

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра детской хирургии и
ортопедии

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ,
ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ СИНДРОМОМ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ



составитель проф. д.м.н.
Чепурной М.Г.

ГИПОКСИЯ

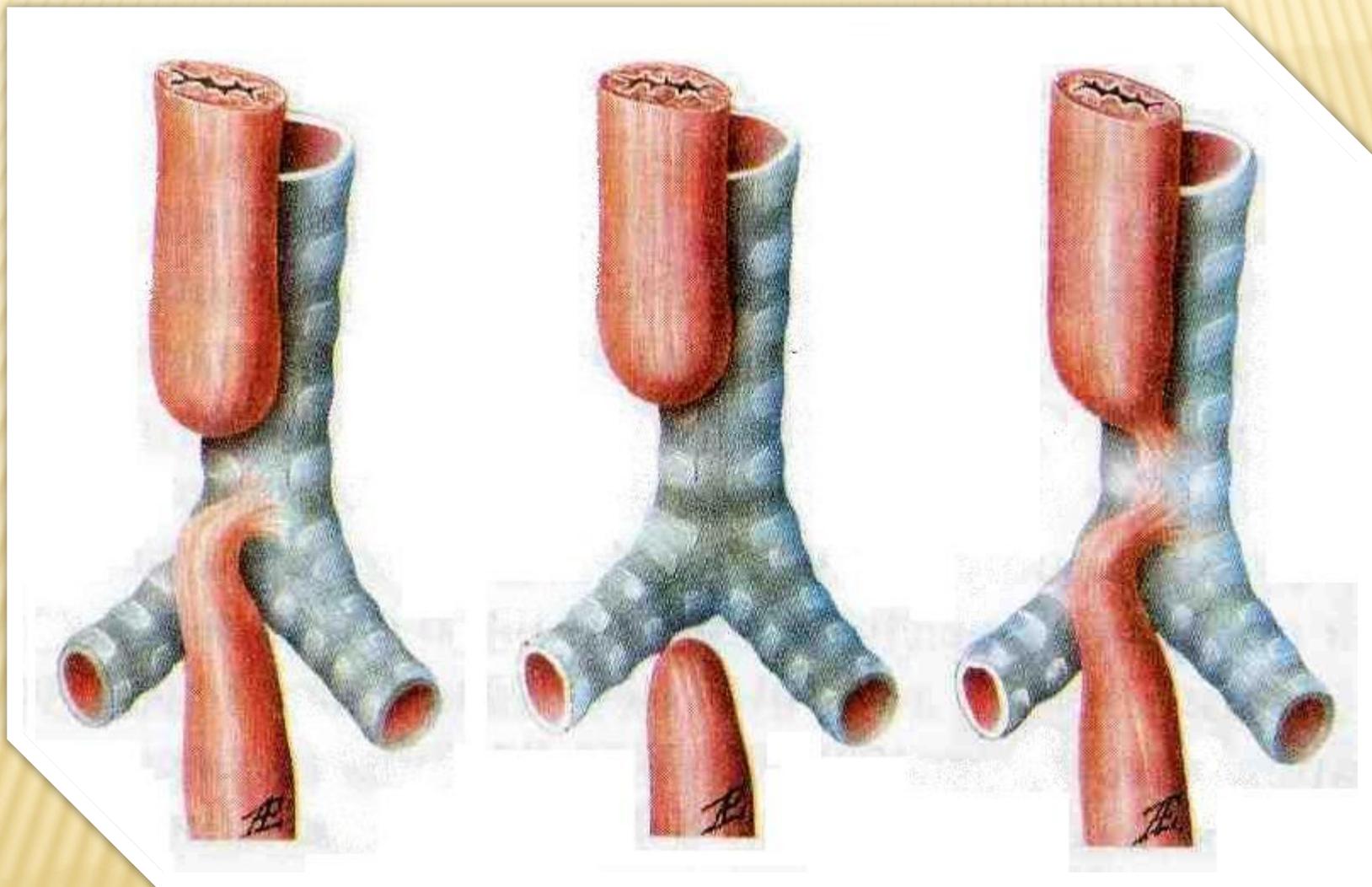
Гипоксия, или кислородное голодание — типический патологический процесс, развивающийся в результате недостаточного снабжения тканей кислородом или нарушения использования его тканями.

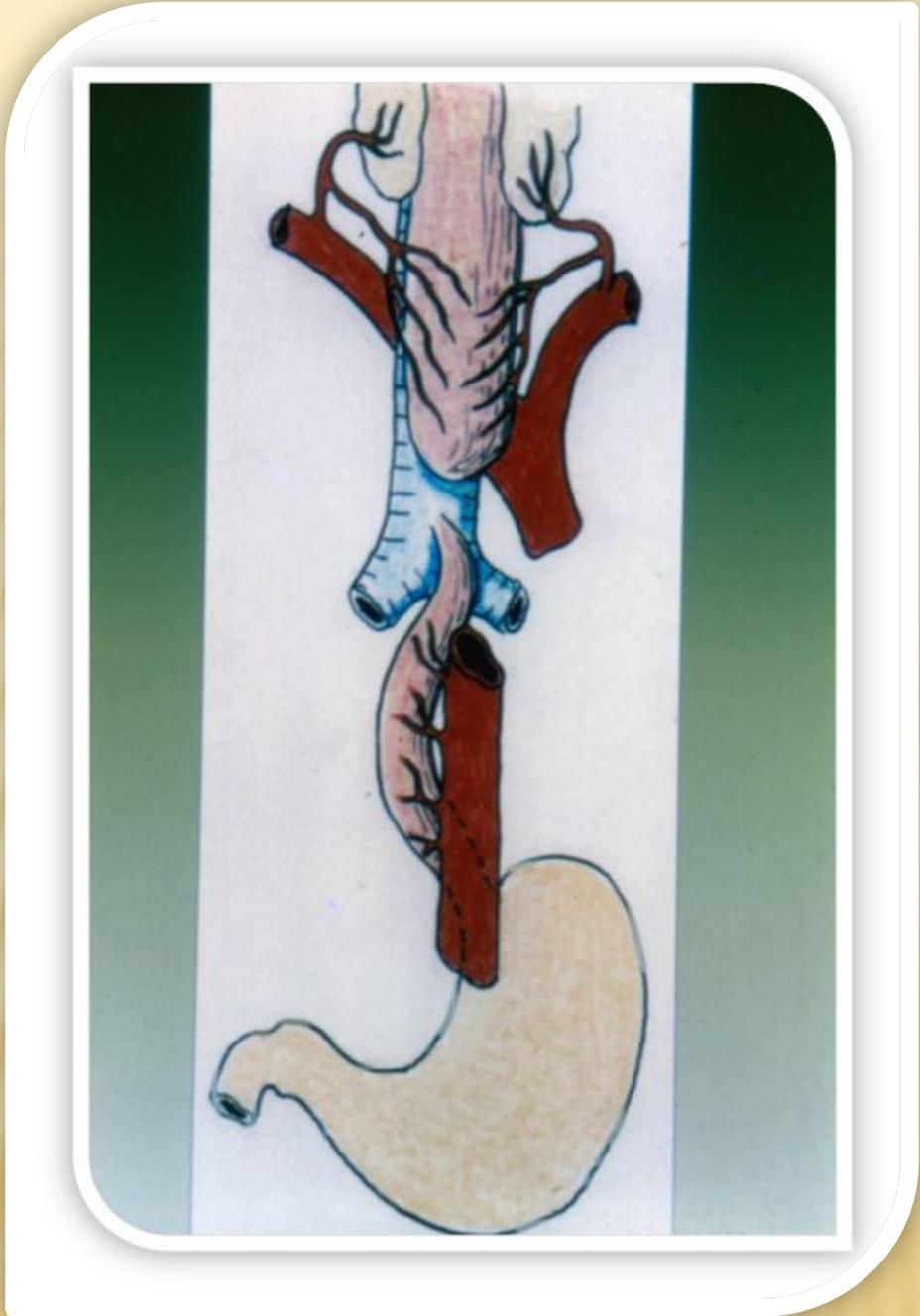
ВИДЫ

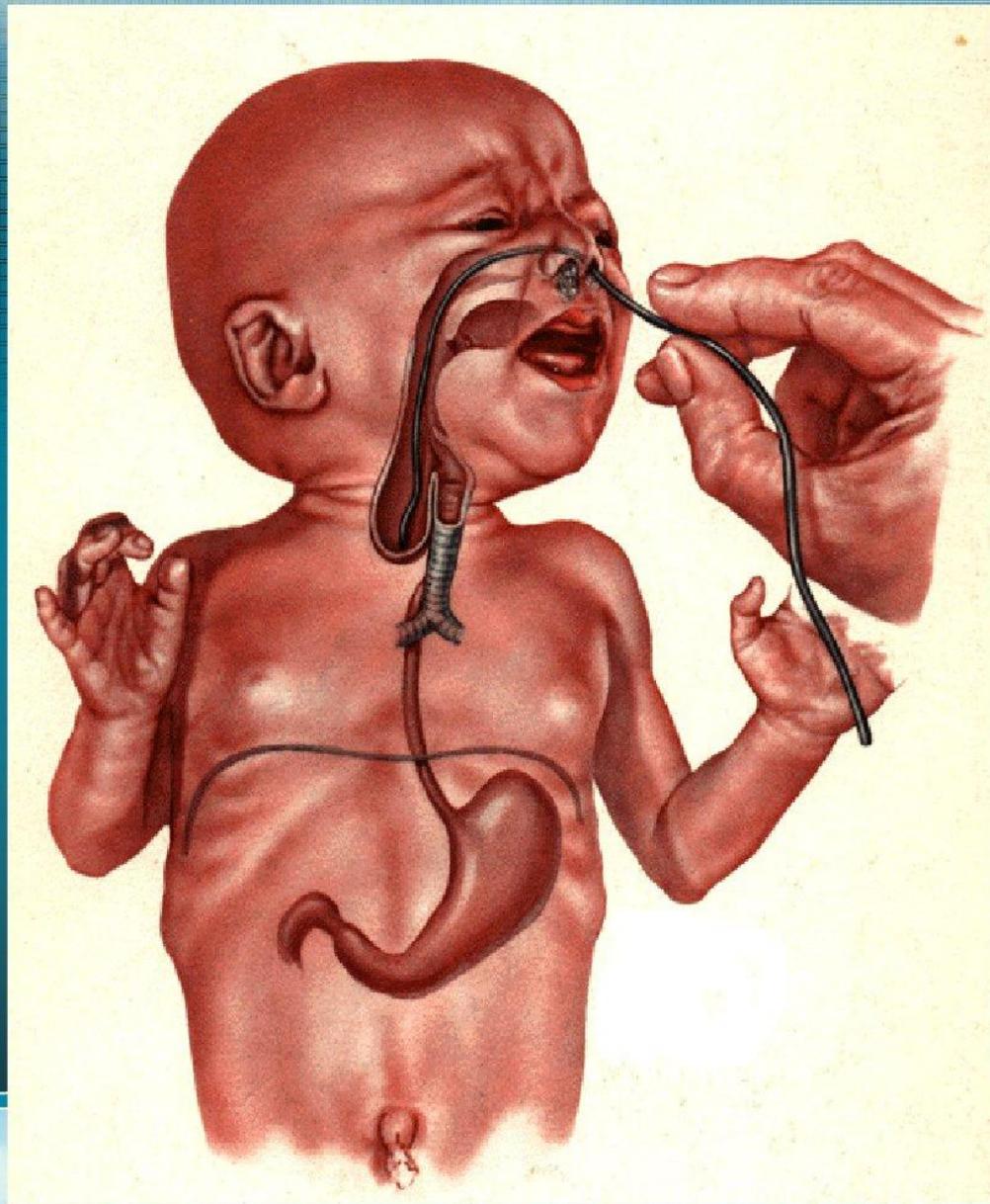
ГИПОКСИИ

- гипоксическая
- гемическая
- циркуляторная
- тканевая
- смешанная

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА









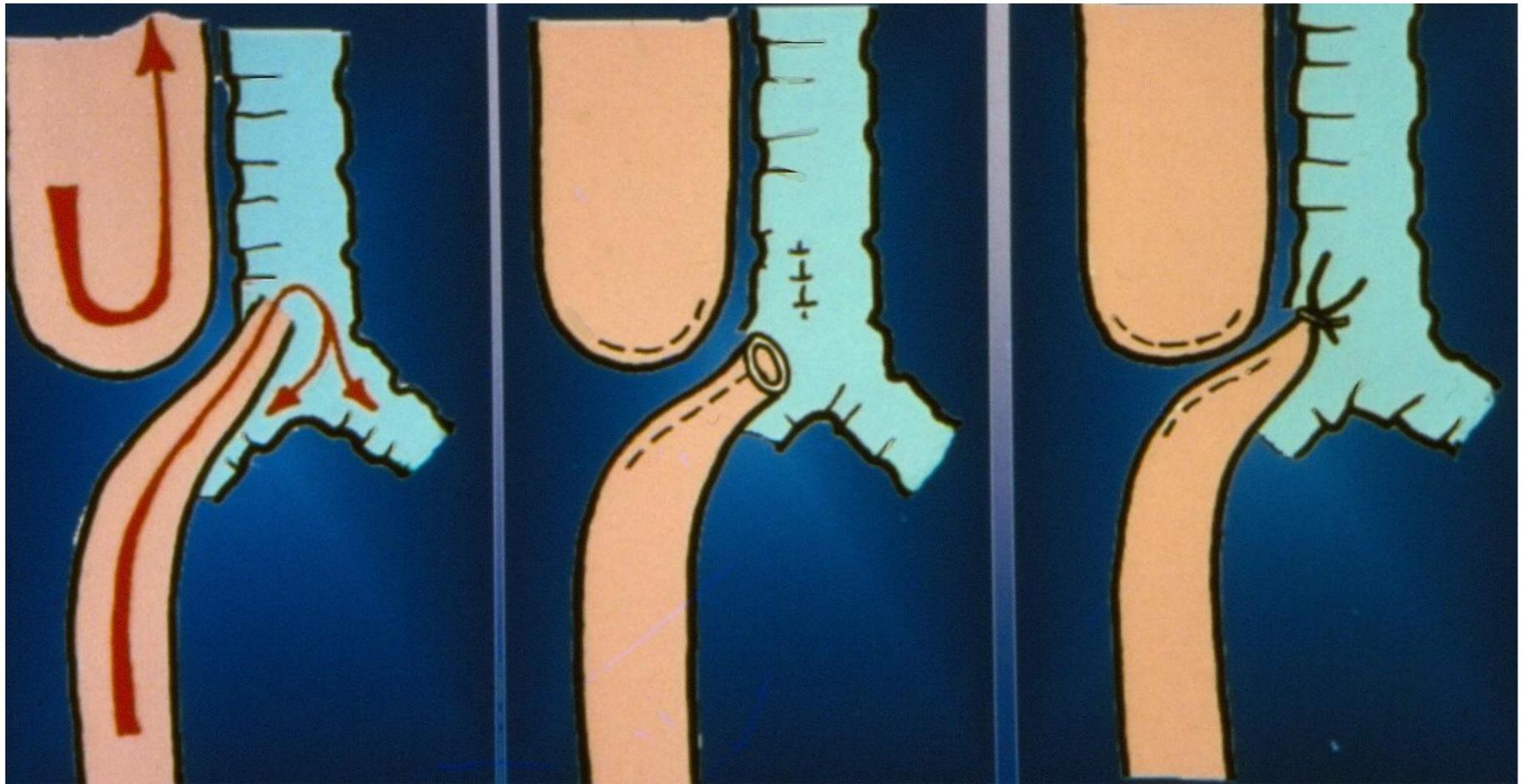


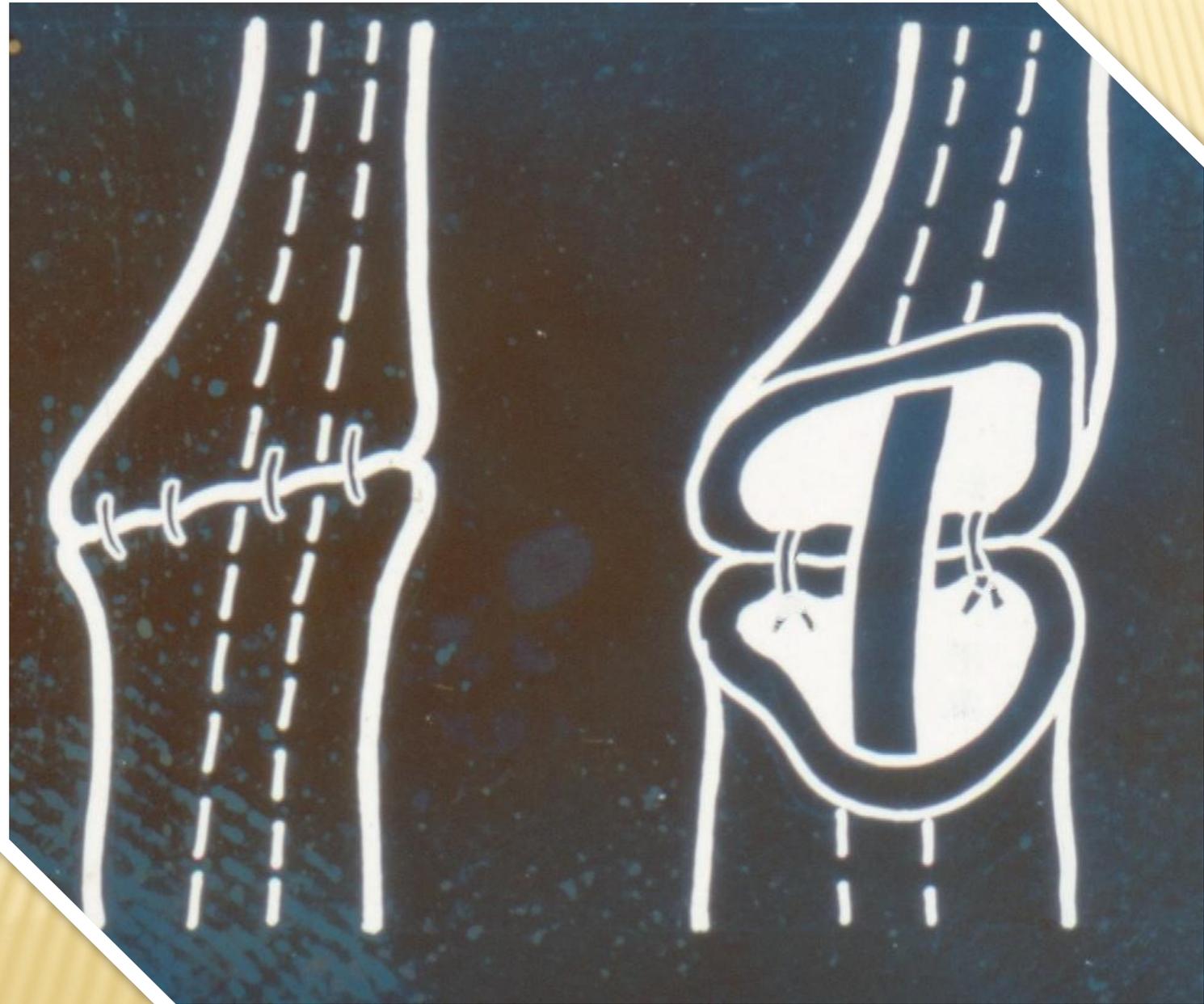
**Атрезия
пищевода
с
НИЖНИМ
ТПС**

Операция по поводу атрезии пищевода в преобладающем большинстве случаев не является срочной!

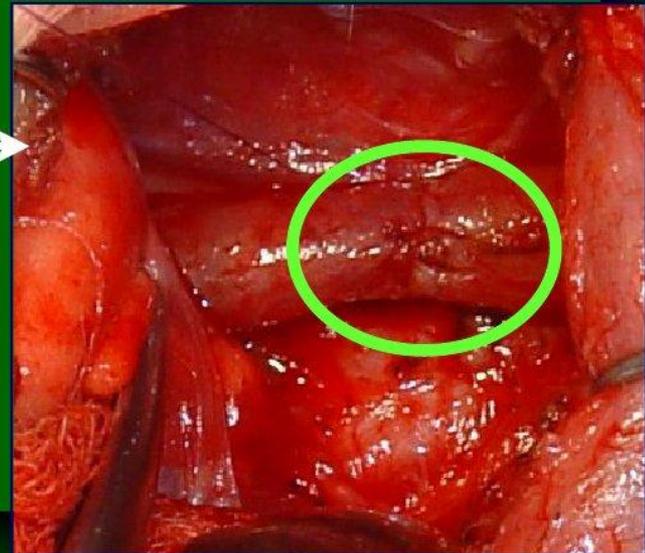
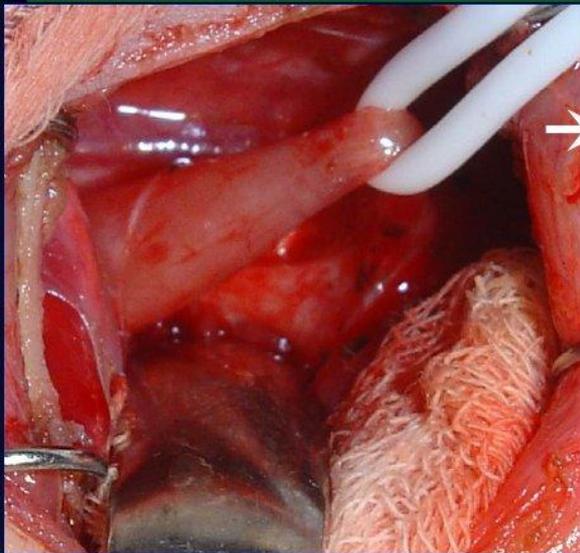
Абсолютные показания для срочной операции при атрезии пищевода:

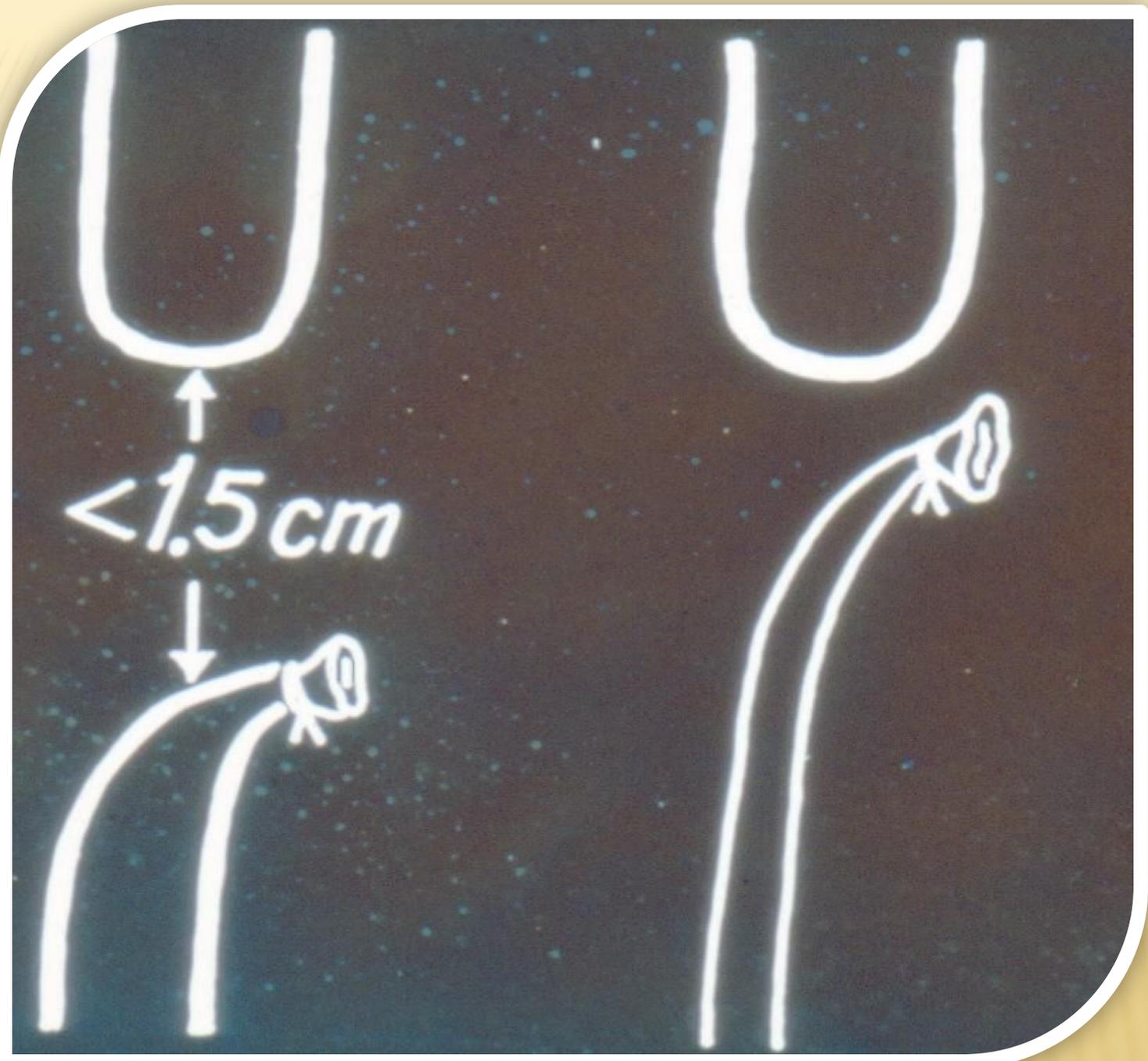
- Широкий нижний трахеопищеводный свищ
- Сочетание атрезии пищевода с дуоденальной непроходимостью





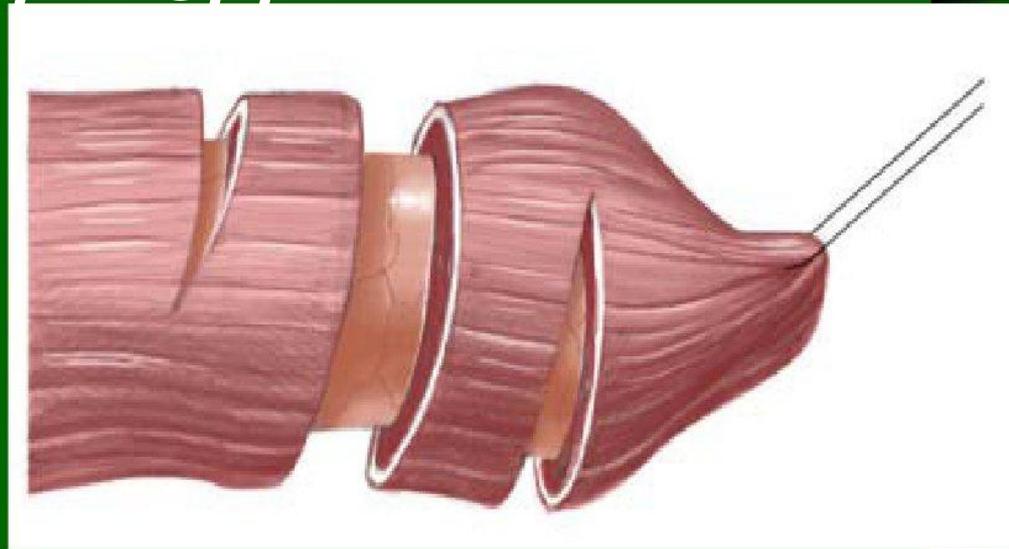
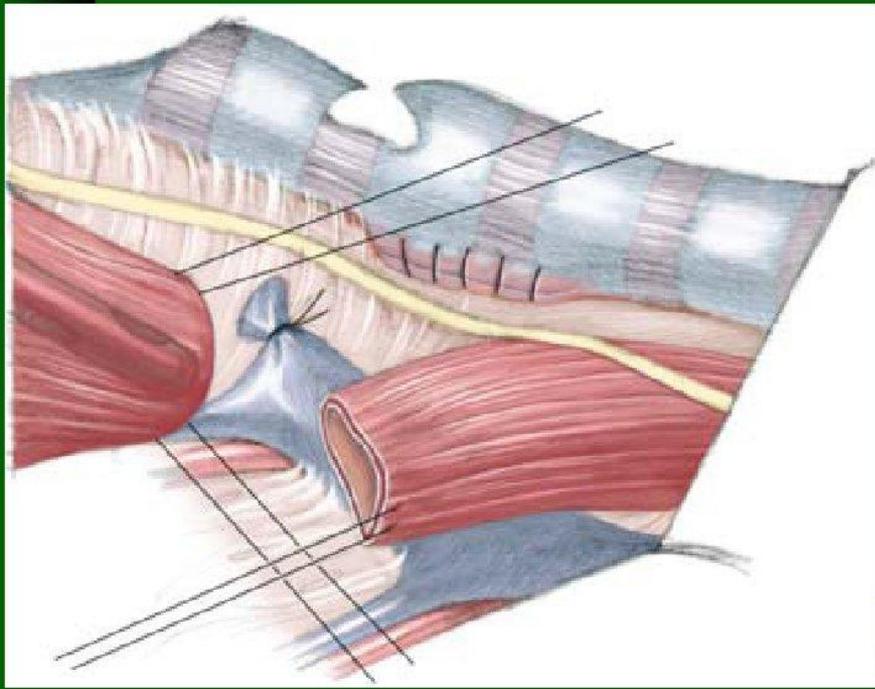
Прямой пищеводный анастомоз



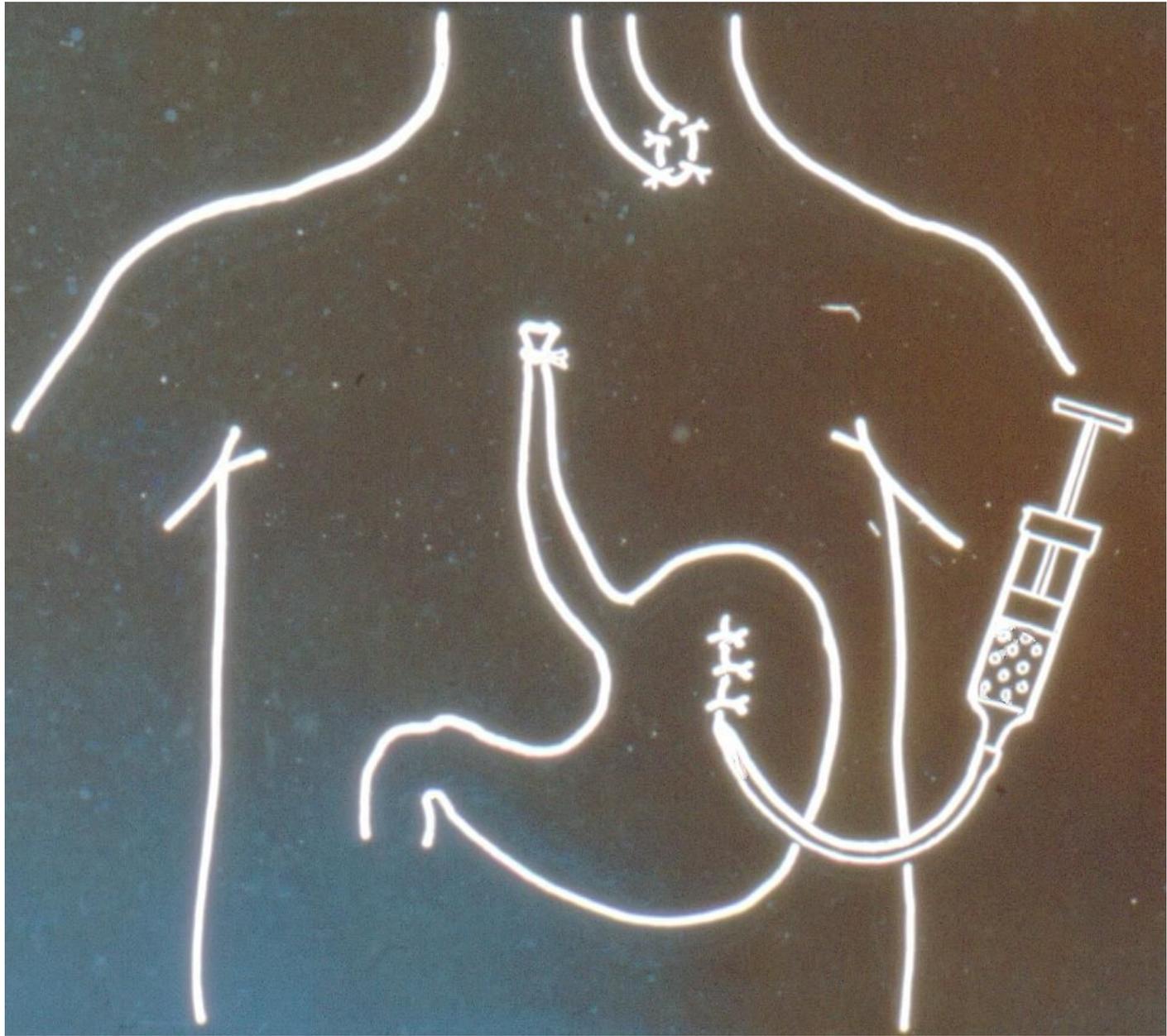


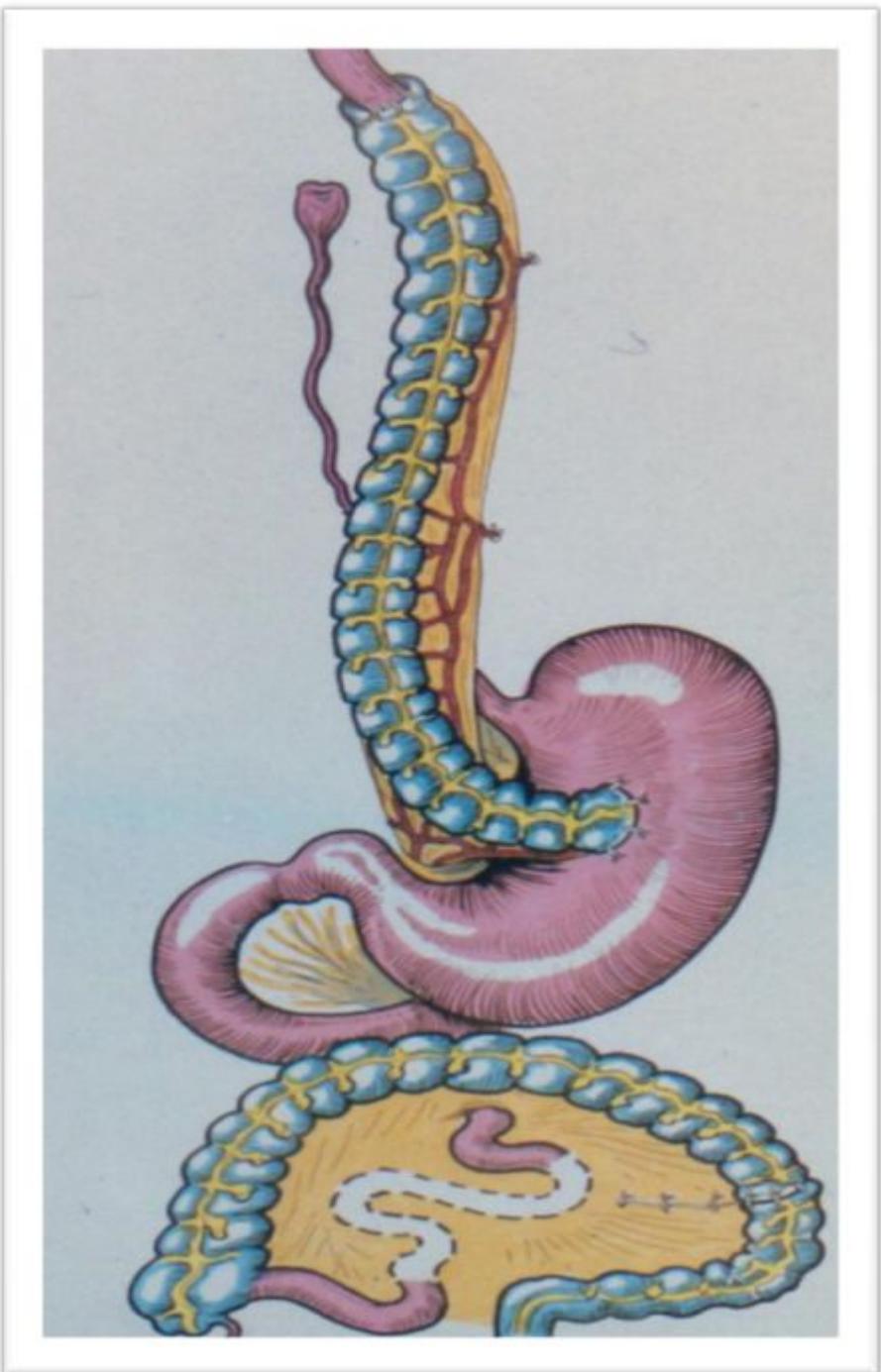
СПОСОБЫ УДЛИНЕНИЯ СЕГМЕНТОВ ПИЩЕВОДА

Ушивание
дефекта
стенки трахеи

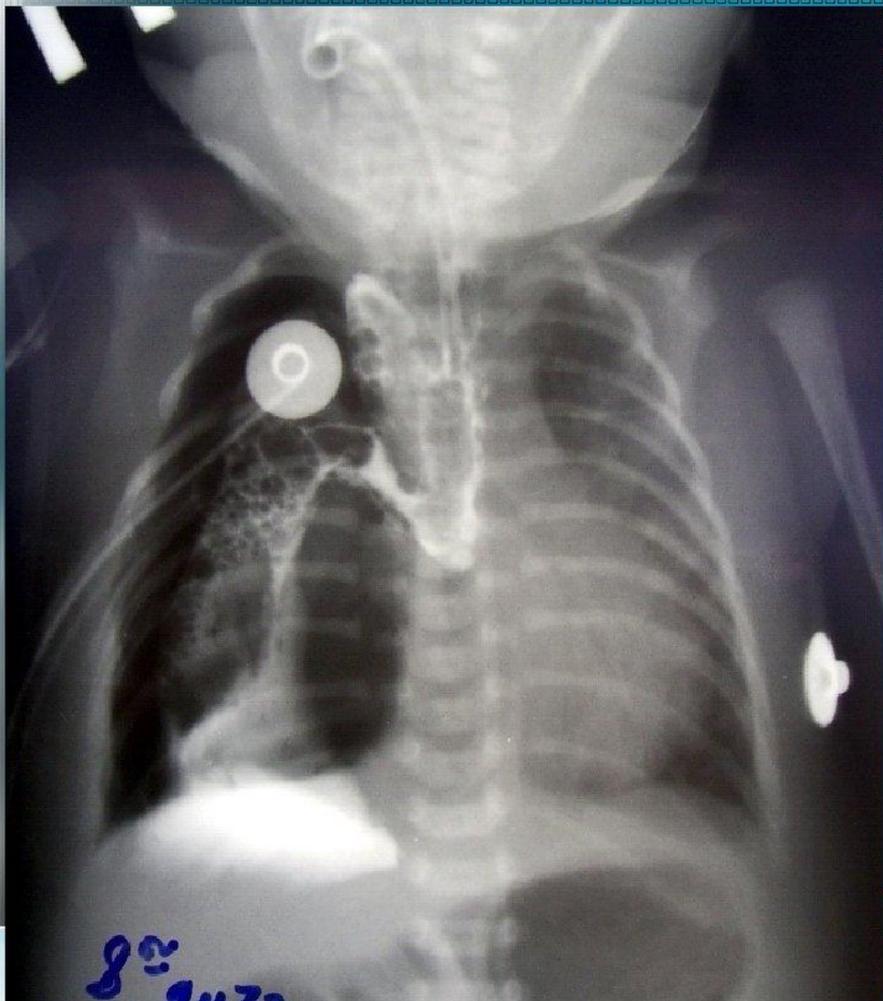


Миотомия на
верхнем сегменте





ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА И ПЕРЕВЯЗКИ ТПС



Ранние осложнения

∅

**Несостоятельность
анастомоза**

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА ПИЩЕВОДА И ПЕРЕВЯЗКИ ТПС



Поздние осложнения

- Ø Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Ø Нарушения моторной функции пищевода
- Ø Трахеомалация
- Ø Реканализация ТПС
- Ø Стриктура анастомоза

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АП

АП с НТПС

анастомоз пищевода

- при небольшом диастазе – первичный (prolen 6/0), непрерывный шов, с проведением зонда в желудок**
- при сопоставлении сегментов со значительным натяжением используются методики удлинения верхнего сегмента**
- при значительном диастазе – ликвидация ТПС + гастростомия, планирование отсроченного анастомоза.**

Отсроченный анастомоз пищевода (этапы)

I этап

- Ликвидация ТПС
- Ушивание НС и фиксация его максимально высоко к межреберным мышцам. Гастростомия.

II этап

- Эзофагография (через 8-10 недель)
- При сокращении диастаза – реторакотомия, отсроченный анастомоз пищевода
- При сохранении диастаза – заградительная пластика пищевода

III этап

- Закрытие гастростомы (через 1,5-2 месяца)

Послеоперационное ведение

- ✓ **Длительная ИВЛ (5-7 суток)**
- ✓ **Поддержание состояния глубокого медикаментозного сна и миорелаксации**
- ✓ **НГЗ не меняем до заживления анастомоза (10-12 суток)**
- ✓ **Ретроплевральный дренаж удаляем на 6-е сутки**
- ✓ **К 8-м суткам ребенка экстубируем и начинаем энтеральное питание через зонд**
- ✓ **R-обследование не ранее 14-15-х суток**
- ✓ **На 21-е сутки калибровочное бужирование (до N°22) под контролем экрана и общим обезболиванием**

Алгоритм выбора хирургической коррекции атрезии пищевода



Атрезия
пищевода

Свищевая форма

-С верхним ТПС

-С нижним ТПС

-С верхним и нижним ТПС

Несвищевая форма

(изолированная)

Торакотомия

Небольшой
диастаз

Большой
диастаз

ДЭС или ШЭС
+гастростома

(попытки
отсроченного
анастомоза)

Наложение
прямого
анастомоза

Ликвидация ТПС
+ гастростомия

Отсроченный
анастомоз пищевода
(через 8-10 недель)

Загрудинная
пластика
пищевода в
возрасте 5-6
месяцев

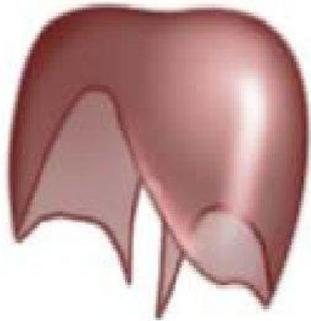
ВЫВОД

- **Атрезия пищевода может и должна быть диагностирована антенатально.**
- **Дооперационное обследование должно включать эхокардиографию и нейросонографию**
- **Показания к экстренной операции – широкий нижний ТПС и сочетание АП с дуоденальной непроходимостью**
- **Метод выбора в лечении АП с НТПС – анастомоз, первичный или отсроченный**
- **Единственное (относительное) показание к изначальному планированию этапной коррекции – изолированная (несвищевая) форма АП (но и при этой форме могут быть предприняты попытки наложения отсроченного анастомоза)**

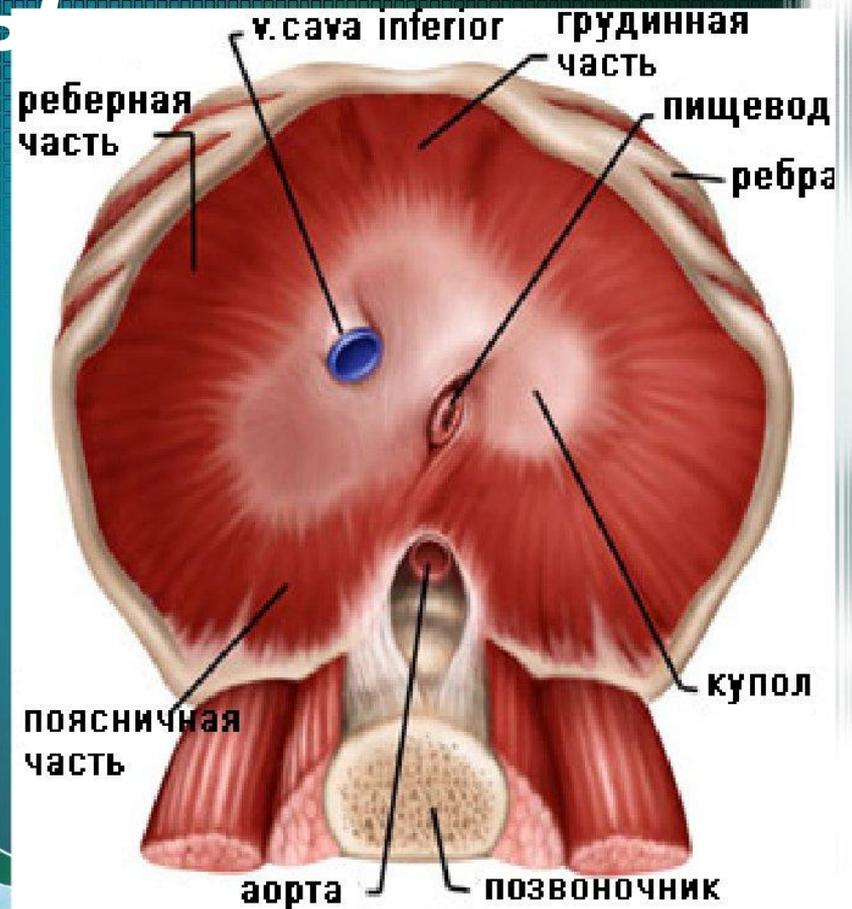
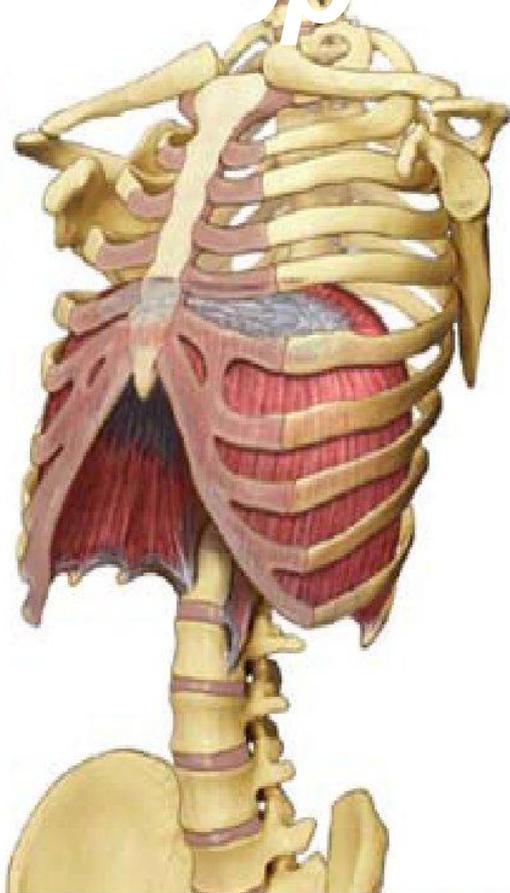
ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА



Анатомия диафрагмы

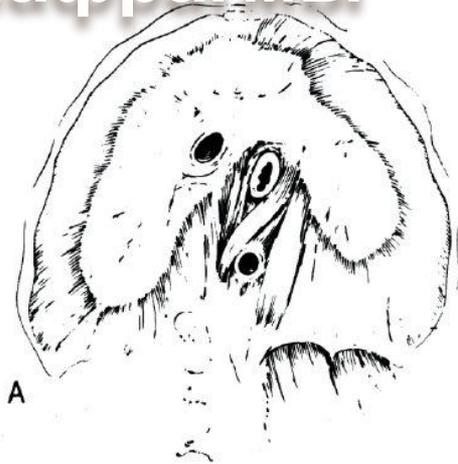


очертания
диафрагмы
напоминают
парашют

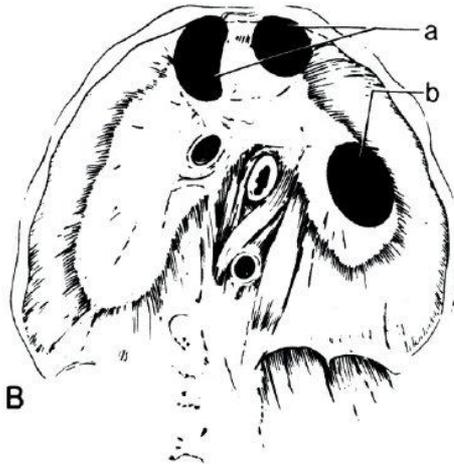


Нижняя поверхность

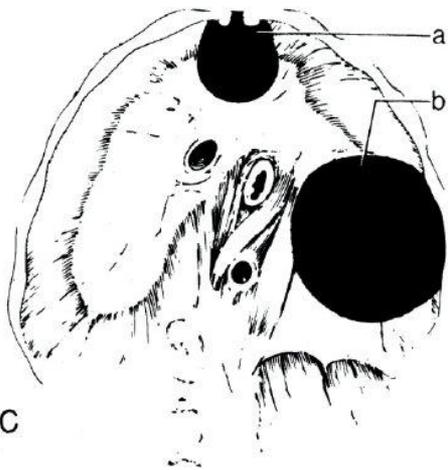
диафрагмы



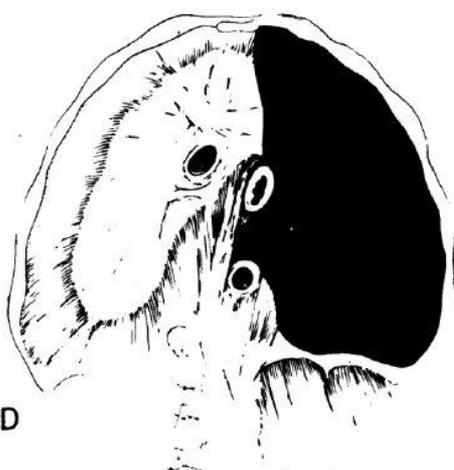
A



B



C



D

A. Нормальная диафрагма

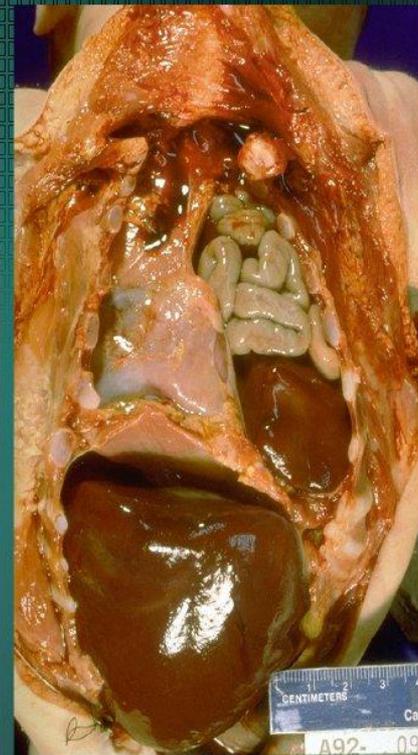
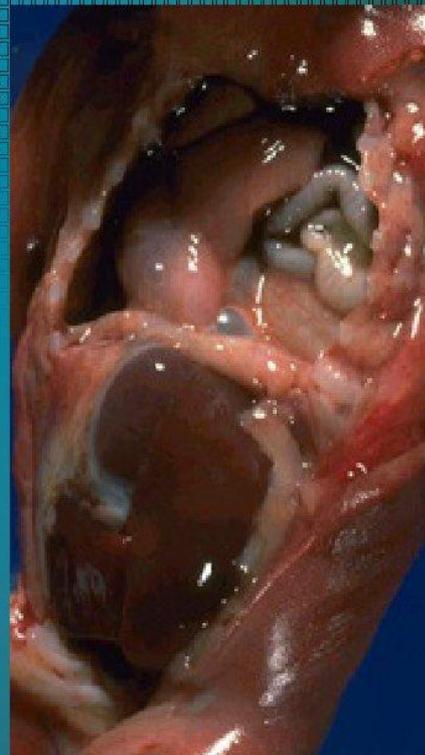
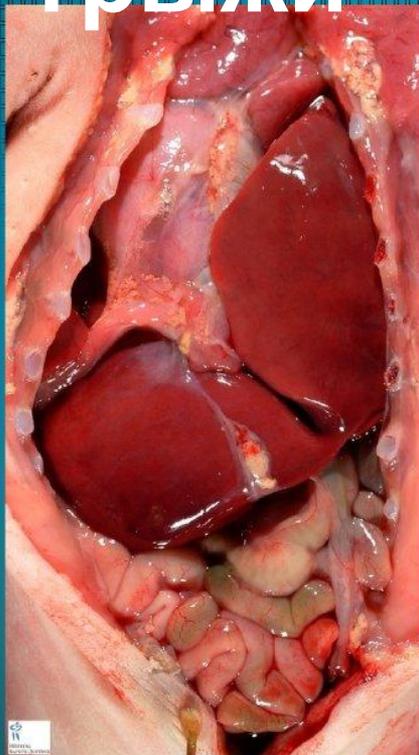
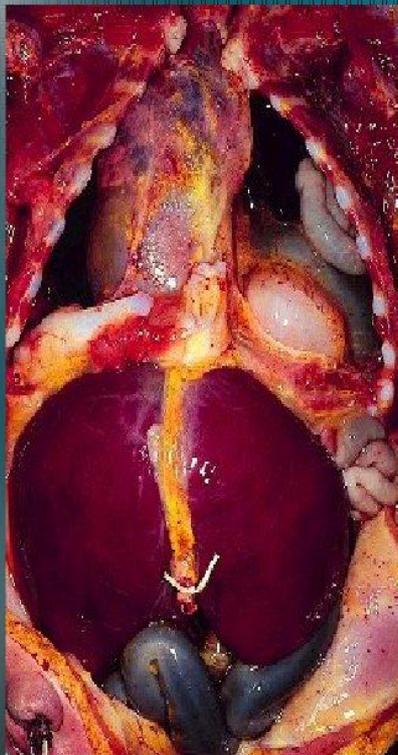
В, С. а – отверстие Морганьи, диастаз между мышцами, идущими от грудины и ребер

б – задне-латеральный дефект (Бохдалека), нарушение слияния поперечной перегородки и плевроперитонеальных складок

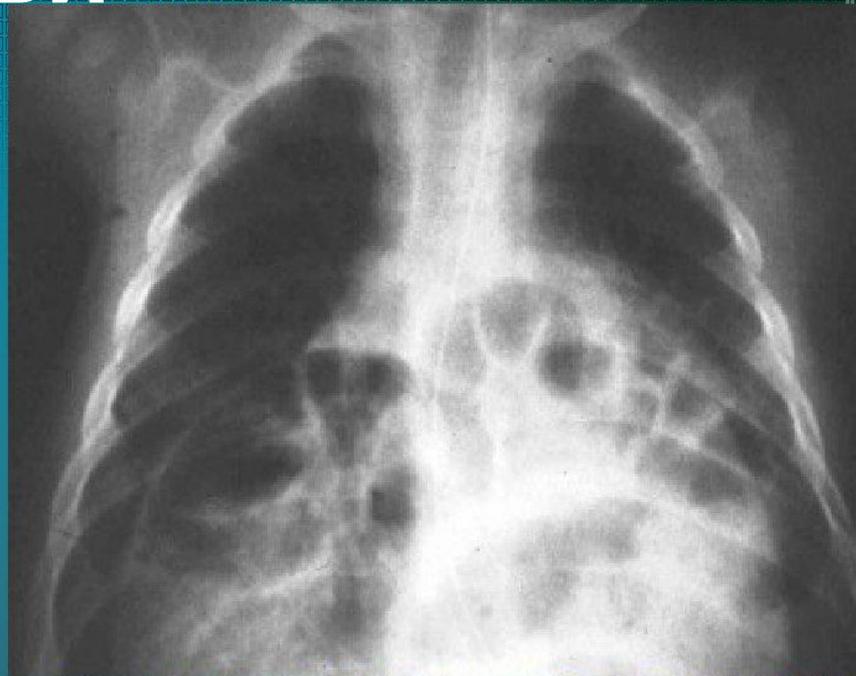
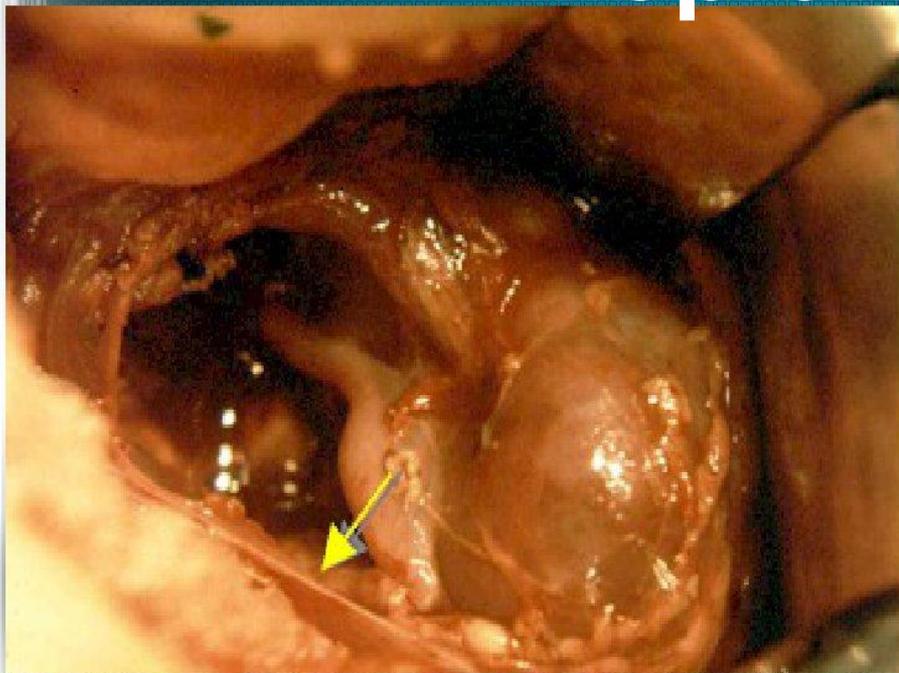
D. Агенезия левого купола диафрагмы с отсутствием

сердечных

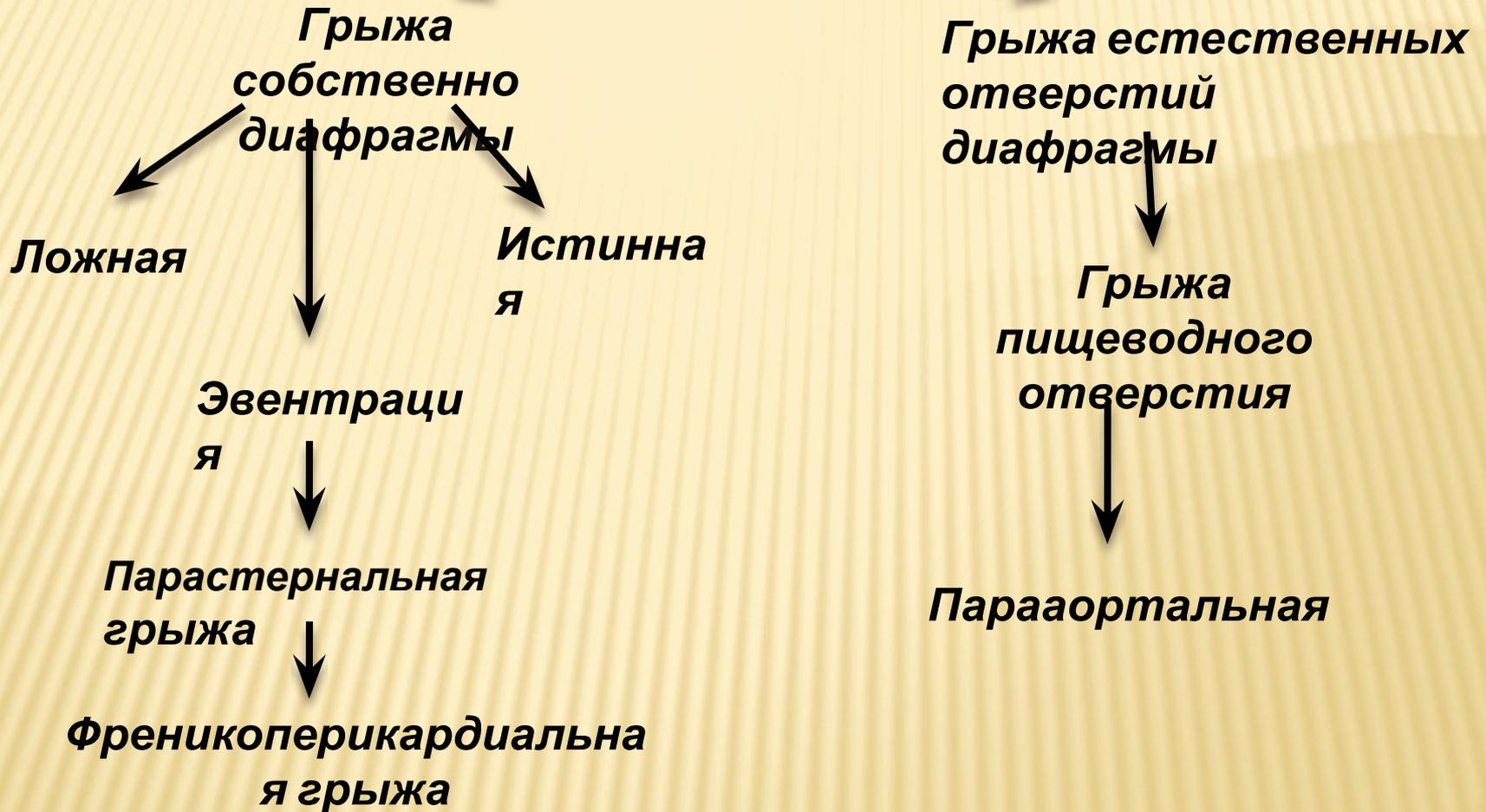
Содержимое грыжи



Грыжа Морганьи



ВДГ



КЛИНИК

- Цианоз и респираторный дистресс (в первые минуты или часы жизни)
- Ладьевидный (уплощенный) живот и асимметрия грудной клетки
- Ослабление дыхания на стороне поражения
- Смещение сердечных тонов в здоровую сторону.
- Анамнестически выявляется многоводие, сопровождающее развитие плода с ВДГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

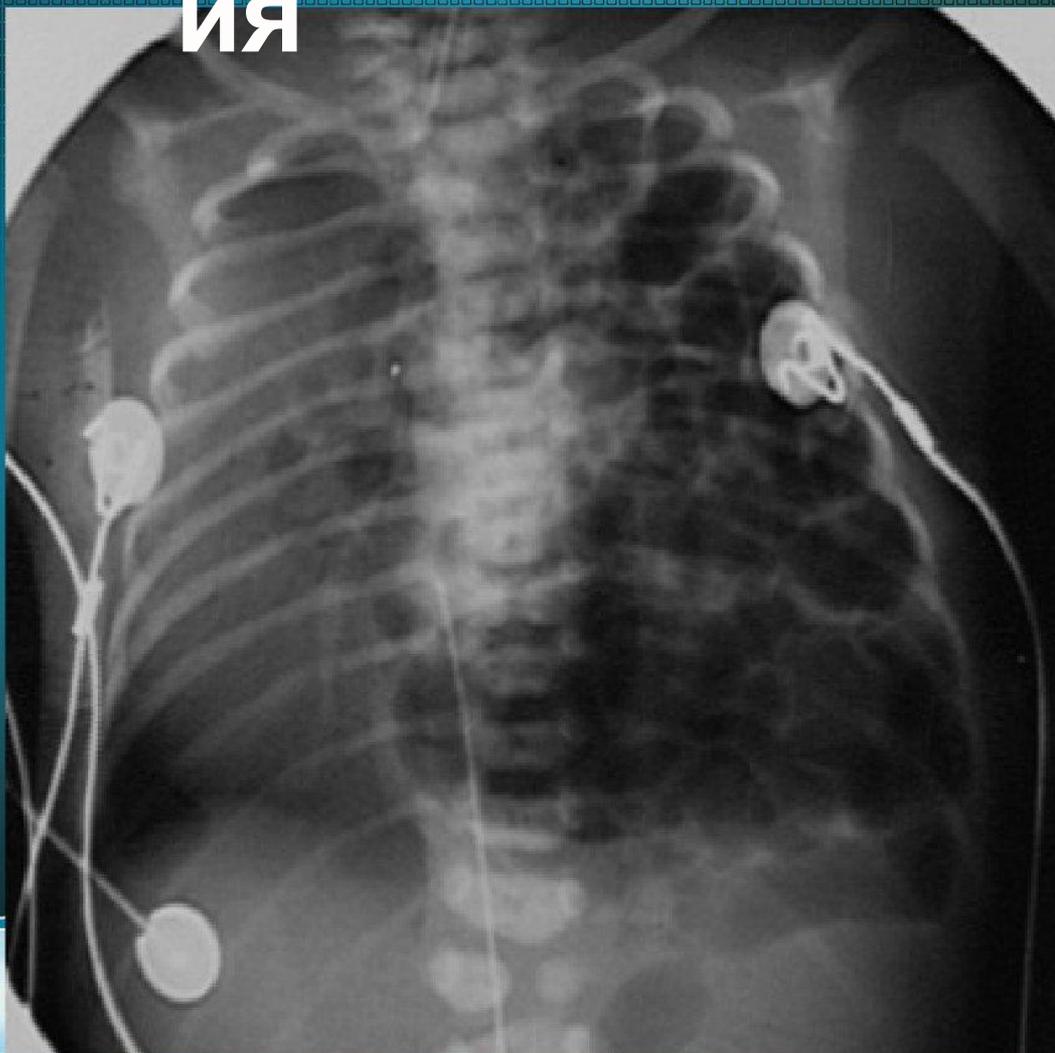
- ❖ **Пневмоторакс**
- ❖ **Аспирационный синдром**
- ❖ **Врожденная пневмония**
- ❖ **Агенезия, аплазия легкого**
- ❖ **Бронхогенные кисты**
- ❖ **Кистоаденоматоз легкого**
- ❖ **Персистирующая легочная гипертензия новорожденных**
- ❖ **Родовая травма шейного сплетения**

Рентгенография

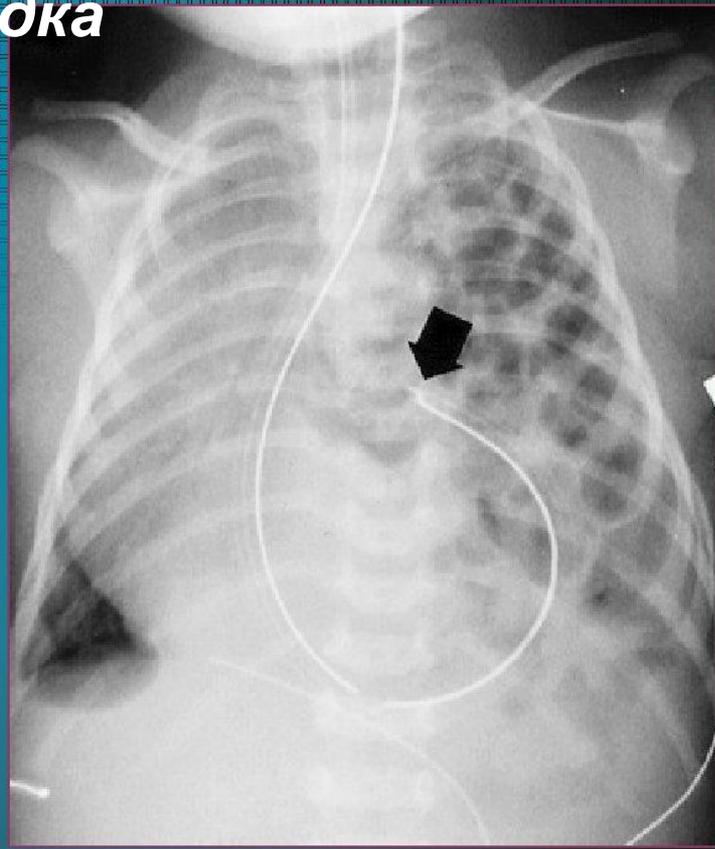
В типичном случае при левосторонней ВДГ выявляются тени заполненных воздухом или жидкостью петель кишечника в левой половине грудной клетки, смещающие сердце и все средостение вправо.



Рентгенограф ИЯ



Предварительно введенный желудочный зонд помогает определить положение желудка

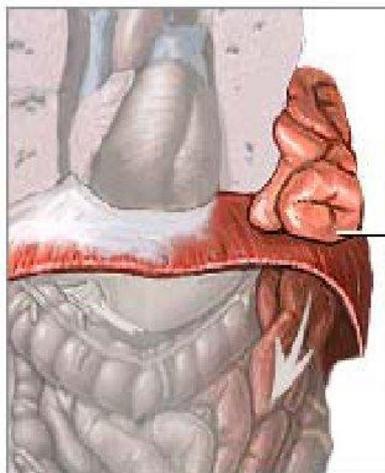


Необходимые процедуры

- Сразу после рождения следует немедленно поставить широкий желудочный зонд для предотвращения перерастяжения кишечных петель и дальнейшей компрессии легкого и органов средостения.
- По той же самой причине избегайте вентиляции маской и немедленно заинтубируйте новорожденного
- Постановка артериального катетера
- Постановка центрального венозного катетера
- Сократите до минимума все инвазивные и другие процедуры, связанные с внешним воздействием на ребенка, такие как санация трахеи и др., так как они могут спровоцировать



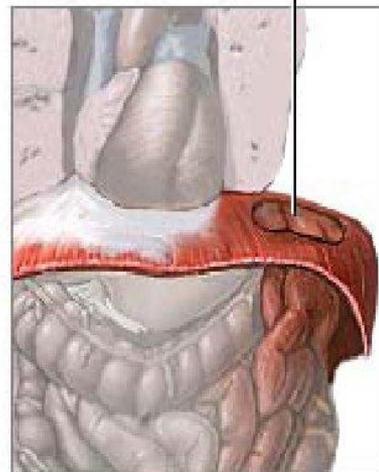
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ



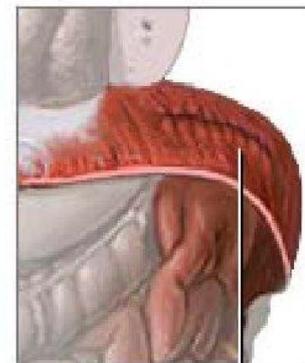
дефект
диафрагмы

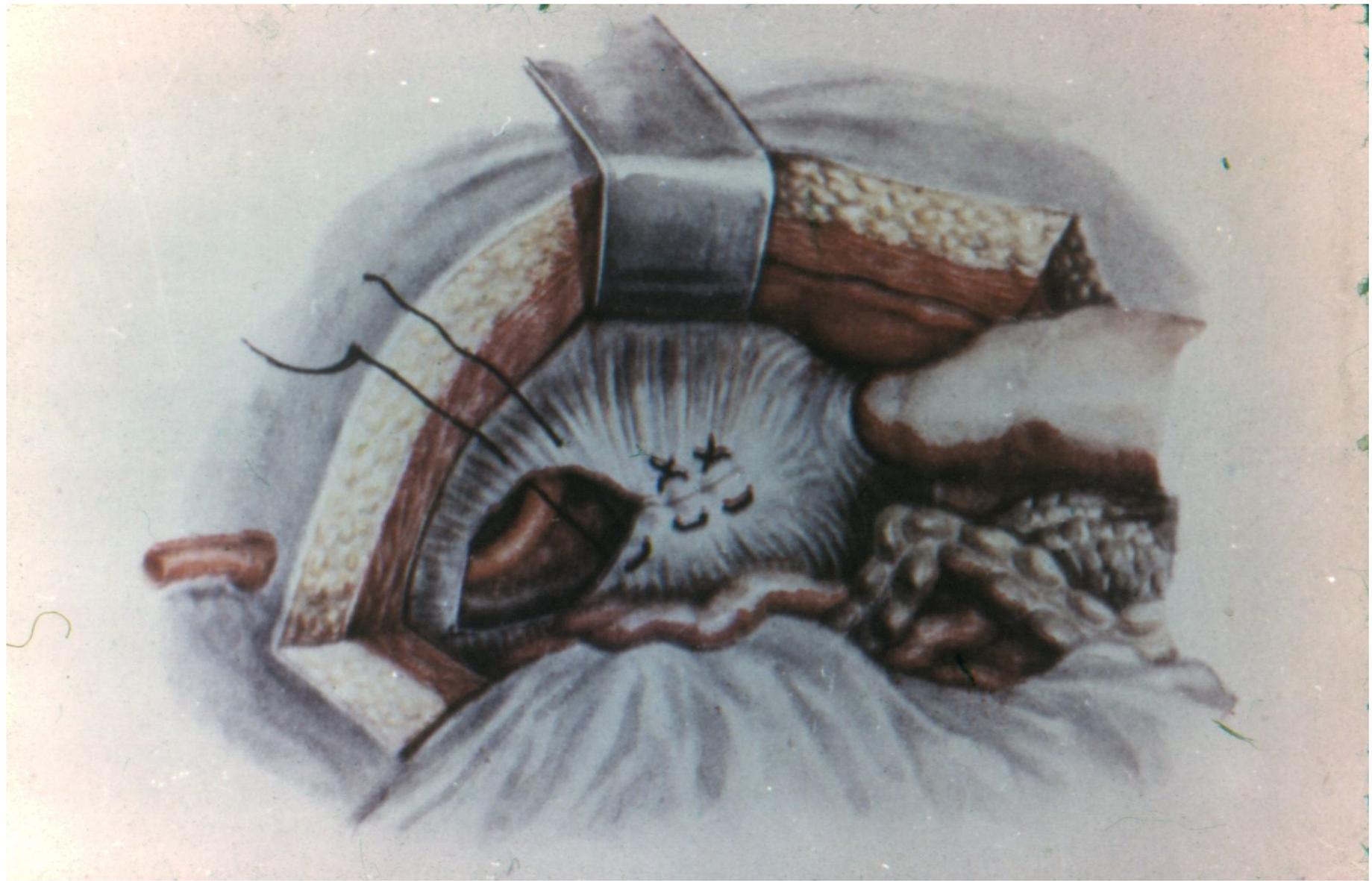
кишечник перемещается
в брюшную полость

дефект
диафрагмы



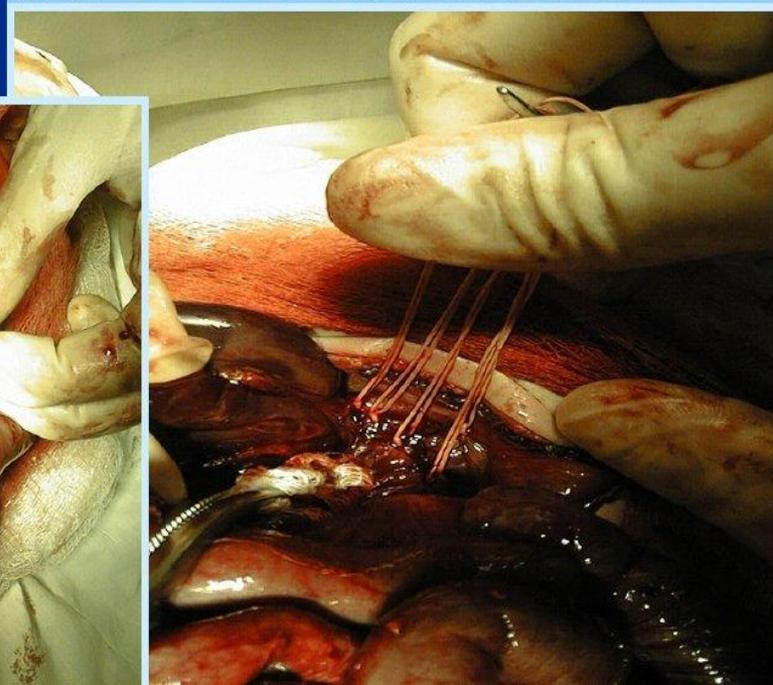
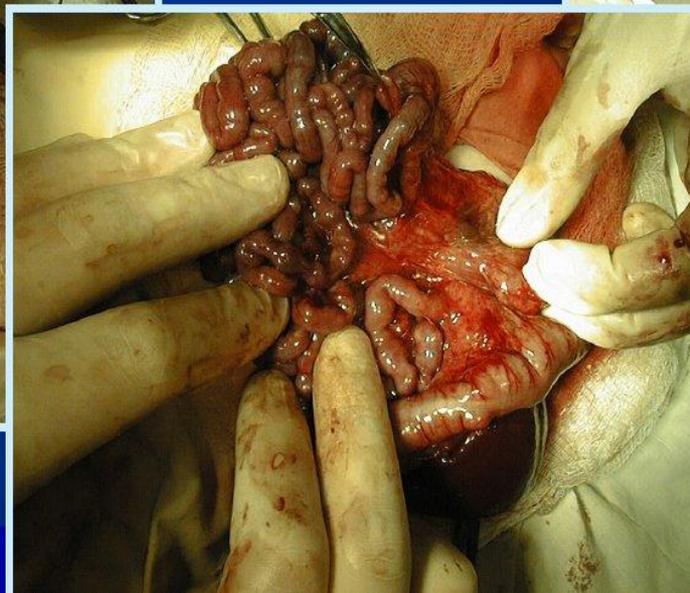
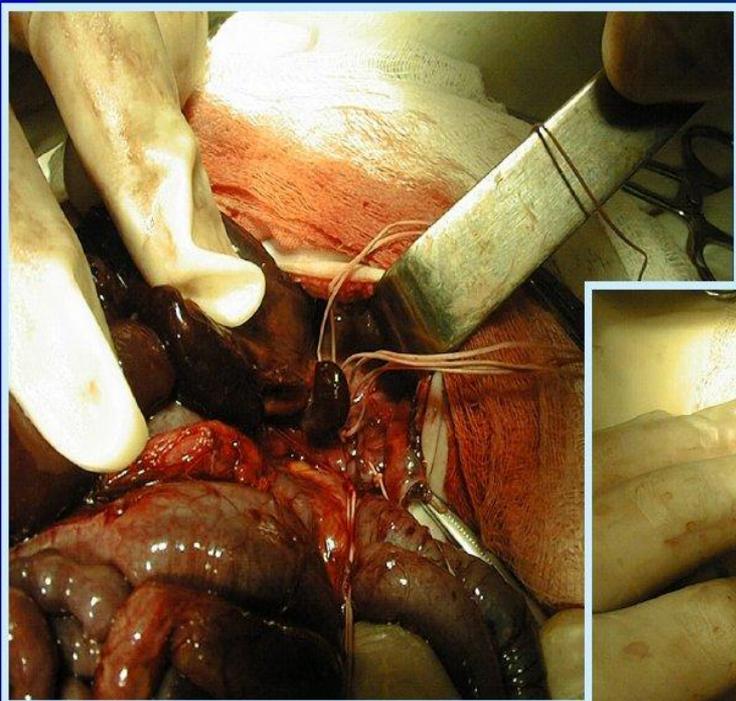
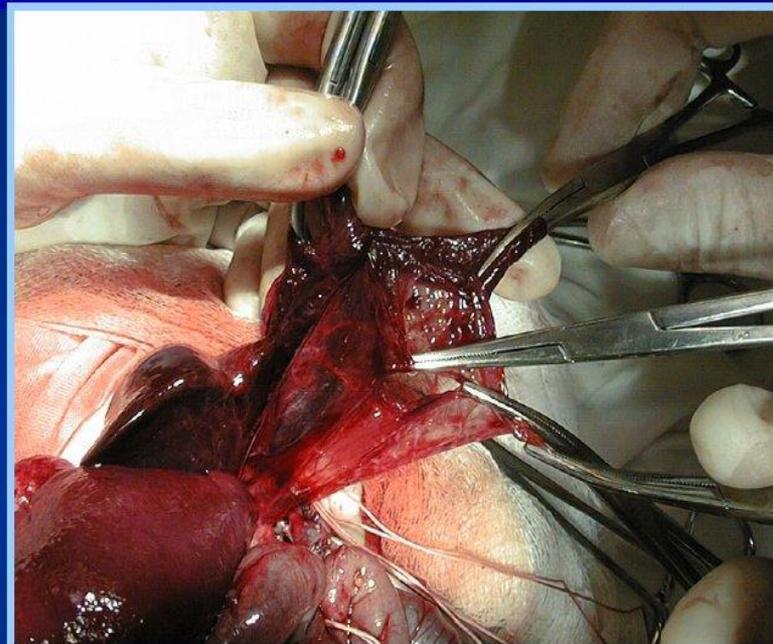
пластика
купола
диафрагмы





Хирургическое лечение

- Низведение органов в брюшную полость
- Ликвидация мешка
- Пластика диафрагмы



ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА

Возникает в результате разрыва альвеолярных перегородок при стенозах приводящих бронхов, либо является следствием дефекта развития легочной паренхимы

Наиболее часто поражаются верхние доли легкого, реже — средняя и нижние.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки, определяется повышенная прозрачность правого легкого, смещение средостения влево, уплощение правого купола диафрагмы.



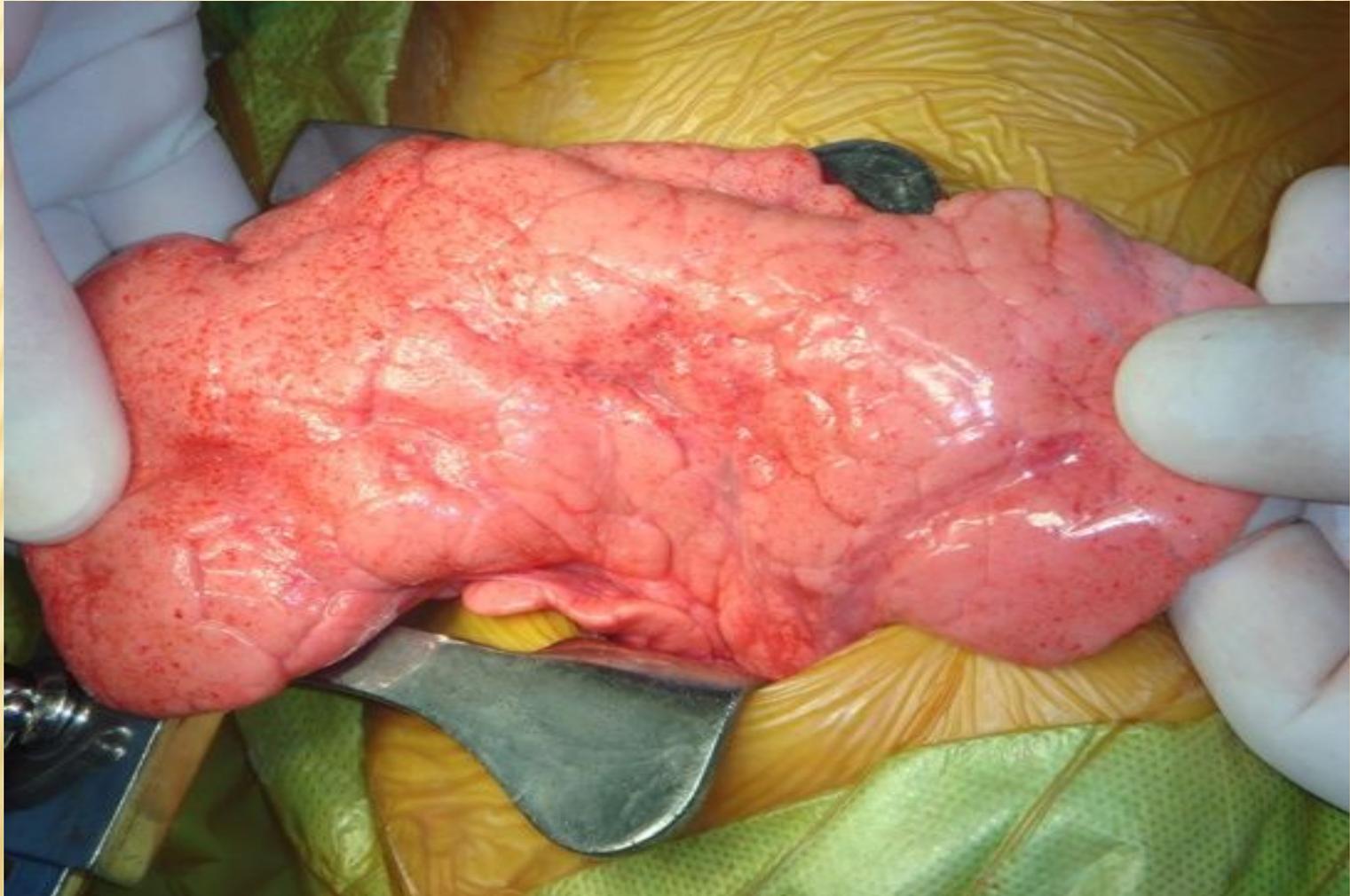
При компьютерной томографии выявлена эмфизематозно вздутая средняя правого легкого, смещение средостения влево



**Положение больного на левом боку.
Выполнена боковая торакотомия в IV**



Средняя доля правого легкого вздута, не спадается на выдохе и занимает практически весь объем плевральной полости



Средняя доля мобилизована и удалена с использованием сшивающего аппарата



На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки оставшиеся участки правого легкого расправлены, наружные синусы свободные. Средостение не смещено.

