

УДК 616.007.253

*Н. Н. Ажибеков*

Казахский медицинский университет непрерывного образования  
г. Алматы, Казахстан

## ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

### АННОТАЦИЯ

В данной работе рассматривается опыт проведения операций новорожденным с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, с атрезией пищевода с нижним трахеопищеводным свищем на базе «Центра детской неотложной медицинской помощи», что позволило получить положительный социально-экономический эффект и вернуть к нормальной жизни детей.

**Ключевые слова:** анастомозы, эзофаго-анастомозы, пороки развития ЖКТ, свищ.

**Введение.** Успехи медицины привели к тому, что пороки развития у детей встречаются все реже. Начиная с рождения многим новорожденным пациентам накладывают первичные анастомозы для восстановления проходимости пищевода [1-5]. В литературе не указаны оптимальные сроки проведения операций анастомоза пищевода у детей с атрезией пищевода. В нашей работе проведено сравнение исходов операций новорожденным, имеющим врожденные пороки развития (ВПР) с атрезией пищевода традиционным (торакотомия) и торакоскопическим методом.

Впервые с 2013 г. в Казахстане начали оперироваться дети с атрезией пищевода торакоскопическим методом и применяться новые методы анестезии и интенсивной терапии. Как следствие, повышалась эффективность хирургического лечения и снизилось число осложнений и летальность. По литературным данным, в структуре хирургической патологии новорожденных ведущее место (до 65 %) занимают ВПР, причем среди детей с пороками развития, требующими неотложного хирургического лечения. Несмотря на прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с врожденными пороками не всегда утешительны. Летальность в группе детей с атрезией пищевода [6-8] (по российским данным) составляет 30-60 %.

С 2013 г. по январь 2015 г. на базе «Центра детской неотложной медицинской помощи» (№ 1 ДГКБ) в отделении реанимации и интенсивной

терапии новорожденных было прооперировано 13 детей с ВПР желудочно-кишечного тракта, атрезией пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. Масса тела новорожденных колебалась от 1100 до 3300 г. Из них 11 новорожденным было сделано торакоскопическое устранение трахеопищеводного свища с наложением первичного анастомоза. Летальный исход наблюдался только у одного ребенка с наложенной двойной эзофагостомией, он был недоношенный, с малым весом (1100 г) и другими сопутствующими патологиями. Двум новорожденным было сделано традиционное устранение трахеопищеводного свища с наложением первичного анастомоза путем торакотомии, закончившихся летально. Все новорожденные из различных родовспомогательных учреждений поступили на 1-2-е сутки жизни. В течение 36-48 ч проводилась предоперационная подготовка с целью стабилизации гемодинамики, коррекции гиповолемии. Сразу при поступлении проводилась интубация трахеи с целью снижения риска тяжелой аспирационной пневмонии. При тяжелых случаях новорожденные поступали на продленной интубации. Эндотрахеальную трубку фиксировали ниже трахеопищеводного свища с целью предотвращения перераздувания желудка. Проводилась санация ротоглотки и эндотрахеальной трубки. При тяжелом респираторном дистресс-синдроме подключали на аппарат искусственной вентиляции легких. Применялась интенсивная терапия по физиологической потребности новорожденного с учетом патологических потерь

из ротоглотки. При гиповолемии, сниженном диурезе инфузионную терапию увеличивали. Проводилась профилактика геморрагического синдрома. Антибактериальная терапия проводилась с учетом лабораторных, рентгенологических и микробиологических заключений. С целью адекватной стимуляции иммунного статуса подключали иммунопрепараты (октагам, пентаглобин). По показаниям проводили переливание свежезамороженной плазмы, альбумина, эритроцитарной взвеси.

После стабилизации гемодинамики, параметров кислотно-основной состав (КОС), адекватном диурезе ребенка брали на оперативное вмешательство. После операции продолжается лечебная искусственная вентиляция легких (ИВЛ). В послеоперационном периоде проводились анальгезия + седация + миоплегия. Учитывая размер диастазы и наложение первичного анастомоза, ребенку придавалось особое положение с умеренным сгибанием шеи. С целью адекватного обезболивания использовался опиоидный анальгетик фентанил 0,005 % из расчета 3-5 мкг/кг/ч в 1 сутки, на 2- и 3-е сутки фентанил дозировался из расчета 2 мкг/кг/ч, на 4-е сутки – 1 мкг/кг/ч. С целью седации применялся брүзепам из расчета 0,2 мг/кг/ч. Миоплегия проводилась аркуроном. В 1-е сутки после операции из расчета 20-40 мкг/кг/ч. Со 2-х суток переходили на болюсное введение из расчета 8-10 мкг/кг через каждые 6 ч, на 3-4-е сутки полностью отменяли миоплегию. Отмена препаратов проводится последовательно: миорелаксанты – анальгезия – седация. Также проводится кардиотоническая терапия (дофамин, добутамин). Желудочный зонд после операции оставляли в течение 6-10 дней. Инфузионную терапию проводили по физиологической потребности новорожденного с подключением аминокислот с 1 суток. В качестве аминокислот применяется препарат аминовен инфант, в 1-е сутки из расчета 0,5 г/кг/сутки с последующим увеличением до 3 г/кг/сутки. С 3-х суток после операции присоединяли жировые эмульсии (липофундин) из расчета 0,5 г/кг/сутки с последующим увеличением до 3 г/кг/сутки. Суточная калорийность

питания достигала 100-120 ккал/кг/сут. В трех случаях проводили специфическую терапию внутриутробной инфекции цитомегаловирусной этиологии препаратом Неоцитотек из расчета 1 мл/кг, курс 5-7 дней. Энтеральное питание начинали с 7-8 суток после операции адаптированной смесью нутрилон-пепти гастро. При показаниях проводили переливание свежезамороженной плазмы, альбумина, эритроцитарной взвеси. При сниженном диурезе во время анальгезии, миоплегии, седации применяли диуретики (лазикс 1 мг/кг). Проводилась антибактериальная, противогрибковая, гемостатическая терапия и иммунотерапия.

Длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии обусловлена выраженностью натяжения анастомоза пищевода, сопутствующей патологией, гестационным возрастом и массой тела новорожденного. Таким образом, индивидуальный подход в каждом случае, правильная предоперационная подготовка, проведение адекватной анестезии во время операции и тщательное послеоперационное ведение новорожденных помогают снизить послеоперационные осложнения и предотвратить летальный исход.

Результаты нашего исследования показывают, что течение послеоперационного периода, ранние и поздние операционные осложнения у новорожденных детей после торакоскопии проходят достаточно успешно. Анастомоз пищевода, выполненный в более раннем возрасте, не вызывает дополнительных осложнений, если проведена тщательная предоперационная подготовка и послеоперационный уход.

### **Выводы**

Анастомозы пищевода у детей с атрезией пищевода желательно выполнять торакоскопическим путем, чтобы обеспечить шадящие условия для операции. Кроме того, при ранней коррекции порока можно добиться снижения времени пребывания пациента в стационаре, занятости персонала и родителей по уходу и лечению ребенка, что, безусловно, имеет позитивный социально-экономический эффект.

### ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Ahmad S.A., Sylvester K.G., Hebra A. et al.* Esophageal replacement using the colon: Is it a good choice? // *J Ped. Surg* 1996; 31(8): 1026-32.
- 2 *Wojciechowski K., Sobczynski S., Wojciechowski PK Jr, Klolak K.* Leczenie noworodka z ubytkiem zarosnietego przelyku // *Pamiętnik VIII Kongresu PTChDz Warszawa PWN*, 1993. – P. 463-470.
- 3 *Гомелла Т.Л., Каннигам М.Д.* – М.: Медицина, 1998. – 640 с.
- 4 *Романенко В.А.* Интенсивная терапия в неонатологии (в таблицах и схемах), 1997. – С. 84-84.
- 5 *Детская анестезиология и ревматология / Под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенщикова.* – М.: Медицина, 2001. – 480 с.
- 6 *Шабалов Н. Иванов С.* Боль и обезболивание в неонатологии // *Интенсивная терапия в неонатологии: 3 изд., 2004 . – Т. 2. – С. 306-307.*
- 7 *Мостовой А.В., Пруткин М.Е., Горелик К.Д. и др.* Протокол инфузионной терапии и парентерального питания новорожденных. – СПб., 2011. – 23 с.
- 8 *Балашова Е.Н., Бабак О.А., Володин Н.Н. и др.* Проект клинического протокола "Парентеральное питание новорожденных" // *Неонатология.* – 2014. – № 3 (5). – С. 104-115.

### ТҮЙІН

«Орталық балалар шұғыл медициналық көмек ауруханасы» базасында нәрестелерге жасалған операциялардың нәтижелері және жүргізу тәжірибесі көрсетілген: туа біткен асқазан ішек жолдарының ақауы өңеш атрезиясы бар жаңа туған нәрестелер қаралған. Келтірілген жұмыста өткізілген операциялардың қалыпты оң әлеуметтік-экономикалық тиімділігі және балалардың өмірін қалыпты жағдайға келтіруге мүмкіндік берілді.

**Түйінді сөздер:** анастомоздар, АШТ эзофаго-анастомоздары, даму кемістіктері, жылан көз.

### SUMMARY

In this article present experience of carrying out operations by the newborn with the digestive tract congenital malformations, with a gullet atresia with the lower trachea gullet fistula on the basis of «The center of children's emergency medical service». That allowed to gain positive social and economic effect and that children to returned to normal life.

**Key words:** anastomosis, ezofago-anastomosis, malformations of gastrointestinal tract, fistula.