

Плакса А. Д., Шабан И. К.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО УХОДА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Научный руководитель ассист. Шматова А. А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Атрезия пищевода – врожденная аномалия развития, при которой возникает нарушение целостности пищевода и формирование двух несообщающихся между собой сегментов, заканчивающихся слепо или сообщающихся с трахеей в виде свища. Данная нозология относится к сложным для коррекции порокам развития и часто вызывает осложнения даже в отдаленном послеоперационном периоде. Частота встречаемости данной патологии составляет 1 случай на 3500-4000 новорожденных. На лечении в РНПЦ Детской хирургии в период с 2002 по 2017 годы находилось 168 детей с этим пороком, причем как изолированным, так и в совокупности с другими врожденными пороками развития (далее – ВПР)

Цель: изучить особенности периоперационного периода у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 19 пациентов с клиническим диагнозом “атрезия пищевода”, находившихся на лечении в РНПЦ “Детской хирургии” г. Минска в 2018 г., оперированным в разные годы и находящимся под наблюдением специалистов центра. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica 10.0.

Результаты. Среди лиц с клиническим диагнозом атрезия пищевода было 6 (31,5%) девочек и 13 (68,5%) мальчиков в возрасте от 1 дня до 13 лет. 16 пациентов госпитализированы в отчетном году для контроля проведенного ранее оперативного лечения. Для проведения операции по поводу атрезии пищевода в исследуемой группе в стационар поступило 3 ребенка (16%). В 8 случаях (42%) атрезия пищевода сочеталась с другими ВПР, у 11 пациентов (58%) была изолированным пороком развития.

У 16 детей (84%) оперативное вмешательство было выполнено на первые сутки после поступления в хирургический стационар; у 3 пациентов (16%) отсроченность хирургического вмешательства была обусловлена необходимостью коррекции состояния по поводу других пороков развития. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дети, находясь на ИВЛ, не требовали жестких параметров; экстубация проводилась не позднее 3 дней после операции (за исключением случая, в котором длительная ИВЛ была обусловлена наличием порока развития со стороны сердечно-сосудистой системы). Показатели кислотно-основного состояния у всех детей (100%) были компенсированы как до операции, так и в послеоперационном периоде.

У 5 детей (26%), поступивших для контроля проведенного лечения специалистами РНПЦ Детской хирургии, наблюдались осложнения со стороны ЖКТ в отдаленном послеоперационном периоде: в 3 (60%) случаях наблюдался стеноз пищевода в зоне послеоперационного рубца и в 2 (40%) случаях – гастроэзофагеальный рефлюкс.

Выводы. 1. В настоящее время разработан протокол диагностики, лечения и реабилитации детей атрезией пищевода. 2. Операция по поводу коррекции порока не требует специфического анестезиологического пособия. 3. Учитывая возможность развития осложнений и ранний детский возраст ранний послеоперационный период проходит в отделении анестезиологии и реанимации