

*Гриневич Ю. М., Аверин В. И., Говорухина О. А., Анисимова Е. В.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «1-я городская клиническая больница» Минск, Республика Беларусь*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. МИНСКА ЗА 2008–2014 Г. Г.**

**Актуальность.** Атрезия пищевода (АП) относится к угрожающим жизни и сложным для коррекции порокам развития, частота которого составляет в среднем 1 случай на 3500–4000 новорожденных.

В последние 10–15 лет достигнуты значительные успехи в лечении АП благодаря развитию и совершенствованию медицинских технологий, достижениям в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. В развитых странах отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с АП, которая достигает в ведущих детских хирургических центрах 70–90%. В этом отношении несомненный интерес представляют результаты, полученные при коррекции этого порока развития в Детском хирургическом центре (ДХЦ) г. Минска.

**Цель.** Изучить результаты лечения атрезии пищевода в ДХЦ за последние 6 лет.

**Материалы и методы.** За период с 2008 г. по апрель 2014 года в Центре детской хирургии г. Минска находилось на лечении 88 новорожденных детей с АП. Девочек было 45 и, соответственно, мальчиков – 43. Все дети после предоперационной подготовки оперированы. У 75 детей из торакотомного доступа наложен первичный анастомоз пищевода «конец в конец». В 74 случаях это были дети с АП тип С (по Gross) и 1 ребенок с АП тип D. У 13 детей из-за большого диастаза между сегментами пищевода (9 детей с АП тип С и 4 детей с АП тип А) выведена на шее эзофагостома и наложена гастростома. Детей с АП тип В мы не наблюдали.

**Результаты и обсуждение.** В ДХЦ поступали новорожденные дети с АП в основном из г. Минска, Минской, Могилевской и Гомельской областей. Несколько меньше из Брестской области. Направлены по одному ребенку из Гродненской и Витебской областей. В первую очередь необходимо отметить хорошую подготовку неонатологов Республики Беларусь (РБ) в вопросах диагностики и ведения детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта. Во всех случаях диагноз АП был поставлен практически сразу после рождения (в большинстве случаев – в родзале). Пренатальная диагностика АП в РБ находится на невысоком уровне. Транспортировка в ДХЦ всех детей осуществлялась на реанимобиле в транспортном кузове

в сопровождении специализированной неонатальной реанимационной бригады. Из 88 детей 31 (35,2%) ребенок был недоношенным. Будучи доношенными 13 (22,8%) из 57 детей имели массу тела менее 2500 г. Из недоношенных детей с низкой массой тела (2500–1500г) было 24 (77%) ребенка, с очень низкой массой (1500–1000г) – 6 (19%) и с экстремально низкой массой (менее 1000г) – 1. С множественными врожденными пороками развития (МВПР) находилось на лечении 39 (44%) детей. Кроме АП у них были диагностированы пороки сердца, аноректальные пороки и пороки мочевыделительной системы, аномалии позвоночника, ребер, конечностей. У двух детей подтверждены vACTERL – ассоциации. У абсолютного большинства – 83 (94%) детей выявлена АП тип С, у 4 (4,5%) – АП тип А и у 1 ребенка – АП тип D. Из 75 детей, которым удалось выполнить первичный анастомоз пищевода «конец в конец», у 8 развилась несостоятельность анастомоза и медиастинит, что потребовало выполнения реторакотомии и разобщения пищевода с выведением шейной эзофагостомы и наложением гастростомы. Несомненным достижением можно считать выжившего недоношенного ребенка с гестационным сроком 29 недель и массой тела 850 г после торакотомии и выполнения первичного анастомоза пищевода «конец в конец». Послеоперационный период протекал у него без «хирургических» проблем. Умерло 4 детей – что составило летальность при АП 4,5%. Причем один из них умер в раннем послеоперационном периоде от не диагностированной при жизни внутричерепной гематомы. Остальные умершие были недоношенными и маловесными детьми с МВПР.

### **Выводы.**

1. Своевременная диагностика АП и грамотная транспортировка новорожденных детей в хирургический стационар позволяет избежать развития жизнеугрожающих осложнений АП.
2. Более половины детей с АП, находившихся на лечении в ДХЦ – это недоношенные дети, либо маловесные к сроку гестации, а 44% детей с АП имели МВПР.
3. За 44 года существования ДХЦ коллективом клиники накоплен значительный опыт по лечению и выхаживанию новорожденных детей с АП, позволивший снизить летальность в этой группе детей до 4,5%