

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

<http://prezentacija.biz/>

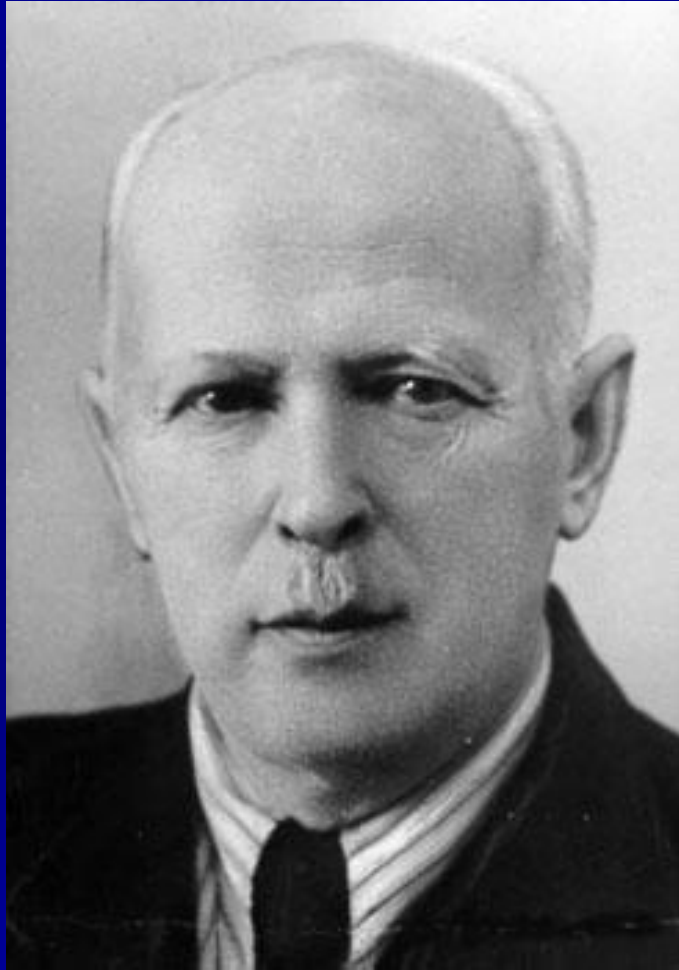
# Этапы развития детской хирургии в России

- **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.**

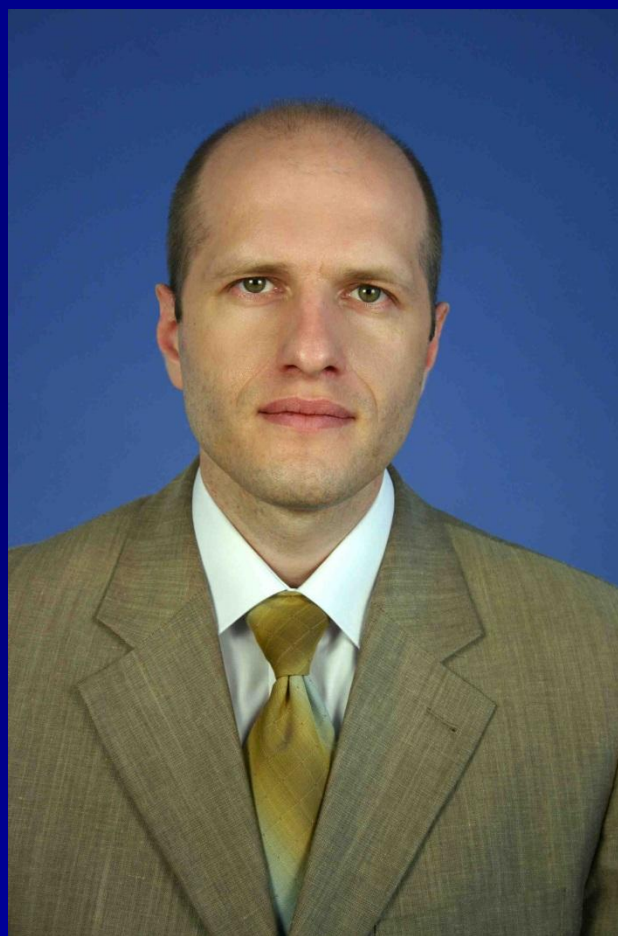
# ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НА СТАВРОПОЛЬЕ

- **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
		[Red bar from week 3 to 6]						центральная нервная система					
		[Red bar from week 3.5 to 6]				сердце							
		[Red bar from week 4 to 8]						орган слуха					
		[Red bar from week 4.5 to 7]					орган зрения						
		[Red bar from week 5 to 7]					верхние конечности						
		[Red bar from week 5.5 to 7]					нижние конечности						
		[Red bar from week 6 to 7]			губы								
		[Red bar from week 6.5 to 8]				зубы							
		[Red bar from week 7 to 8]				небо							
		[Red bar from week 7.5 to 8]						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

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

# VATER-СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

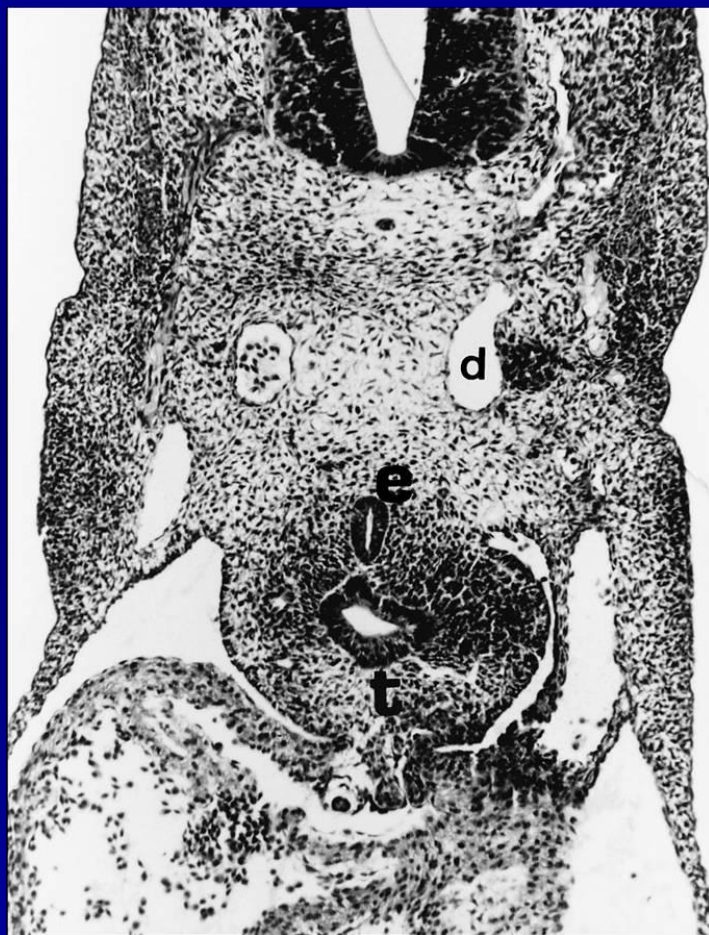


атрезия пищевода, двусторонняя лучевая косорукость с аплазией  
первых пальцев кисти

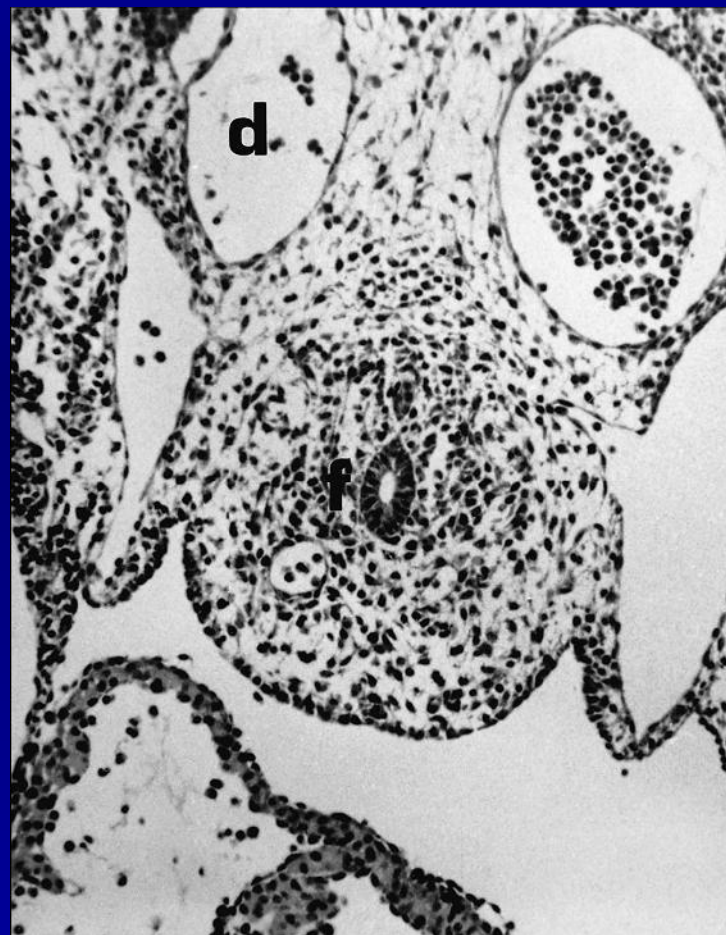


# ЭМБРИОГЕНЕЗ ПИЩЕВОДА

(Merei JM et al., 2002)



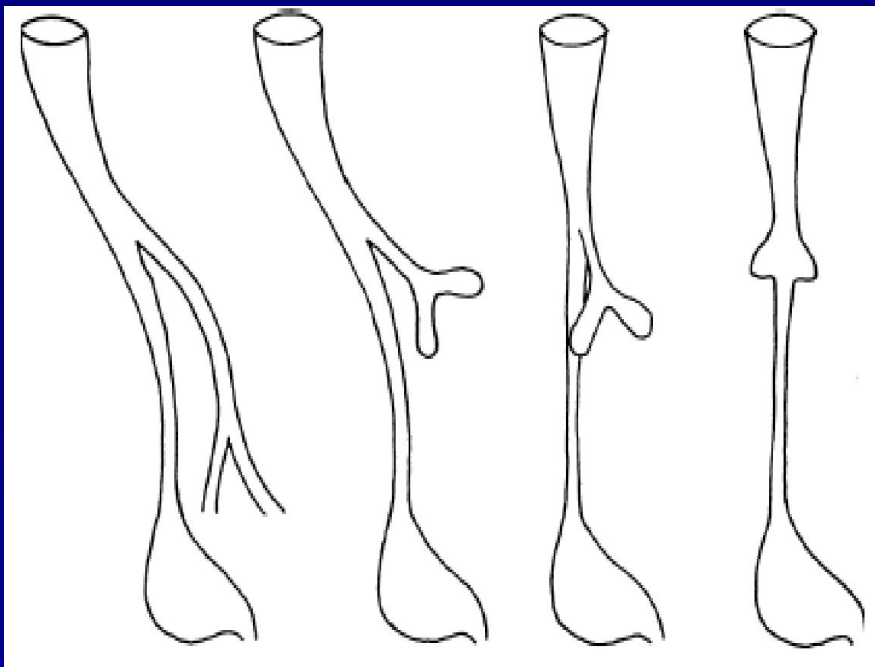
Норма



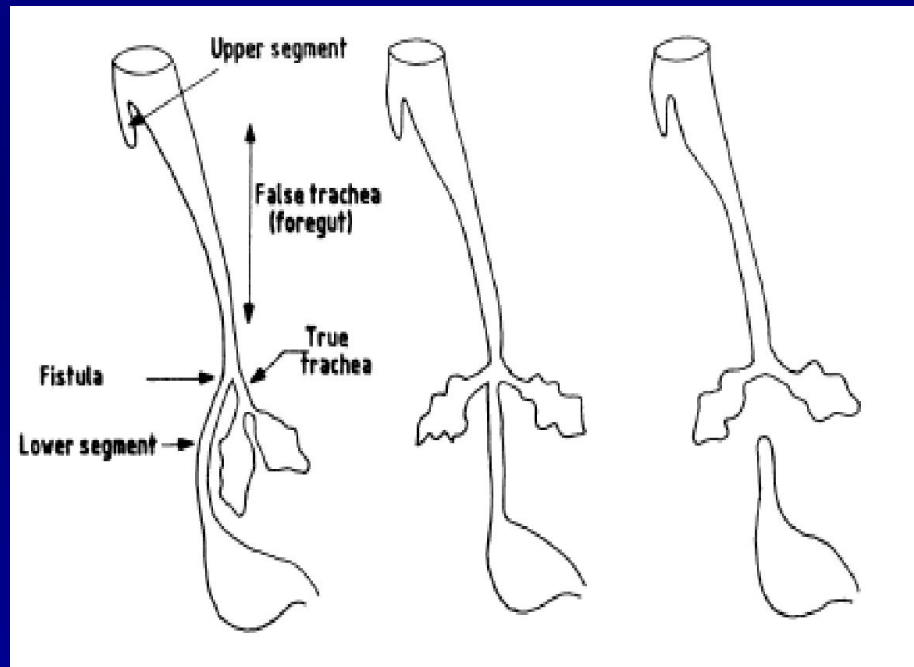
Атрезия пищевода

# ЭМБРИОГЕНЕЗ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

(Jamal M.et al., 2002)

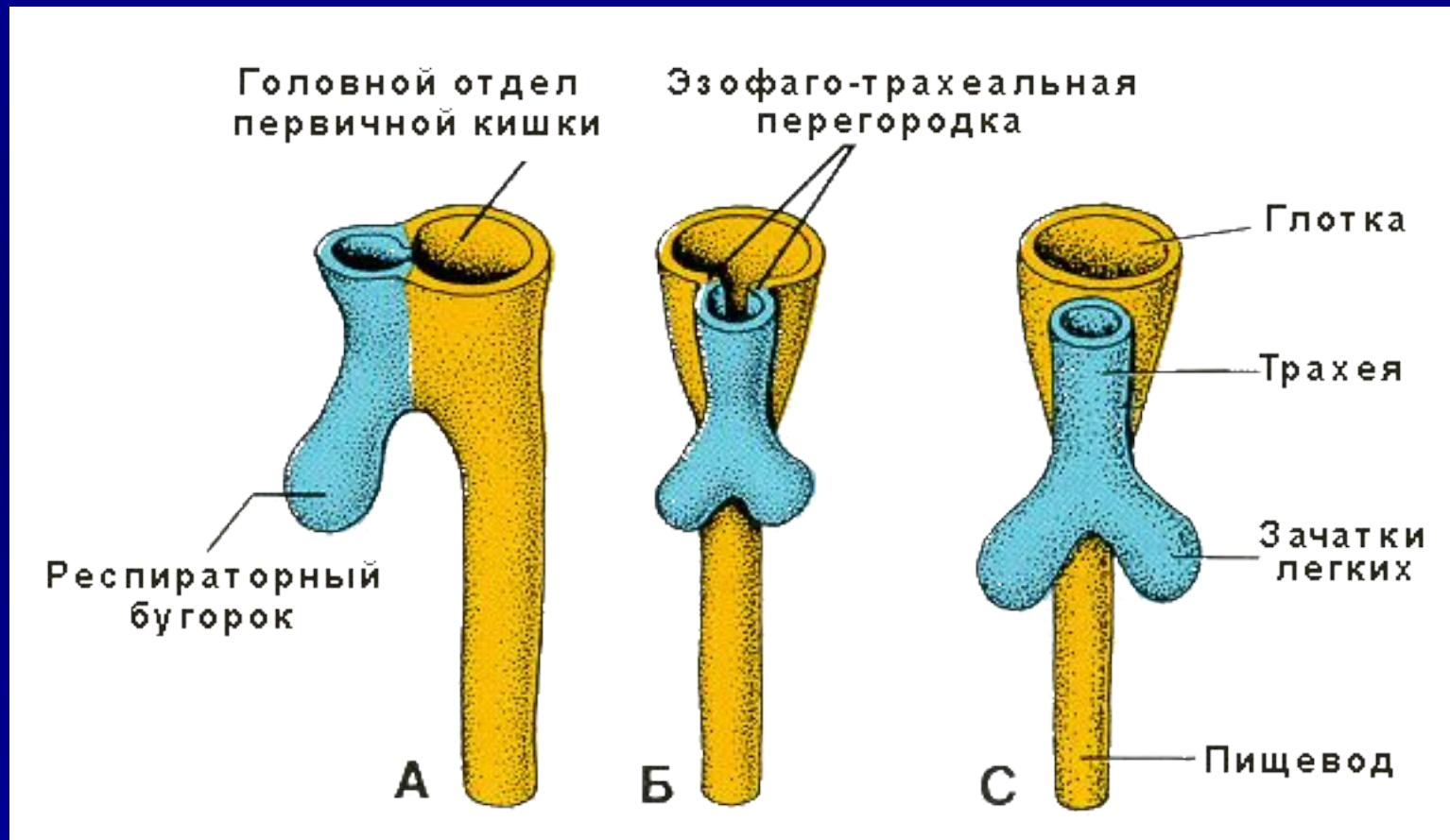


Норма

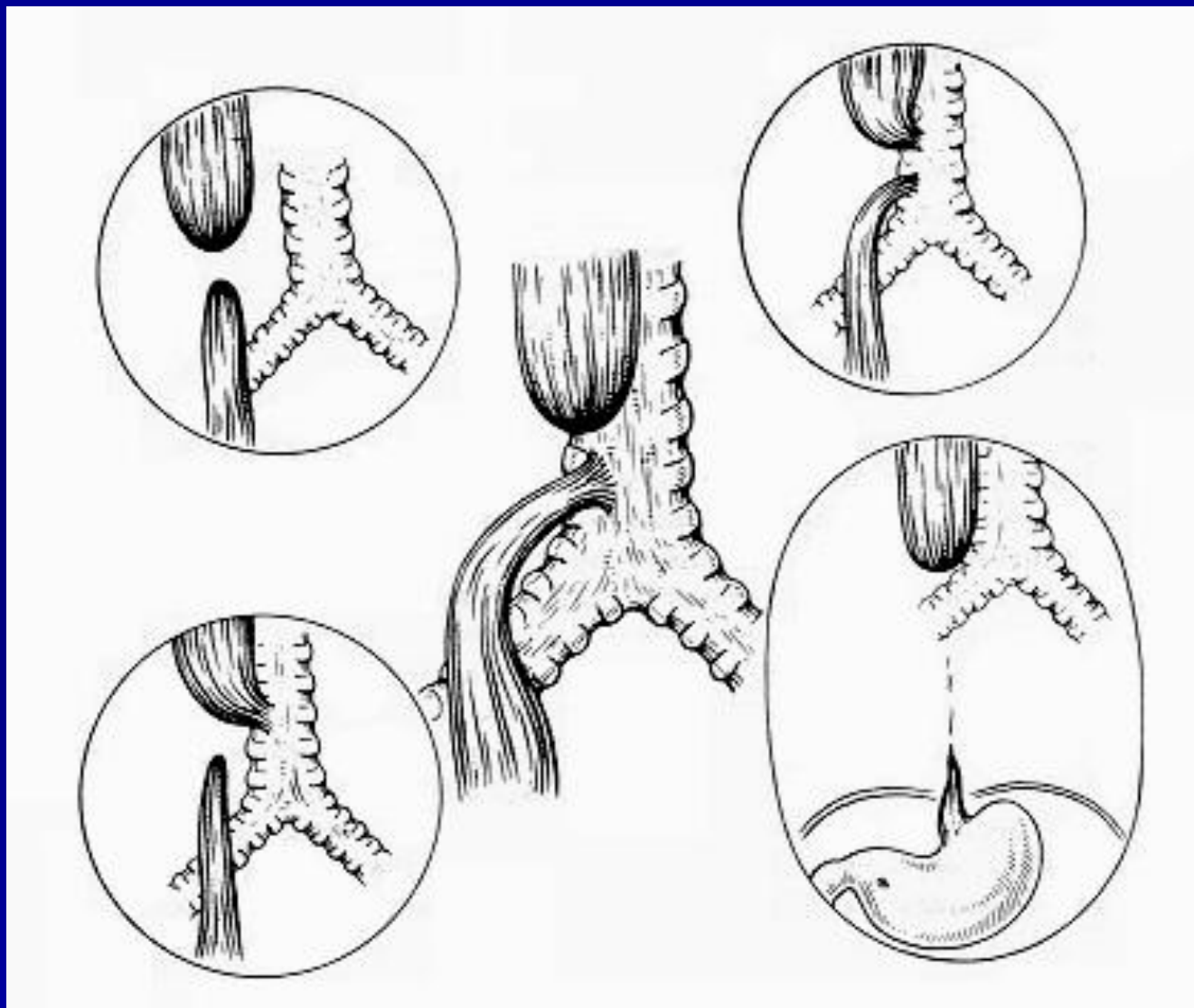


Атрезия пищевода

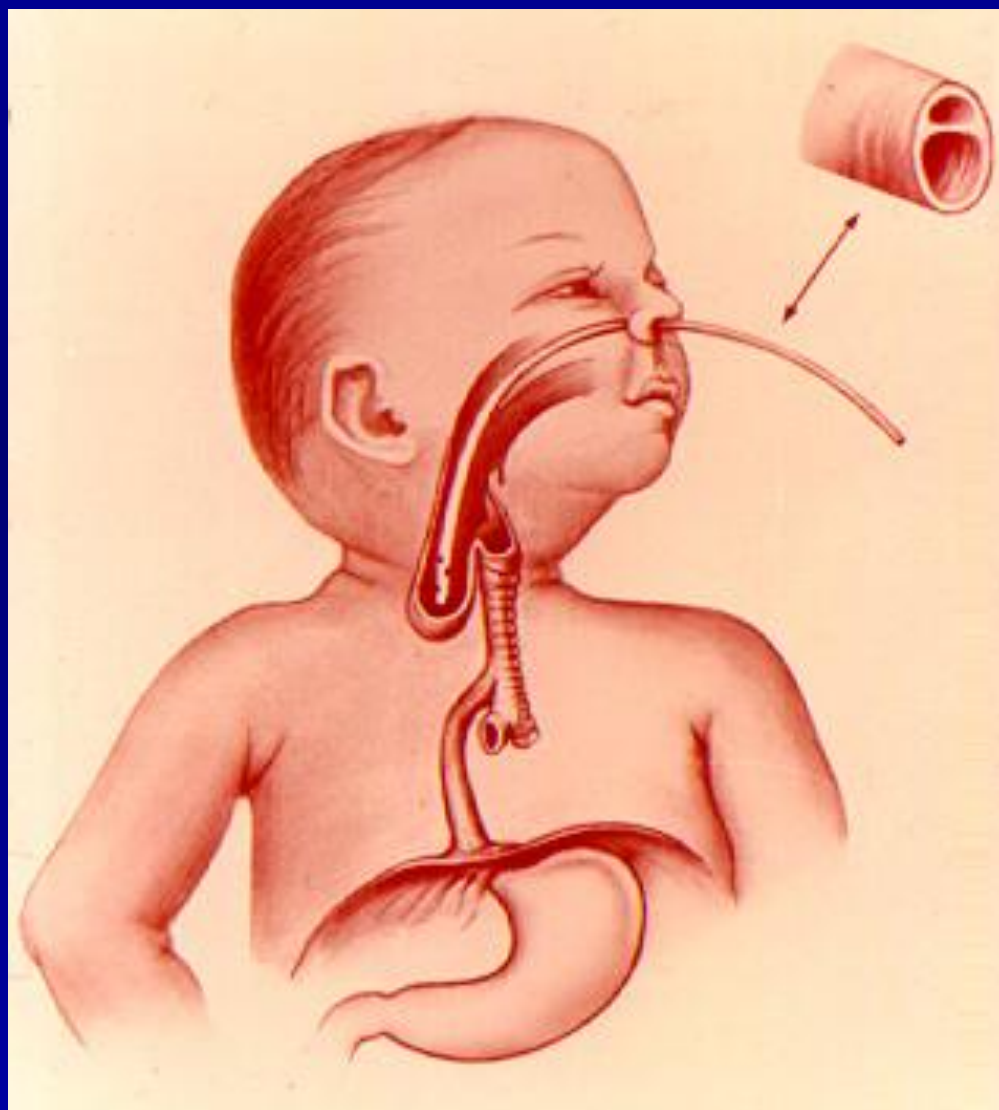
# СТАДИИ РАЗВИТИИ ПИЩЕВОДА



# ВАРИАНТЫ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



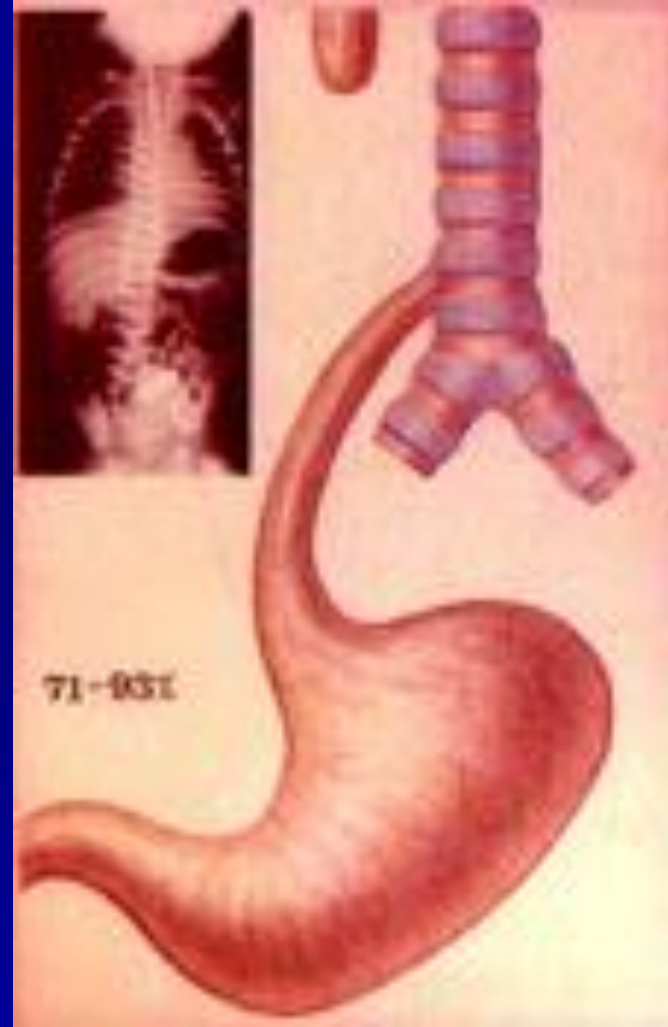
# МЕТОДИКА ЗОНДИРОВАНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



# АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА С ДИСТАЛЬНЫМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ



Рентгенограмма



Схема

# БЕССВИЩИВАЯ ФОРМА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА



Рентгенограмма



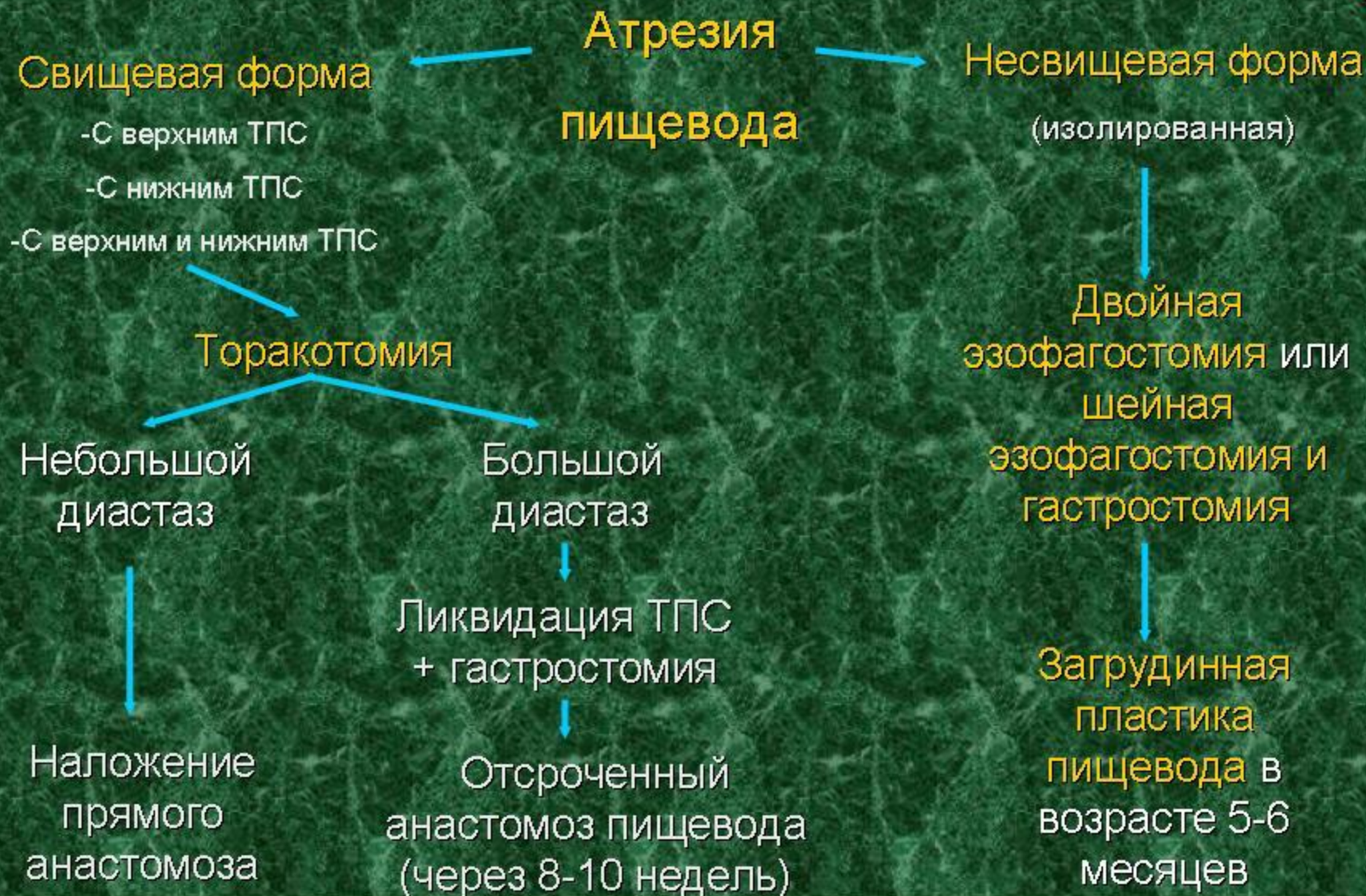
Схема

# РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

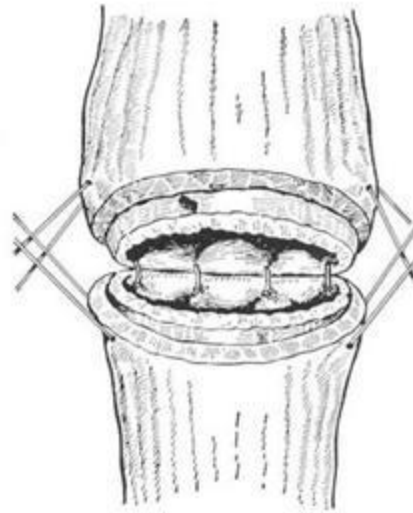
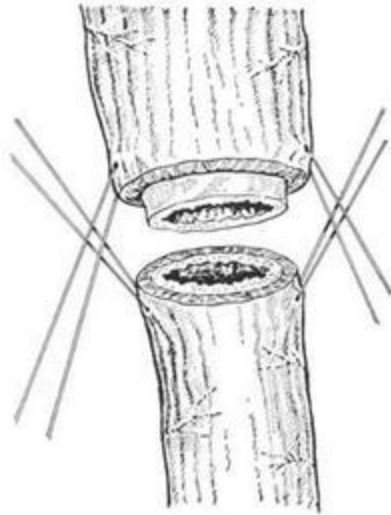
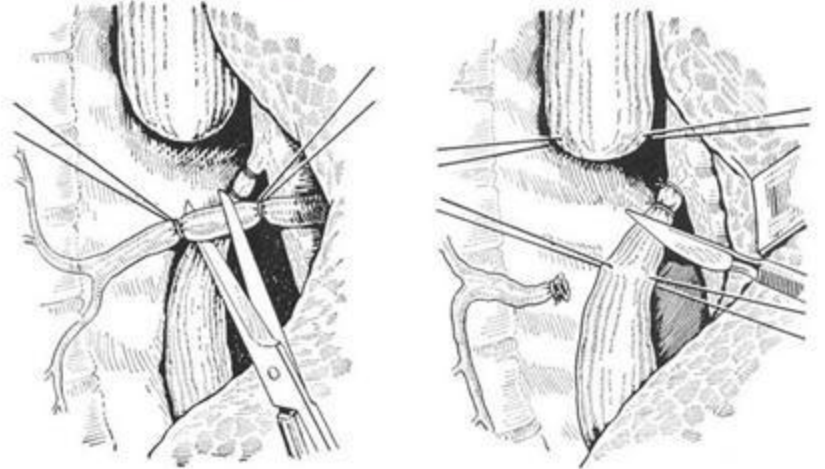
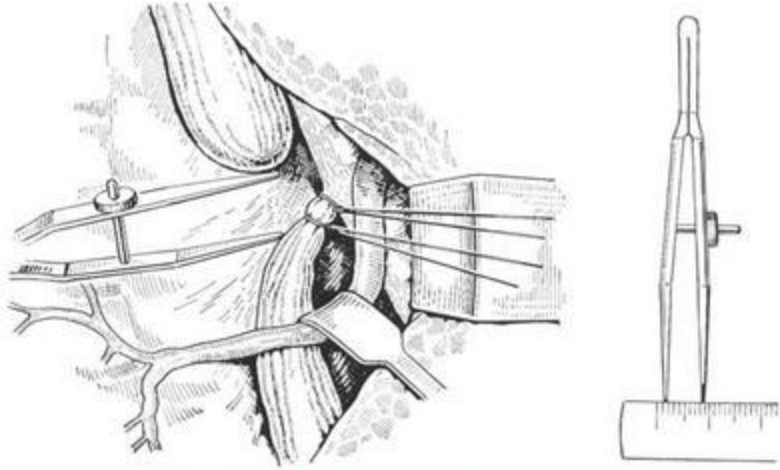




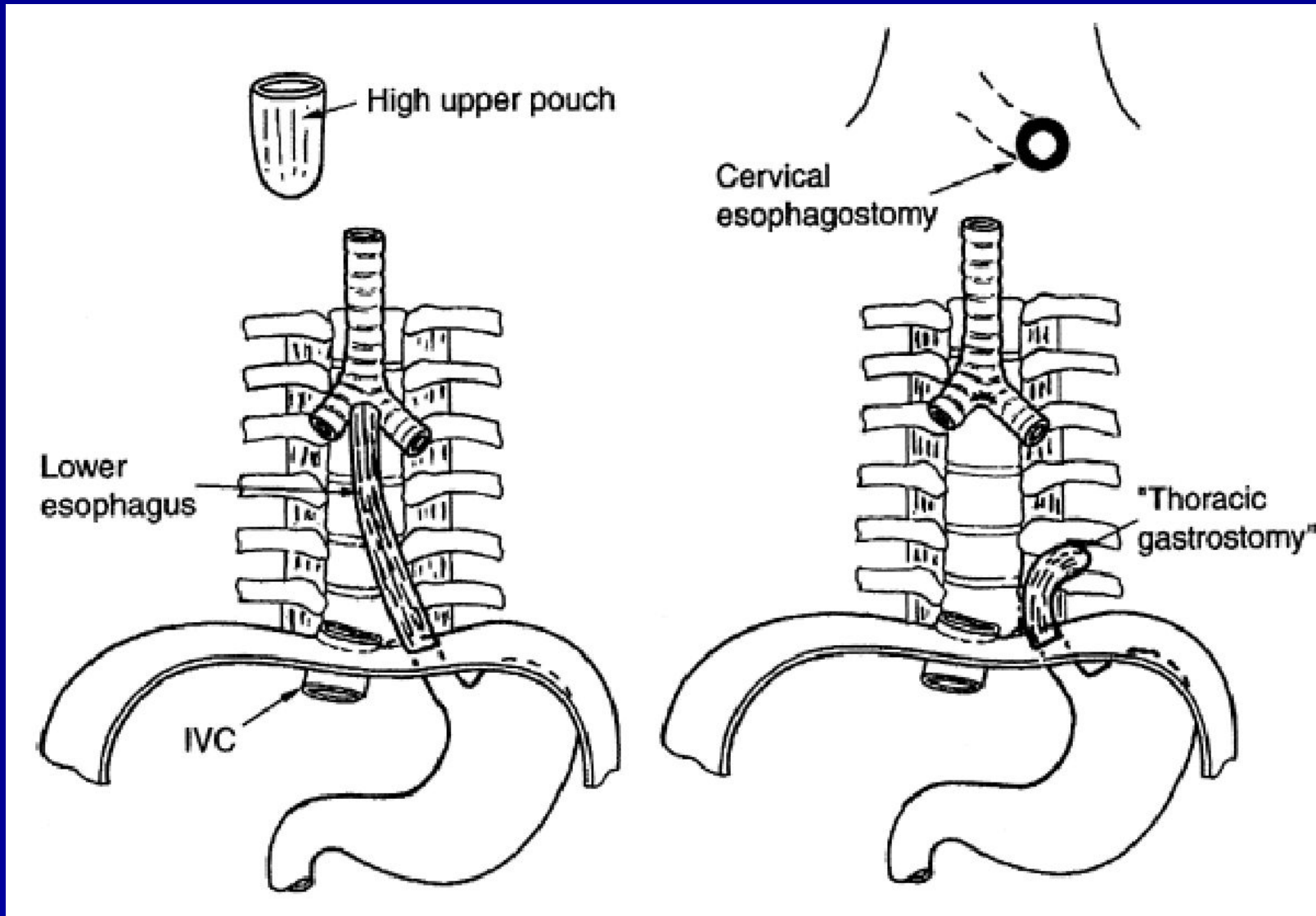
# Алгоритм выбора хирургической коррекции атрезии пищевода



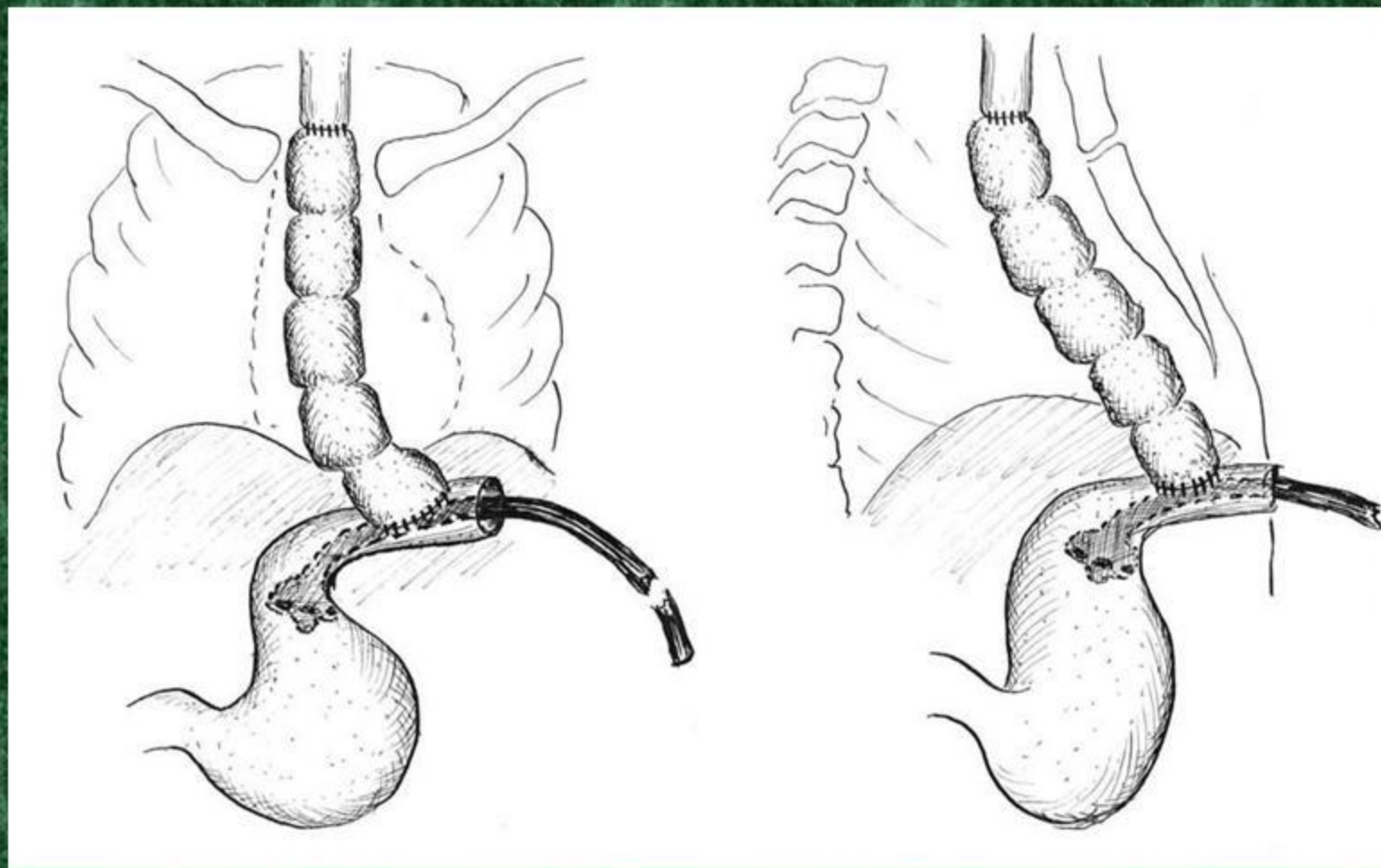
# Операция создания прямого анастомоза пищевода



# ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА (Aggarwal S., 2003)



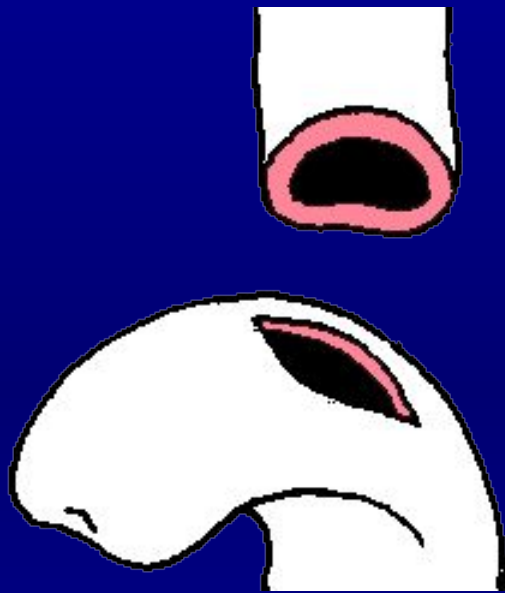
# Загрудинная пластика пищевода



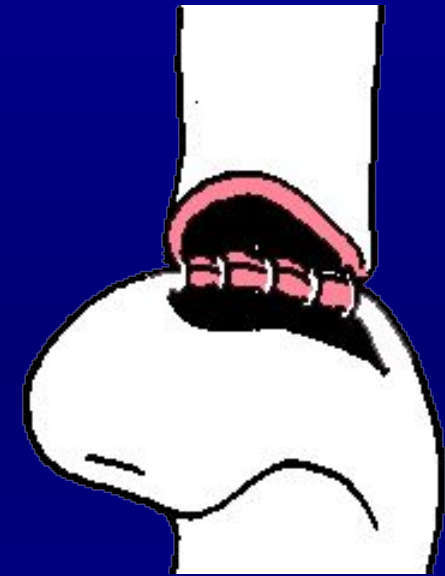
# ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПИЩЕВОДНО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА (Чепурной Г.И., Исаева А.В., 2005)

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	-	-
<b>И т о г о .....</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>62,1</b>	<b>24</b>	<b>37,9</b>

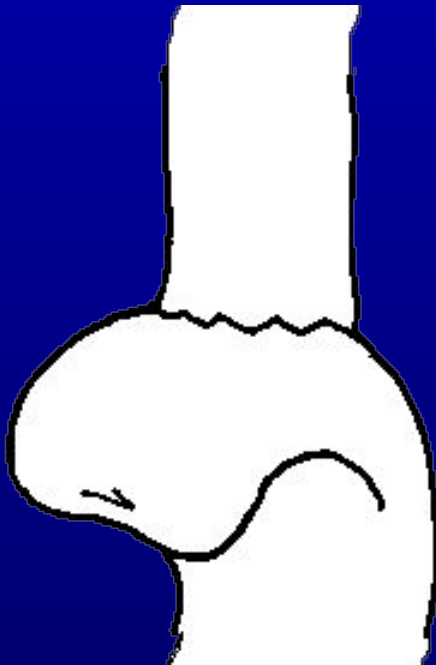
# ФОРМИРОВАНИЕ ШЕЙНОГО СОУСТЬЯ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ



Рассечена задняя стенка толстой кишки соответственно диаметру просвета пищевода.



Сформирована нижняя губа анастомоза.



Сформирована верхняя  
губа анастомоза  
скорняжным швом.

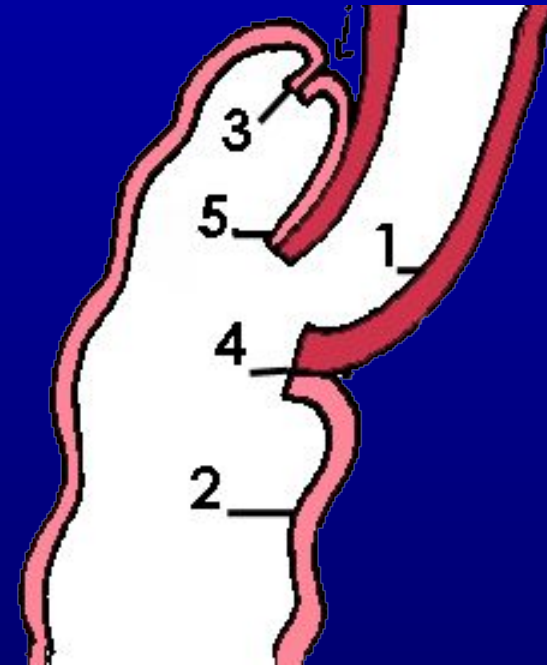


Схема сагиттального разреза соустья.

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

*ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ  
НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА  
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**

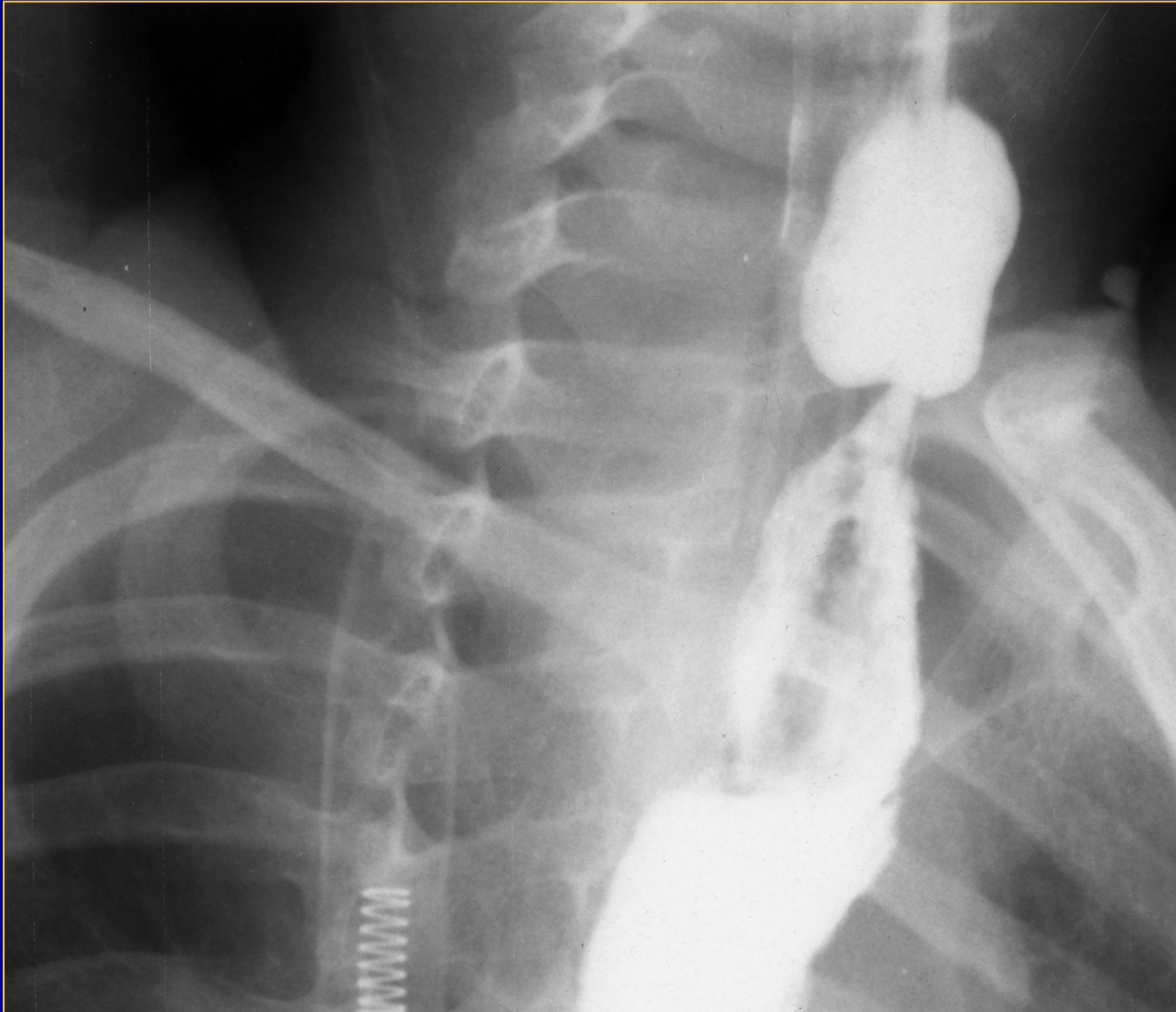
После заживления пищевода (15-18 сут.)  
контрастная рентгенография

## Осложнения

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

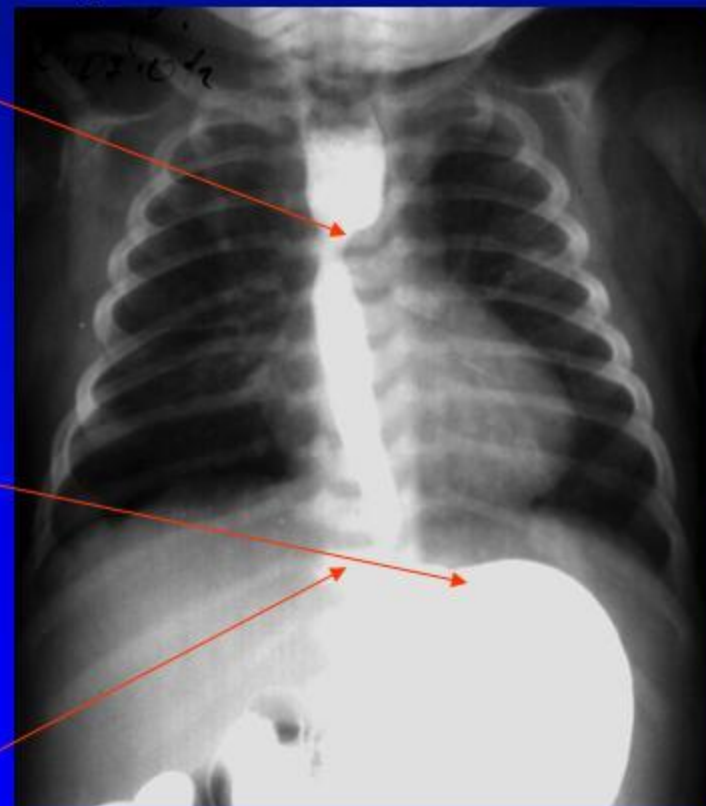
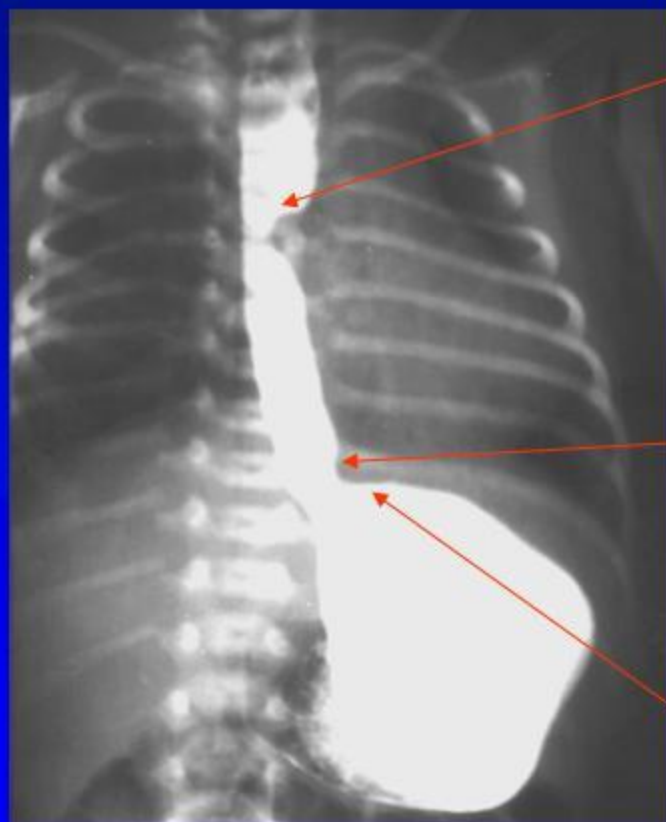
**Диагностика —** 1) фибротрахеоскопия с одновременным заполнением пищевода индигокармином  
2) контрастная эзофагография под контролем экрана с использованием обтурации пищевода катетером Фолея.

# 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!**