.В.Коряшкин, К.С.Благих, Н.М.Кулинченко МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ	17
Вечеркин В.А., Гисак С.Н., Королев П.В., Ткаченко Е.И., Цаприлова Н.Н., Королев С.П., Соболева М.Ю., Климов А.В., Благих К.С. Коряшкин П.В., Мамян А.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ	18
Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Гафурова Ш.М., Акбаров Н.А. Юлдашев М.А., Каримов Д.К., Бозоров Ш.Т. СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	18
Жидовинов А.А., Красилов В.Л., Пермьяков П.Е., Калянин В.М., Холамханов К.Х. ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	19
Лысов А.Е., Черников А.Н., Сниткин Н.А., Гаглоев В.М., Тома А.Н. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ	20
Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	20
Напольников Ф.К., Ферзаули А.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	21

Некрасова Е.Г., Александрова Н.С., Оленина Н.В. ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ И РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ПИЩЕВОДА	21
Новиков К.А. МОДИФИКАЦИЯ ЗАГРУДИННОГО ТУННЕЛЯ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ	22
Паршиков В.В., Карпова И.Ю., Рукевич С.Г. ПОСЛЕОЖОГОВЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	23
Поздеев В.В., Шкляев П.О., Абрамов Е.Л., Поверин Г.В. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	24
Румянцева Г.Н., А.О. Сорокина, Т.Н. Минько, Ю.Ф. Бревдо, Л.М. Никифорова, С.В. Трухачев, А.Г. Денис ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	24
Трушин П.В., Скляр К.Е., Устюгова С.Ю., Павлушин П.М., Ивановский Г.Е. ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ – ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	25
Чепурной М.Г. АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ КОЛОГАСТРОАНАСТОМОЗ ПРИ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ И РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА	25
Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Шамсиев Ж.А., Муталибов А.И., Бургутов М.Ж., Давронов Б.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	26
Шолом Р.В., Минаев С.В., Анисимов И.Н., Быков Н.И., Лескин В.В., Ухина Л.В. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА	27
Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В., Костик В.Э., Халабузарь В.А., Погорелая Ю.А. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА	28
3. Инородные тела пищевода	
Акбаров Н.А., Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Касимов К.Л., Юлдашев М.А., Акбарова Р.М. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	29
Бабич И.И., Багновский И.О., Михайленко В.М., Новошинов Г.В., Цыганок И.А. АГРЕССИВНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	30
Мешков А.В., В.В. Сова, С.Г. Гандуров ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	30
Мыкыев К.М., Молдоисаев К.Б., Самсалиев А.Дж. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	31
Новожилов В.А., Степанова Н.М., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Михайлов Н.И., Григорьев Д.С., Очиров Ч.Б., Халтанова Д.Ю., Мороз С.В., Ли И.Б., Сапухин Э.В., Кайгородова И.Н., Дмитриенко А.П. ДЛИТЕЛЬНОСТОЯЩИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	31
Салахов Э.С., Баиров В.Г., Казиахмедов В.А., Орлов А.Е. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА, ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	32

Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Сапухин Э.В., Ли И.Б., Дмитриенко А.П., Ангархаева Л.В. ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СОУСТЬЕМ	33
Тимофеева А.В., Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Голиков Д.Е. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	34
Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Коваленко М.И. СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАХОЖДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БЫТОВОЙ БАТАРЕЙКИ В ПИЩЕВОДЕ	34
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Рузиев Ж.А., Тураев Ю.А., Бобоеров К.Р. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	35
Шапкина А.Н., Андриевская К.В. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	36
Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Вакуленко М.В., Легур А.В., Костик В.Э., Литовка В.К., Буслаев А.И., Некрасов А.Д. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ИСТОЧНИКАМИ ТОКА В ПИЩЕВОДЕ	36
Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Легур А.В., Вакуленко М.В., Черкун А.В. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	37
4. Прочие болезни пищевода	
Абушкин И.А., Белякова А.В., Денис А.Г., Царева В.В., Баязитов А.Ю., Галиулин М.Я. РЕДКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ КАК ПРИЧИНА ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	38
Гафуров А.А., Тошбоев Ш.О., Гафурова Ш.М., Юлдашев М.А., Ибрагимова С.Р., Акбаров Н.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	39
Морозов В.И. НЕЙРОГЕННЫЕ ДИСКИНЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ Ц.Н.С.	40
Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Степанова Н.М., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Михайлов Н.И., Звонков Д.А., Янкилевич С.А., Волегжанина А.В. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ	40
Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ У ДЕТЕЙ	41
Румянцева Г.Н. Бревдо Ю.Ф. Трухачев С.В. Светлов В.В. Смирнова Е.И. Денис А.Г. Сорокина А.О. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	42
Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Валиулов И.М., Топилин О.Г., Зыкин А.П., Леонидов А.Л. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА	42
Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Огарков И.П. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И УСТРАНЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ	43

Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Огарков И.П. К ВОПРОСУ О ДИВЕРТИКУЛЕ ПИЩЕВОДА	44
Шавров (мл.) А.А., Морозов Д.А., Шавров А.А., Харитонов А.Ю. КОНФОКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЭНДОМИКРОСКОПИЯ В ОЦЕНКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	44
Щербинин А.В., Пошехонов А.С., Литовка В.К., Вакуленко М.В., Черкун А.В., Легур А.В. ПОЛИПЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	45