

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ
ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ
ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ**

<http://prezentacija.biz/>

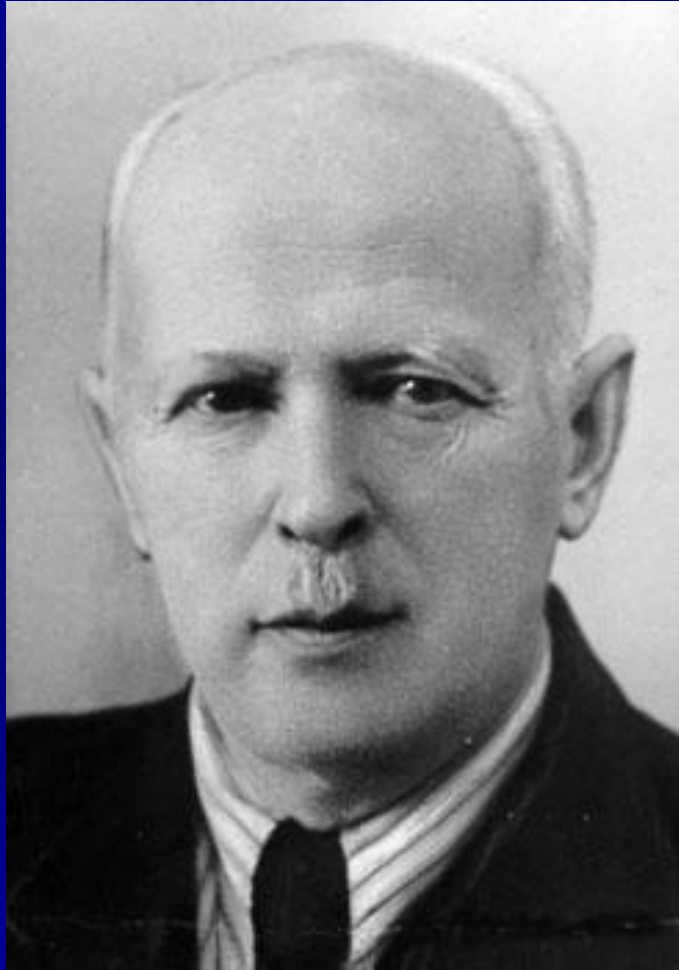
Этапы развития детской хирургии в России

- **Первый этап – *госпитальный***: открытие хирургических отделений в детских больницах.
- **Второй этап – *клинический***: организация курсов и кафедр, открытие клиник хирургии детского возраста
- **Третий этап - *специализированный***: открытие специализированных детских хирургических клиник (ортопедотравматологических, сердечно-сосудистых, урологических и др.)

Первые отделения и клиники детской хирургии. До 1917 г. в России имелось всего 15 детских хирургических отделений.

- В 1869 г. в Петербурге открылось хирургическое отделение (зав. - Э. К. Вааль) при Больнице им. Ольденбургского (Детская больница им. К. А. Раухфуса)
- В 1876 г. В Москве первое детское хирургическое отделение (зав. - В. И. Иршик) было открыто. во Владимирской больнице, (Детская клиническая больница им. Святого Владимира)
- В 1887 г. открылось отделение в Ольгинской больнице, ныне Детская туберкулезная больница (зав. Л. П. Александров)
- В 1897 г. - хирургическое отделение в Софийской б-це, ныне Детская больница им. Н. Ф. Филатова (зав. - Д. Е. Горохов)
- В 1903 году - в Морозовской больнице
- В 1922 г. в Петрограде на базе Больницы им. К. А. Раухфуса в Советском клиническом институте для усовершенствования врачей организована кафедра детской хирургии, которой заведовали Ф. К. Вебер, а затем профессор Н. В. Шварц.
- В 20-е годы центром детской хирургии в Москве было отделение 1-й Детской клинической больницы, руководимое Т. П. Краснобаевым.
- В 1931 г. во 2-ом Московском медицинском институте организована кафедра детской хирургии (зав. К.Д. Есипов, В.П. Вознесенский, С.Д. Терновский, Ю.Ф. Исаков)

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



Терновский С.Д.



Исаков Ю.Ф.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ

- **1977г.** Приказом Министерства здравоохранения РСФСР на педиатрическом факультете Ставропольского государственного медицинского института был организован курс детской хирургии (зав. Курсом - доцент, к.м.н. Вереютин Ю.М.)
- **1979г.** На курсе введена двухгодичная подготовка врачей-детских хирургов для практического здравоохранения через субординатуру и интерна-туру. Занятия с субординаторами и интернами проводили наиболее опытные хирурги: Вереютин Ю.М., Редько Н.И., Доронин В.Ф.
- **1995г.** Приказом по Ставропольской государственной медицинской академии курс детской хирургии был преобразован в кафедру детской хирургии с ортопедией и травматологией. В связи с этим в состав кафедры влились новые кадры - профессор, д.м.н. Пожарский В.П. и доцент к.м.н. Панфилов Ю.В., ученики известного хирурга, ортопеда-травматолога профессора М.С. Макарова.
- **2005г.** Кафедру возглавил выпускник Ставропольской медицинской академии профессор кафедры детской хирургии, д.м.н. Минаев С.В.

КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ СГМА



ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



Зав. кафедрой, профессор, д.м.н. Минаев С.В.

ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



Профессор кафедры, д.м.н.
Пожарский В.П.



Доцент кафедры, к.м.н.
Доронин В.Ф.

ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ СОСТАВ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



ассистент, к.м.н.
Тимофеев С.В.



ассистент, к.м.н.
Доронин Ф.В.



ассистент, к.м.н.
Исаева А.В.

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ СГГМА

- 1) хирургия пороков развития и заболевания органов брюшной полости (портальная гипертензия, спаечная болезнь)
- 2) торакальная хирургия (эхинококкоз, ГЭР)
- 3) андрология и урология (острые заболевания яичка, варикоцеле, профилактика мужского бесплодия)
- 4) гематогенный остеомиелит
- 5) сколиотическая болезнь у детей

РАБОТА СНО КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ СГГМА



СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Общепедиатрическое поликлиническое отделение

Центральная районная больница

Краевая/областная детская клиническая больница
(хирургическое, травматолого-ортопедическое,
урологическое, челюстно-лицевое,
нейрохирургическое отделения)

Республиканская детская клиническая больница
(г. Москва)

Возникновение врожденных пороков развития в различные периоды органогенеза и эмбрионального гистогенеза

Преорганогенез		Органогенез (недели)						Плодный период (недели)											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	20	38						
		←—						—→						←— // —→					
		центральная нервная система																	
		сердце																	
		орган слуха																	
		орган зрения																	
		верхние конечности																	
		нижние конечности																	
		губы																	
		зубы																	
		небо																	
		наружные половые органы																	
Гибель	Врожденные пороки развития						Функциональные дефекты и малые аномалии развития												

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕО - ПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ: СОЧЕТАННЫЕ ДЕФЕКТЫ

Врожденные дефекты	Частота в %
Врожденные пороки сердца	29 - 37
Аноректальные дефекты	11 - 17
Дефекты скелета/ позвоночника	10 - 49
Мочеполовые аномалии	11 - 28
Желудочно - кишечные дефекты	8 - 13

АТРЕЗИЯ ПИШЕВОДА И ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ: СИНДРОМАЛЬНЫЕ ФОРМЫ

VACTER ассоциация	Vertebral, Anorektal, Cardical, Tracheo - Esophageal fistula, Renal / Radial
CHARGE ассоциация	Coloboma, Heart defects, Atresia choanae, Retarted growth, Genital hypoplasia, Ear anomalies
Окуло-аурикуло-вертебральный спектр	Ассиметрия лица, микротия, тугоухость, полупозвонки, эпibuльбарный дермоид, микрофтальм, незаращение губы/ неба, макростомия, порок сердца, аномалия почек, дефекты ребер
ОПИТЦА синдром	Гипертелоризм, гипоспадия/ "расщепленная" мошонка, аноректальные дефекты, пороки сердца, незаращение губы/ неба
ХРОМОСОМНЫЕ СИНДРОМЫ:	Синдром Дауна, синдром Эдвардса (трисомия 18)

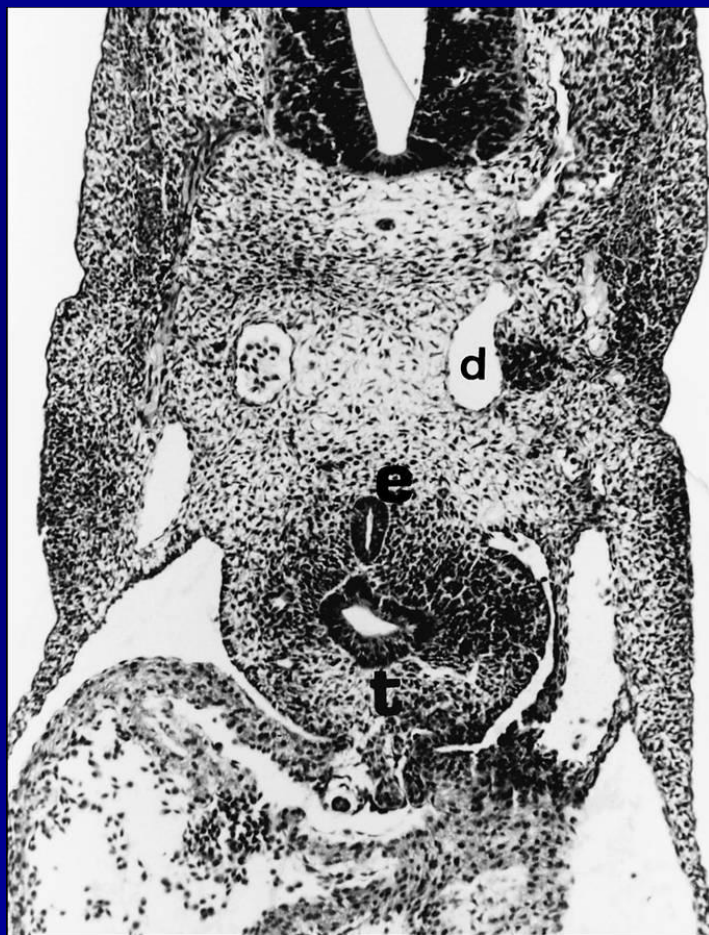
VATER-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННОГО



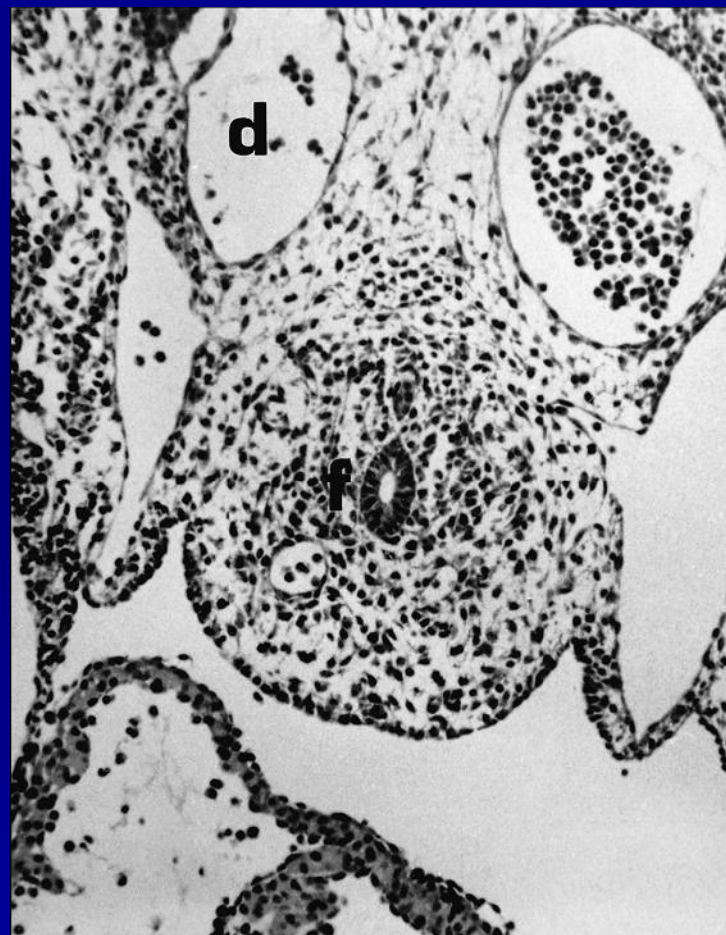
атрезия пищевода, двусторонняя лучевая косорукость с аплазией
первых пальцев кисти

ЭМБРИОГЕНЕЗ ПИЩЕВОДА

(Merei JM et al., 2002)



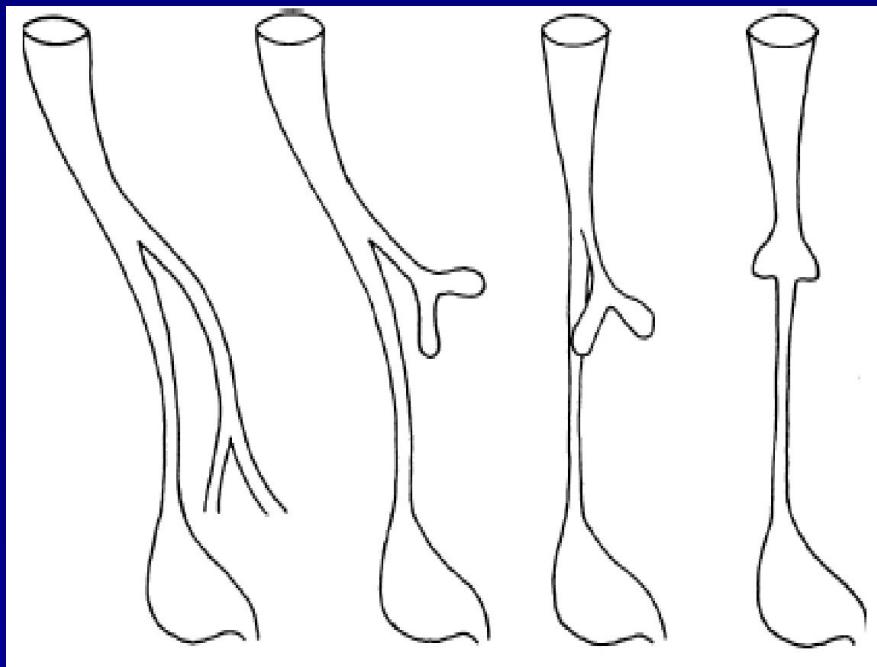
Норма



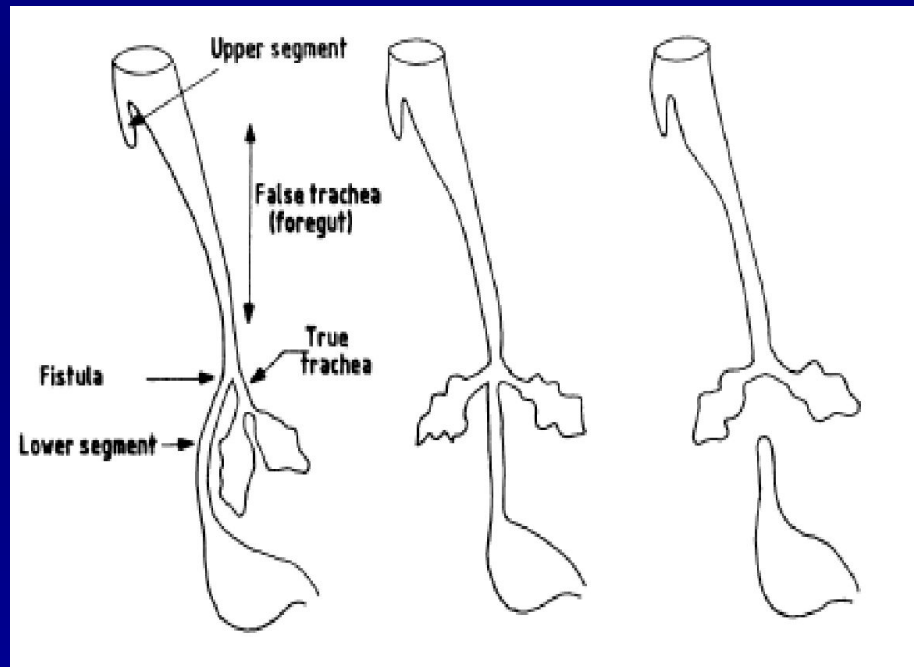
Атрезия пищевода

ЭМБРИОГЕНЕЗ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

(Jamal M.et al., 2002)

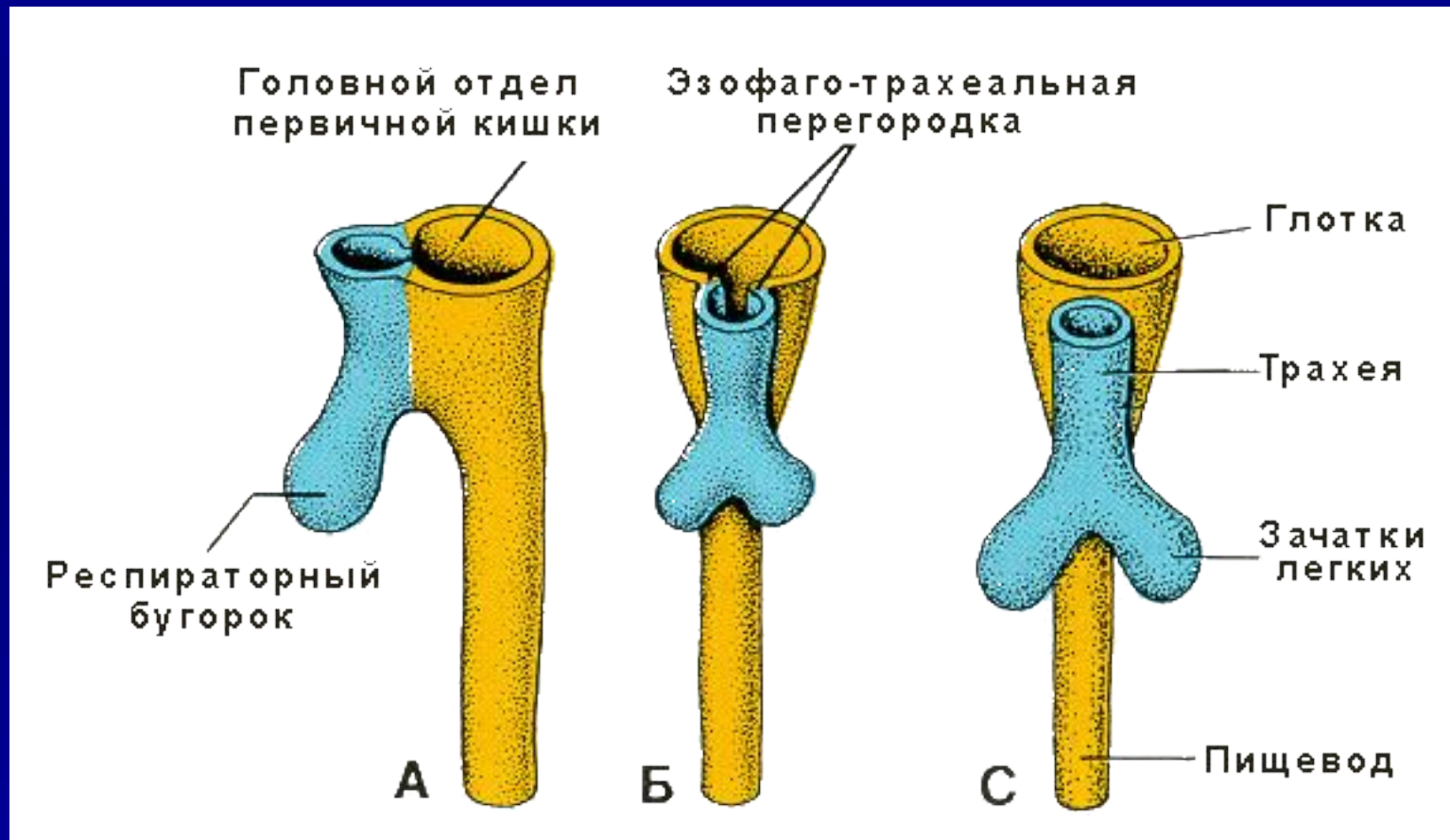


Норма

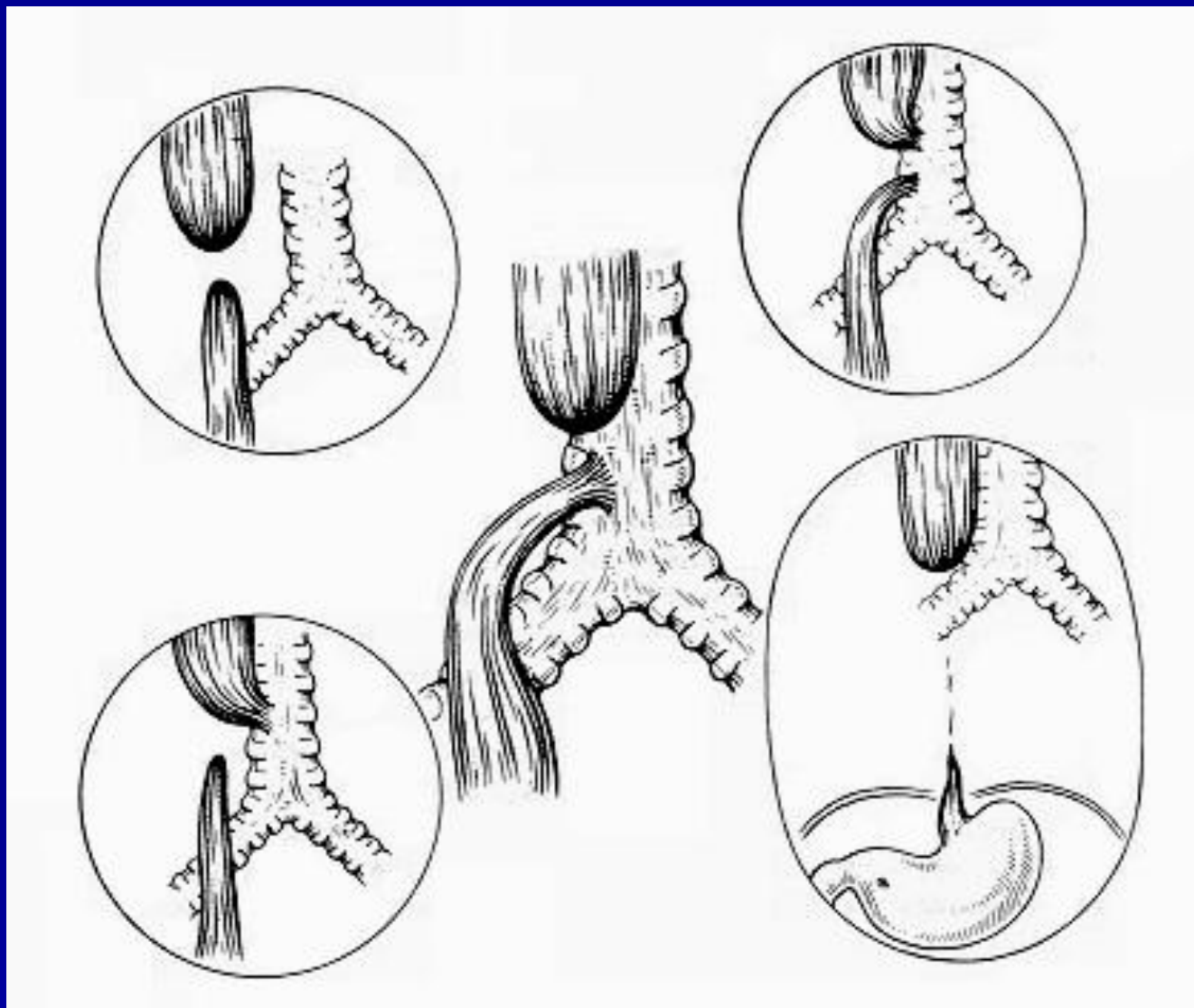


Атрезия пищевода

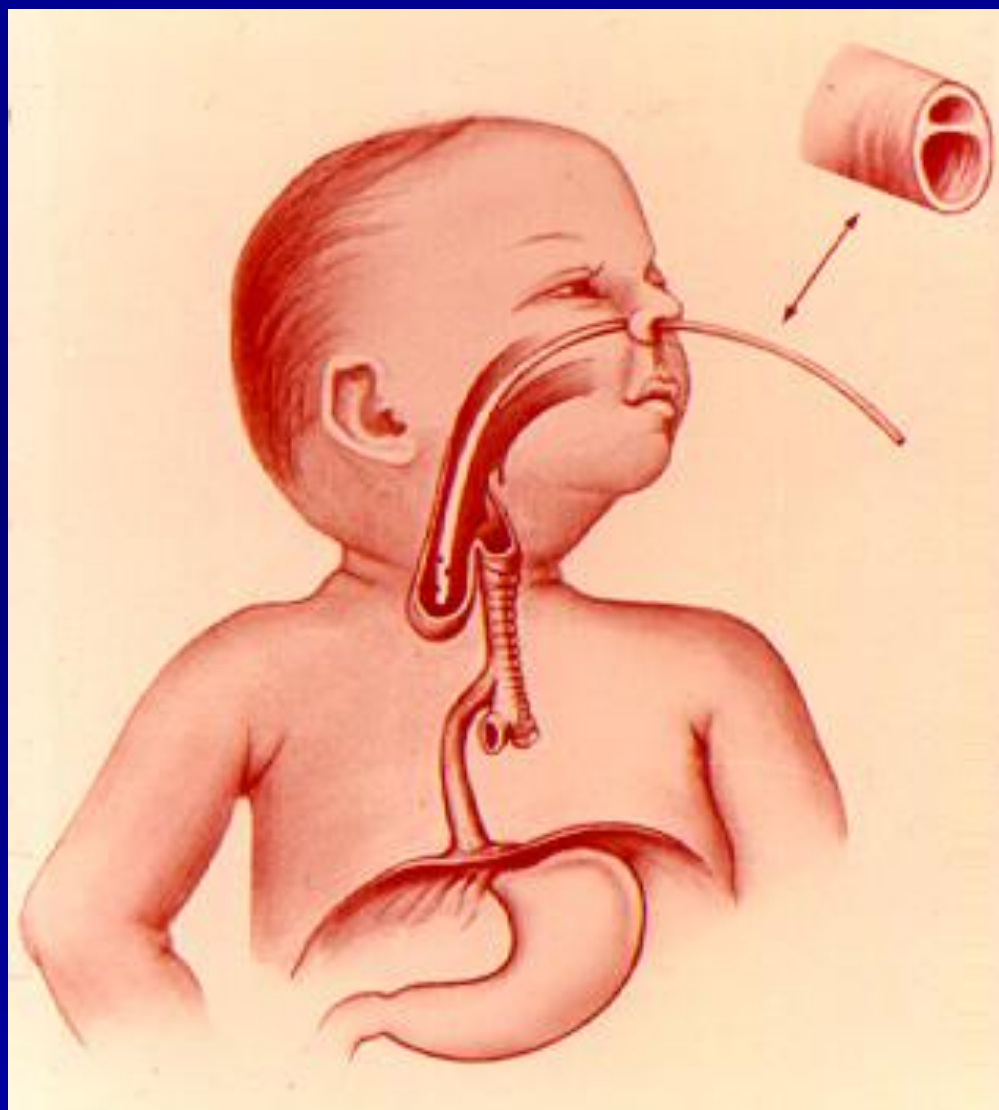
СТАДИИ РАЗВИТИИ ПИЩЕВОДА



ВАРИАНТЫ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



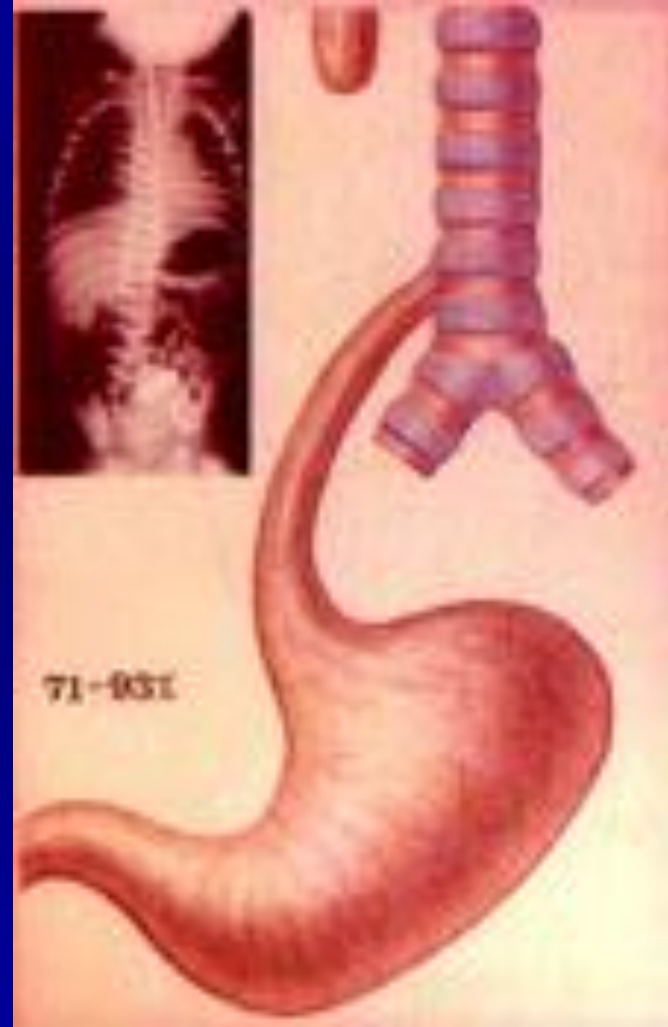
МЕТОДИКА ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА С ДИСТАЛЬНЫМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ



Рентгенограмма

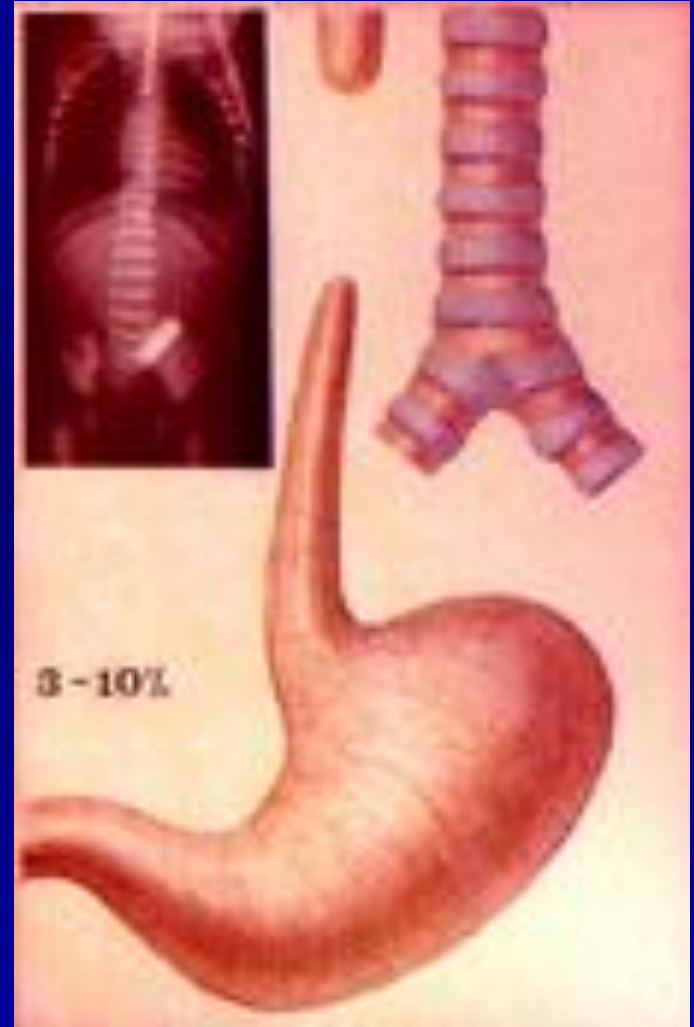


Схема

БЕССВИЩИВАЯ ФОРМА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



Рентгенограмма

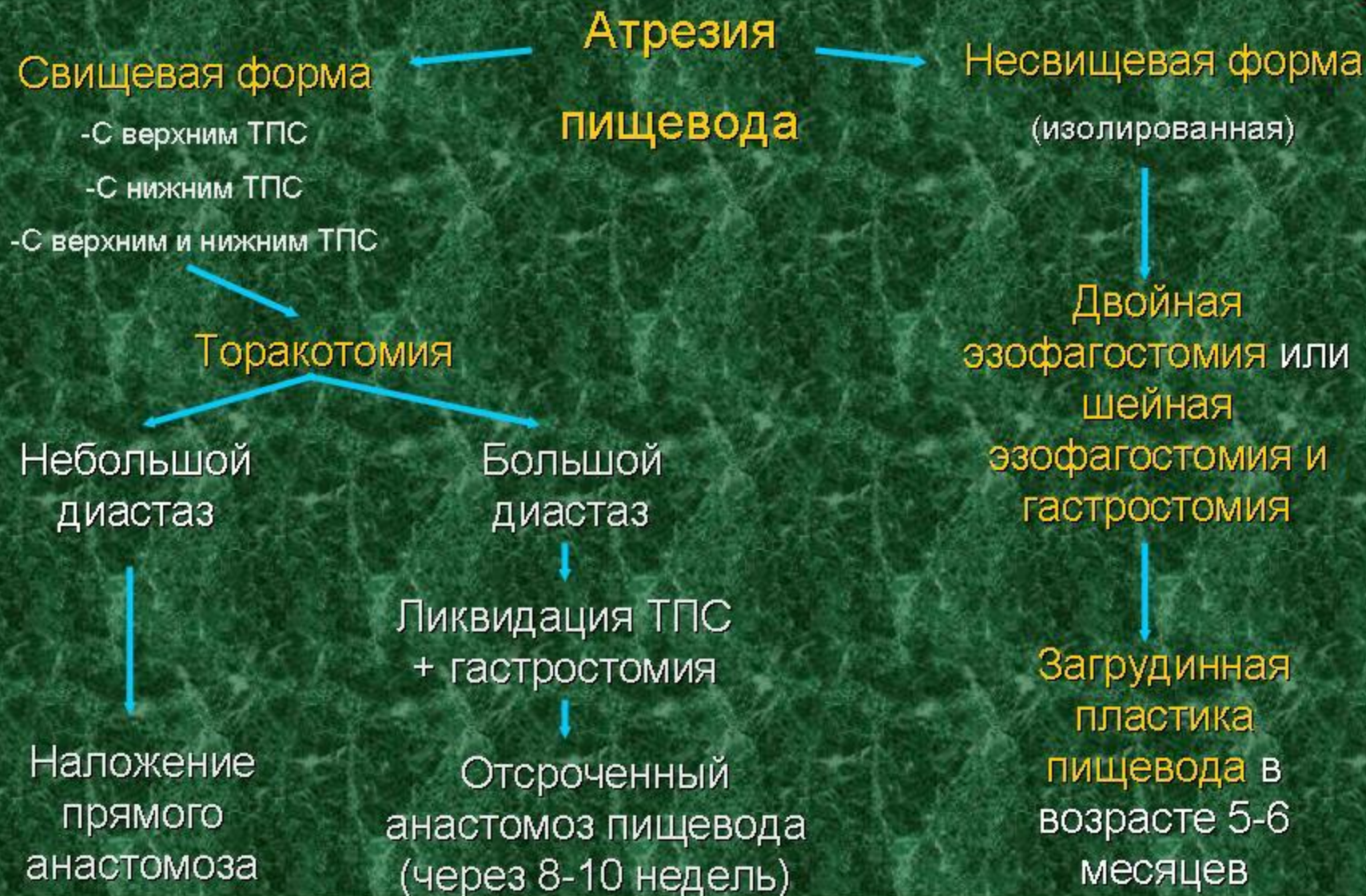


Схема

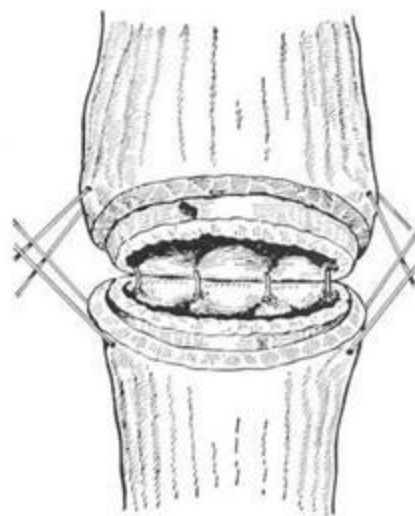
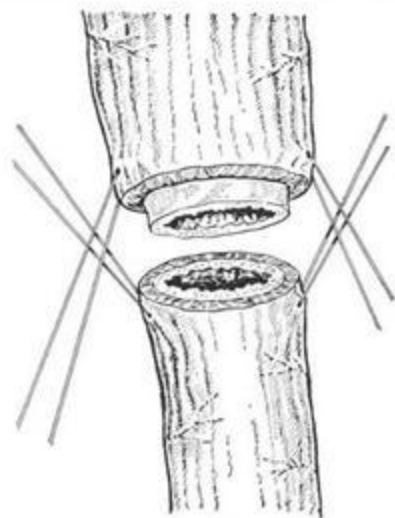
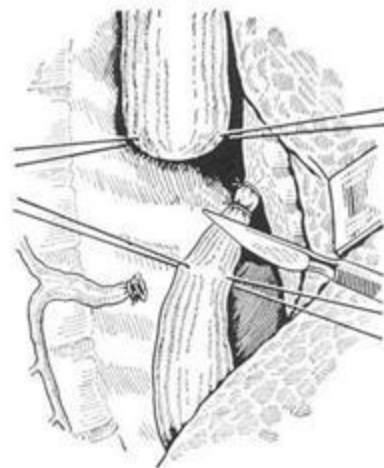
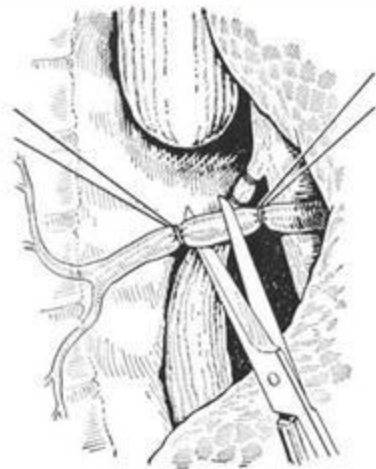
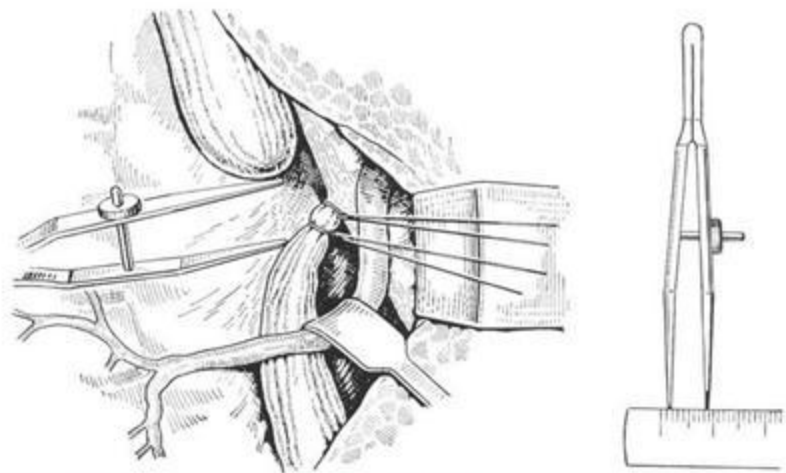
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



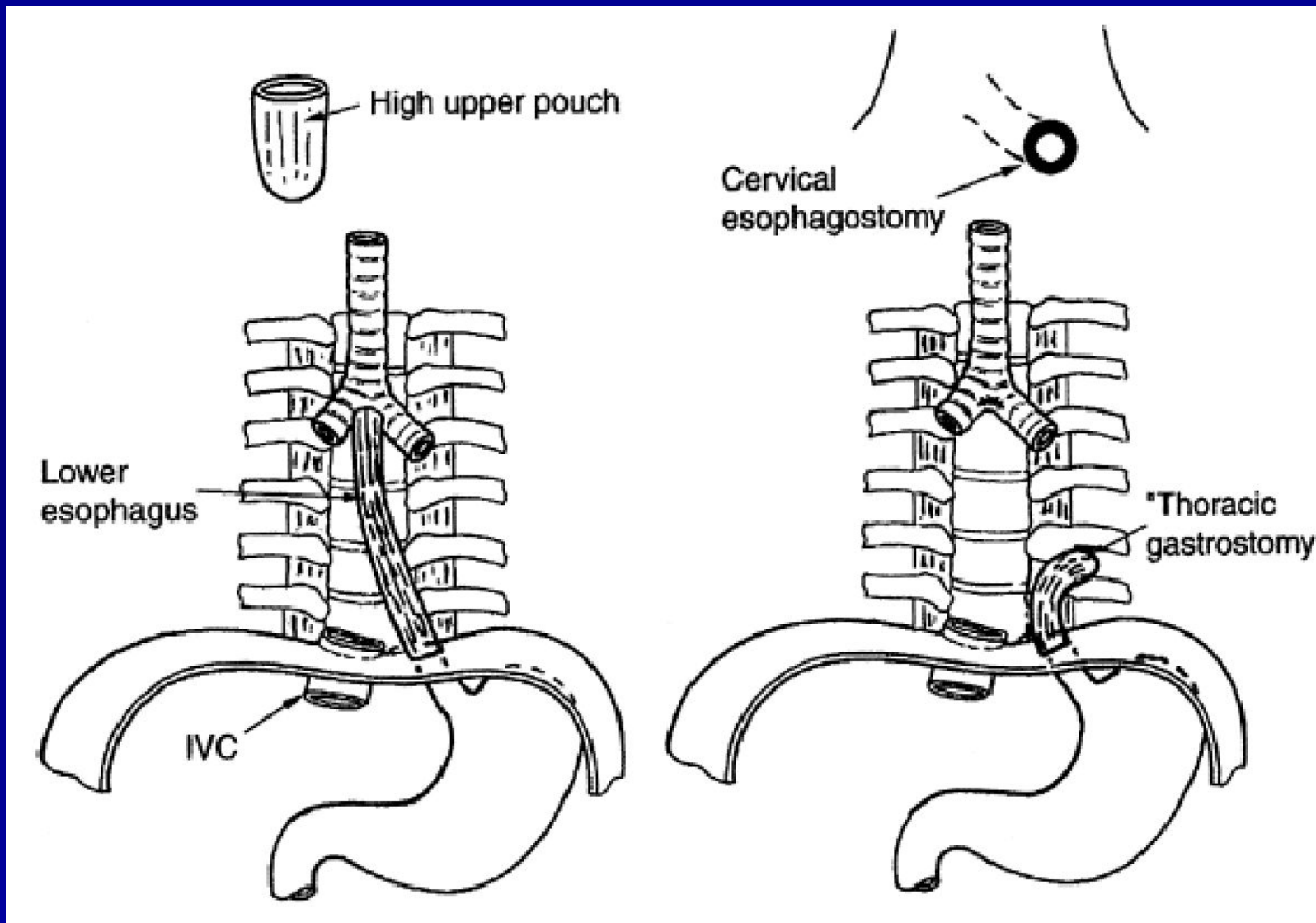
Алгоритм выбора хирургической коррекции атрезии пищевода



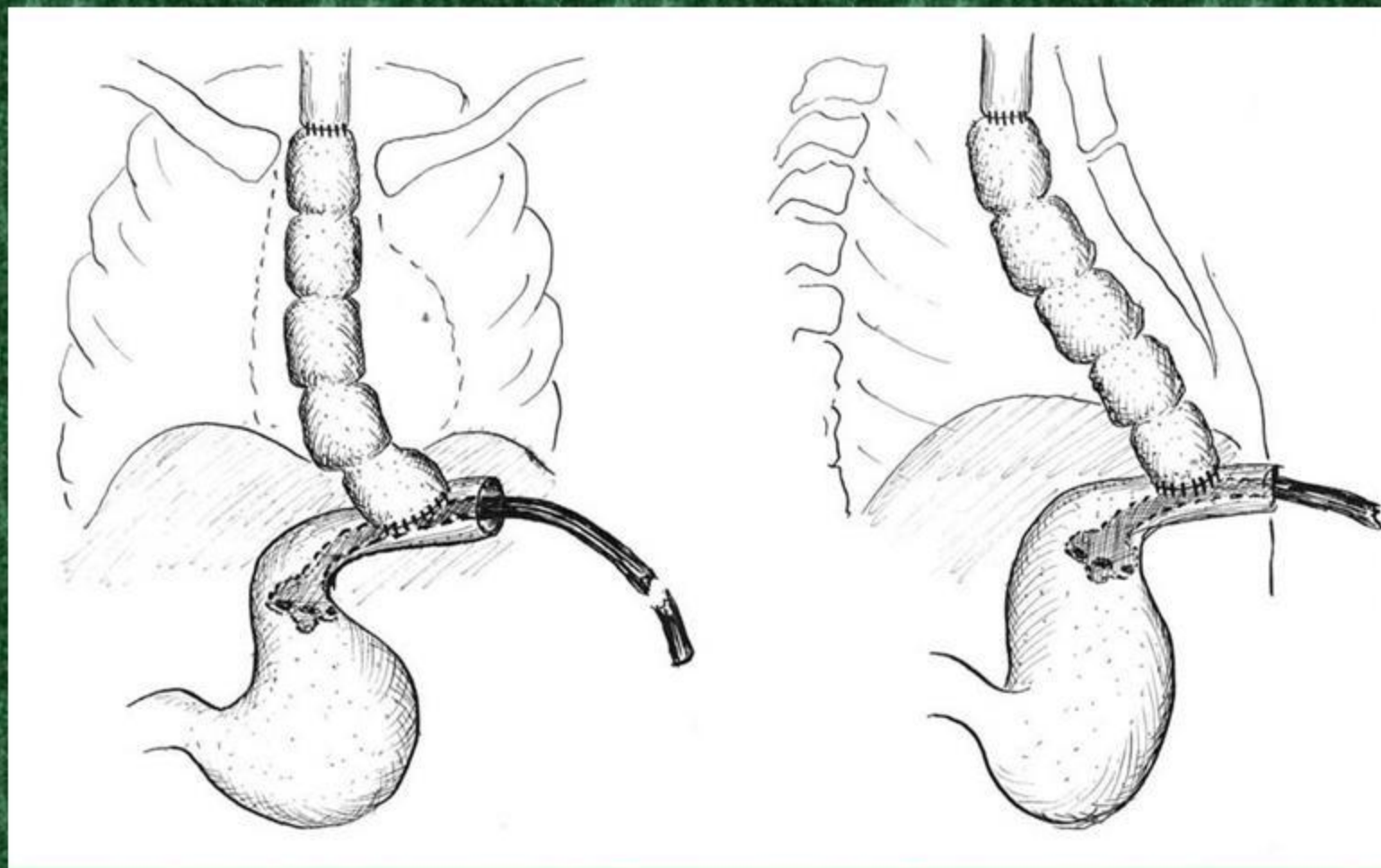
Операция создания прямого анастомоза пищевода



ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА (Aggarwal S., 2003)



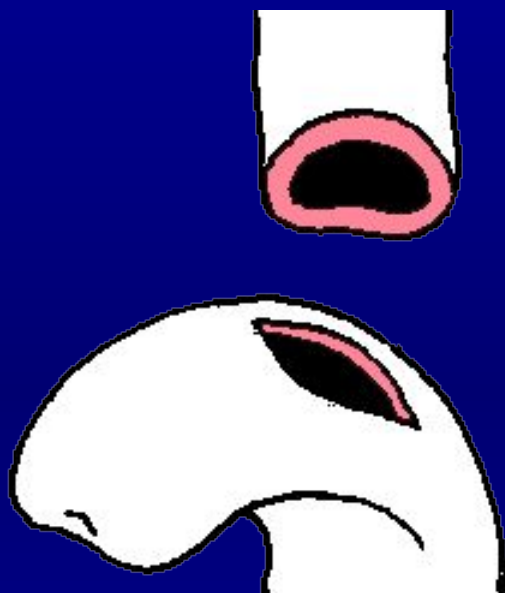
Загрудинная пластика пищевода



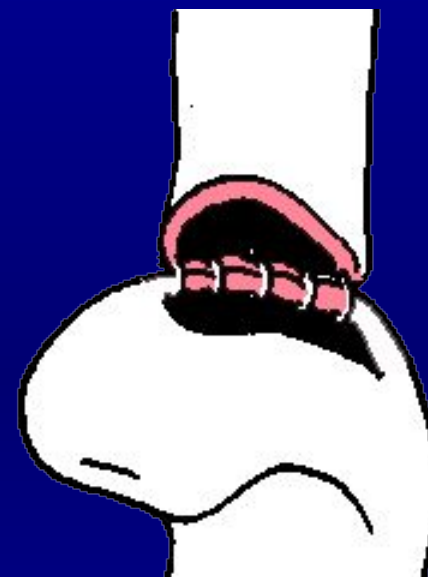
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПИЩЕВОДНО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА (Чепурной Г.И., Исаева А.В., 2005)

Виды пищевода-толстокишечного анастомоза	Патология пищевода		Исход			
	атрезия	рубцовое сужение	без свищей		со свищами	
			абс.	%	абс.	%
Конец в конец	5	15	13	65	7	35
Конец пищевода в бок задней стенки кишки	13	26	26	66,7	13	33,3
Конец пищевода в бок передней стенки кишки	1	3	-	-	4	100
Бок в бок	-	2	2	100	-	-
И т о г о	19	46	41	62,1	24	37,9

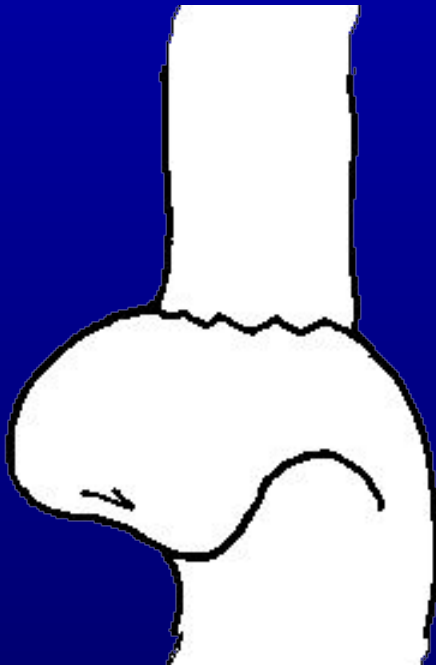
ФОРМИРОВАНИЕ ШЕЙНОГО СОУСТЬЯ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ



Рассечена задняя стенка толстой кишки соответственно диаметру просвета пищевода.



Сформирована нижняя губа анастомоза.



Сформирована верхняя
губа анастомоза
скорняжным швом.

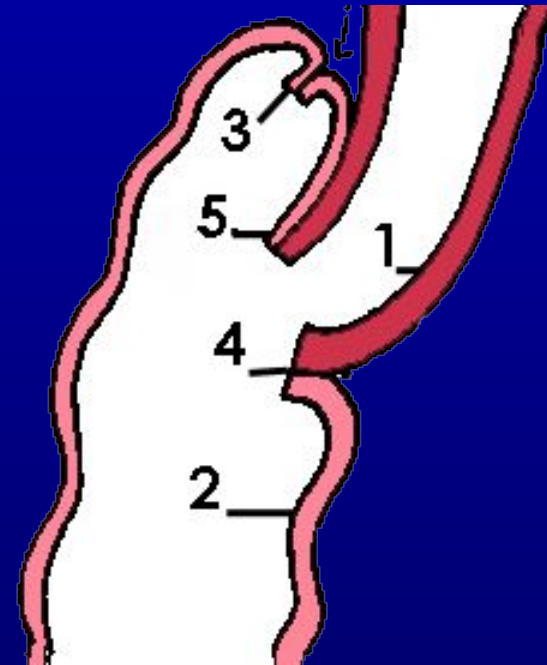


Схема сагиттального разреза соустья.

- 1 - пищевод;
- 2 - толстая кишка;
- 3 - место фиксации кишки к
паразофагеальным тканям над
анастомозом;
- 4 - нижняя губа;
- 5 - верхняя губа соустья.

**ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗОС
ПИЩЕВОДА И ПЕРЕВЯЗКИ ТПС**

- Несостоятельность
анастомоза (10,3%)**



Осложнения

- **Несостоятельность анастомоза (4-6-е сутки):** ухудшение состояния, по дренажу слюна, пневмоторакс, пневмомедиастинум. Необходимо R-подтверждение (контраст с индигокармином).

**Абсолютно показана гастростомия,
дополнительное дренирование плевральной
полости**

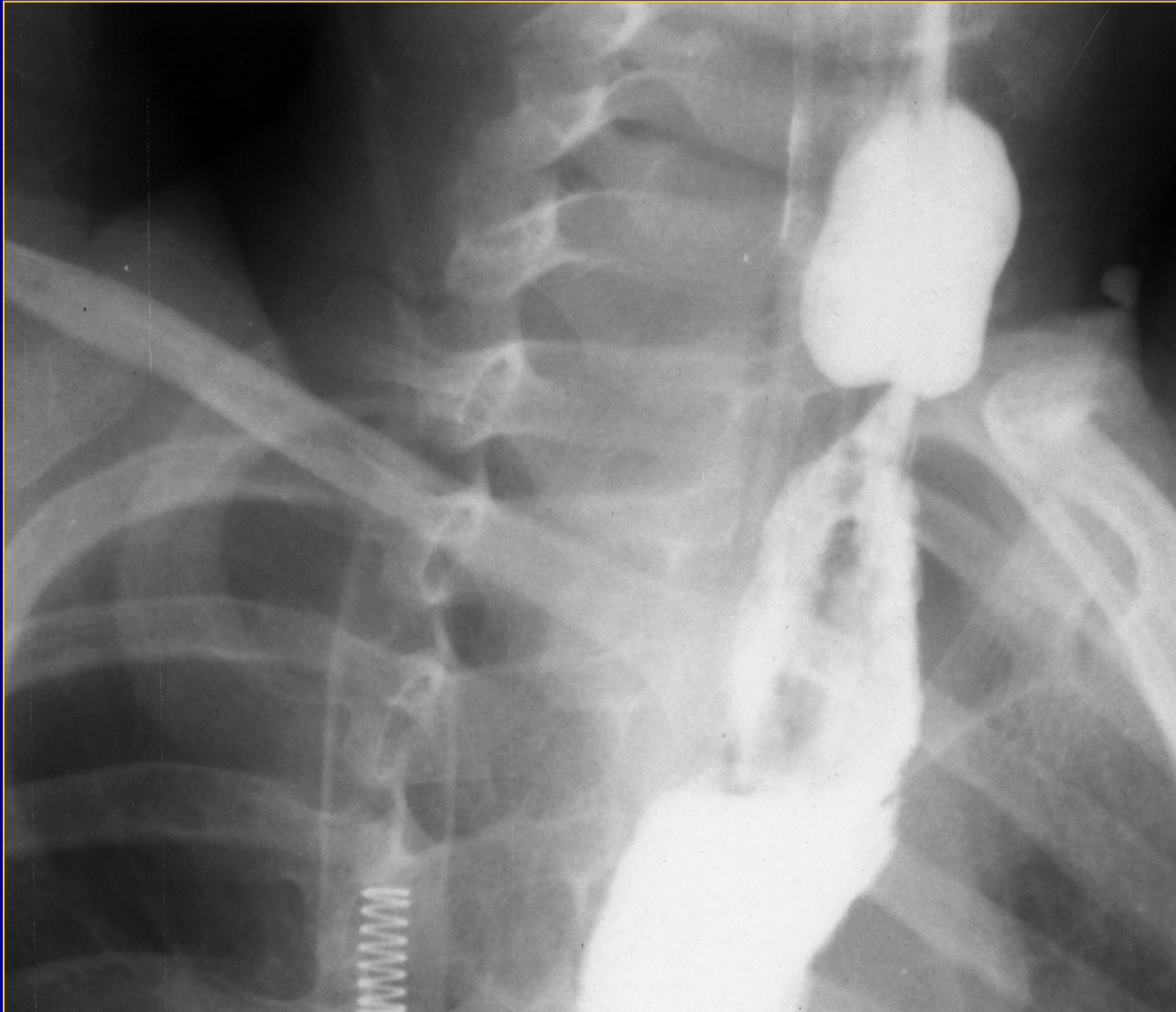
После заживления пищевода (15-18 сут.)
контрастная рентгенография

Осложнения

- **Рецидив трахеопищеводного свища (врожденный изолированный трахеопищеводный свищ):** кашель во время питья, рецидивирующая пневмония, ателектазы, вздутие живота.

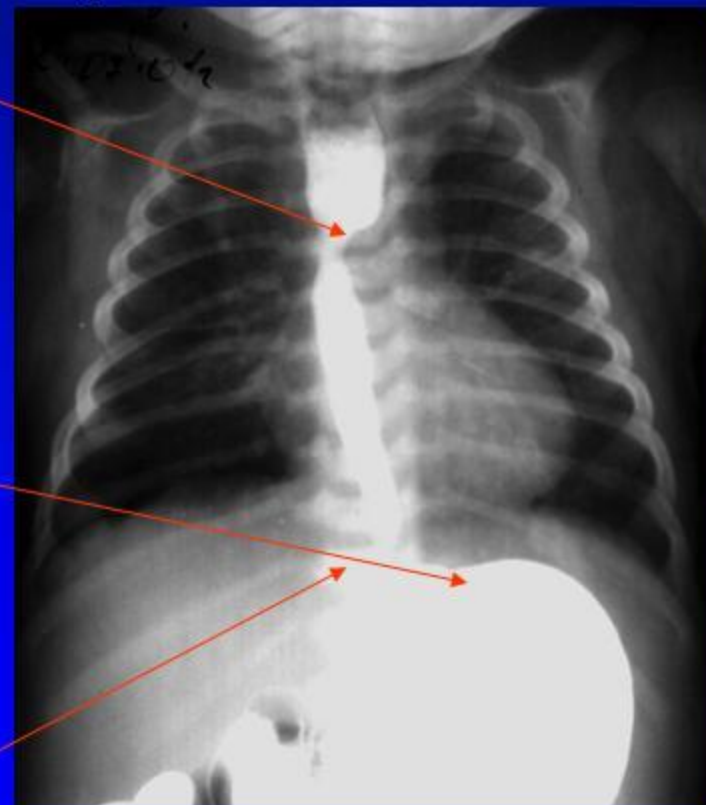
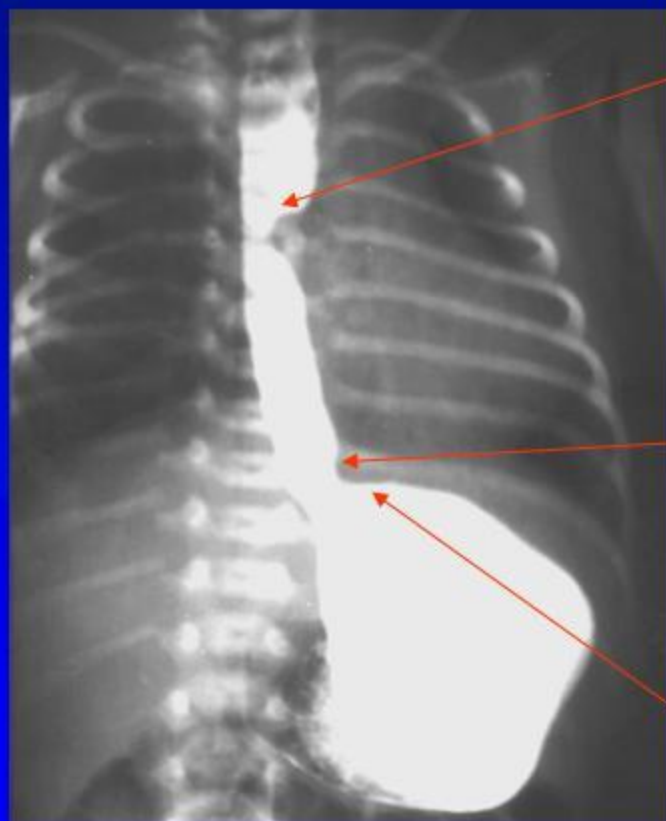
Диагностика — 1) фибротрахеоскопия с одновременным заполнением пищевода индигокармином
2) контрастная эзофагография под контролем экрана с использованием обтурации пищевода катетером Фолея.

СОСТОЯНИЕ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО-ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



РЕНТГЕНОСКОПИЯ С КОНТРАСТНЫМ ВЕЩЕСТВОМ

заброс контрастного вещества



сглаженный
угол Гиса

уменьшение абдоминального отдела пищевода

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Общие правила

- *При подозрении на порок развития, требующий неотложной хирургической помощи, новорождённого из родильного дома немедленно направляют в детское хирургическое отделение без предварительного согласования с ТМО, минуя нижестоящие этапы. Вопрос о переводе согласуется через РКЦ (или санитарную авиацию) с дежурным детским хирургом.*
- *Транспортировка осуществляется медицинским работником без сопровождения матери ребёнка.*

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Общие правила

- *Перед транспортировкой* всем детям проводят ингаляции увлажнённого кислорода. По показаниям назначают кардиотропные средства. При парезе кишечника в прямую кишку вводят толстую газоотводную трубку. Обязательным является назначение антибиотиков (полусинтетических пенициллинов) и викасола (10 мг/сут) для профилактики воспалительных осложнений и геморрагического синдрома.
- *Транспортировка не должна* прерывать начатых в роддоме лечебных мероприятий. Следует избегать охлаждения, для чего на конечности ребёнка можно надевать тёплые ватные манжеты. Грелки следует применять с осторожностью во избежание ожога. Для обеспечения более комфортного теплового режима лучше пользоваться специальными обогреваемыми транспортными кюветами.

- *При пороках развития, проявляющихся острой дыхательной недостаточностью* необходимо немедленно осмотреть ротовую полость, удалить слизь, прозондировать носовые ходы и пищевод.
- *При атрезии пищевода* ребёнку необходимо произвести интубацию трахеи и с интубационной трубкой отправить ребёнка в центр.
- Ребёнка транспортируют в вертикальном положении с постоянной оксигенацией, при этом каждые 10 - 15 минут производят удаление слизи из ротоглотки и верхнего отдела пищевода через катетер №8 - 10 (резиновой грушей или шприцем).



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**