

Ниматулаев А.М., Абубакаров А.Ш.

КИСЛОТОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Камалова А.А.,

Сагеева Г.И.

Кафедра госпитальной педиатрии

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

Актуальность. Атрезия пищевода (АП) является одним из самых частых врожденных пороков развития. При отсутствии своевременного лечения высок риск развития тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода. Осложнения, возникающие после хирургического лечения АП, представляют большую проблему современной педиатрии и хирургии. Чаще всего встречаются и определяют дальнейшую тактику и исход реканализация трахеопищеводного свища (ТПС), несостоятельность швов, стеноз анастомоза, гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) и трахеомалация. Терапия ГЭР является важным компонентом профилактики послеоперационных осложнений и многократных эндоскопических вмешательств (бужирований).

Цель: оценка катамнеза пациентов в течение года после операции по поводу атрезии пищевода и сравнительный анализ эффективности кислотосупрессивной терапии.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 56 пациентов, оперированных и получивших лечение в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» с 2015 по 2022 год с диагнозом атрезия пищевода. Из них 9 недоношенных (16,3%). У 50 пациентов (89,3%) - атрезия пищевода с нижним ТПС, у 6 пациентов (10,7%) - сочетание нижнего и верхнего ТПС.

Анализировались следующие параметры: количество койко-дней в отделении реанимации новорожденных (ОРН), общее количество койко-дней в первую госпитализацию, срок старта энтерального питания (ЭП), сроки достижения объема питания 50% и 100% от физиологической потребности после операции, и количество бужирований в первый год жизни в зависимости от применения и длительности кислотосупрессивной терапии. Дети были разделены на 3 группы: 1 группа, n=32, не получала кислотосупрессивную терапию, 2 группа, n=10, получала кислотосупрессоры во время госпитализации, 3 группе (n=14) кислотосупрессоры назначались во время госпитализации и в дальнейшем в течение 1 года жизни постоянно.

Результаты и их обсуждение. Медиана (Me) количества койко-дней в ОРН у 1 группы составила 10 сут, у второй - 11,5 сут, у третьей – 9 сут ($p^{1-2-3}>0,05$). Среднее общее количество койко-дней во время первой госпитализации у 1 группы составило 31 сут, у 2 группы – 32,5 сут, у 3 группы – 23 сут. ($p^{1-2}=0,74$, $p^{1-3}=0,01$, $p^{2-3}=0,02$). Старт ЭП в среднем приходился на 6,5 сут. у 1 группы и на 7 сут. у детей 2 и 3 группы ($p^{1-2-3}>0,05$).

50% объема питания от физиологической потребности достигалось на 17 сут. у 1 группы, на 19,5 сут. у 2 группы и на 12 сутки у 3 группы ($p^{1-2}=0,34$, $p^{1-3}=0,06$, $p^{2-3}=0,04$).

100% достижение объема питания отмечалось на 26 сутки после операции у 1 группы, 28,5 сут. у 2 группы и 19,5 сут. у 3 группы ($p^{1-2}=0,44$, $p^{1-3}=0,02$, $p^{2-3}=0,02$).

В 46,4% случаев дети получали искусственное вскармливание, в 23,2% – естественное, в 30,4% – смешанное.

Среднее количество бужирований у 1 группы пациентов в течение 1-го года жизни составило 11,5, у второй группы – 3,5, у 3 группы – 0 ($p^{1-2}=0,0038$, $p^{1-3}<0,001$, $p^{2-3}=0,01$).

Выводы: таким образом, применение кислотосупрессивной терапии, ее продолжительность влияют на длительность госпитализации, сроки достижения объема питания согласно физиологической потребности и количество бужирований на 1 году жизни детей со свищевыми формами атрезии пищевода после операции. Наилучшие результаты, особенно в отношении количества бужирований, были обнаружены в группе детей, получавших терапию длительно, в течение не менее 1 года после операции, что диктует необходимость назначения антисекреторных препаратов у данной категории пациентов off-label.