

УДК 616.329-007.271-089-053.31

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ**В. И. Ковальчук (childsurgerygrodno@tut.by), В. В. Новосад**
УО "Гродненский государственный медицинский университет", Гродно, Беларусь

Введение. Атрезия пищевода – порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода.

Цель исследования – изучить результаты лечения атрезии пищевода в клинике детской хирургии и оценить эффективность предложенных методик.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный (1992-2004 гг.) и проспективный анализ (2005-2017 гг.) результатов оперативного лечения пациентов с врожденной непроходимостью пищевода, проходивших лечение в нашей клинике.

Результаты. Количество случаев несостоятельности анастомоза уменьшилось с 47,3 до 7,7%. Количество стенозов пищевода составило 25,9%, полностью отсутствовали рецидивы свищей и кровотечения. Послеоперационная летальность уменьшилась с 55,2 до 7,7%.

Заключение. При атрезии пищевода, если диастаз между сегментами пищевода составляет 1,5-2,0 см, использование метода фиксации сегментов пищевода к превертебральной фасции позволяет накладывать первичный или отсроченный эзофагоэзофагоанастомоз без натяжения, что позволяет отказаться от пластики пищевода и уменьшить инвалидизацию. При атрезии пищевода с большим диастазом между сегментами пищевода использование метода бужирования проксимального отдела пищевода катетерами для питания новорожденных 3-4 раза в сутки с этапным рентген-контролем через 3 недели позволяет сократить диастаз и наложить отсроченный эзофагоэзофагоанастомоз. Разработанный метод обработки ТПС позволяет избежать деформации трахеи и рецидива ТПС. Применение разработанных методов в лечении пациентов с атрезией позволило снизить количество послеоперационных осложнений: несостоятельность анастомоза – с 47,3 до 7,7%, рецидив ТПС – с 7,8% до 0, кровотечение – с 15,7% до 0. Послеоперационная летальность снизилась с 55,2 до 9,1%.

Ключевые слова: дети, атрезия пищевода, бужирование пищевода, стеноз пищевода, баллонная дилатация.

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA IN CHILDREN**V. Kavalchuk, V. Navasad**

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Background. Esophageal atresia is a malformation which is characterized by oesophageal obstruction.

Objective. To study the results of treatment of esophageal atresia in the pediatric surgery clinic and to estimate the efficacy of the offered techniques.

Materials and methods. We carried out a retrospective (1992-2004) and prospective analysis (2005-2017) of the results of surgical treatment of patients with congenital oesophageal obstruction who received treatment in our clinic.

Results. The number of cases of anastomotic leak has decreased from 47.3% to 7.7%. The quantity of esophageal stenoses was 25.9% and there were no recurrences of fistula and bleeding. Postoperative lethality has decreased from 55.2% to 7.7%.

Conclusion. In esophageal atresia with a diastasis between esophageal segments measuring 1.5-2.0 cm, the use of the method of fixation of segments of esophagus to a prevertebral fascia allows to impose primary or delayed anastomosis without tension which permits to avoid esophagoplasty and reduce disability. In esophageal atresia with a greater diastasis between esophageal segments the use of the method of proximal gullet bougienage with catheters for providing the feeding of newborns 3-4 times a day followed by serial check X-rays taken every 3 weeks allows to reduce diastasis and to impose delayed esophagoesophageal anastomosis. The developed method of treatment of TEF allows to avoid deformation of trachea and TEF recurrence. Application of the developed methods in treatment of patients with atresia allowed us to reduce the number of postoperative complications: anastomotic leak – from 47.3% to 7.7%, TEF recurrence – from 7.8% to 0, bleeding – from 15.7% to 0.

Keywords: children, esophageal atresia, bougienage of esophagus, esophageal stenosis, balloon dilatation.

Введение

Атрезия пищевода (АП) – порок развития, характеризующийся непроходимостью пищевода. Встречается в одном случае на каждые 3500 новорожденных [1, 2, 3, 4].

В 84-92% случаев атрезия пищевода сочетается с наличием пищеводно-трахеального свища [3, 5, 6].

При атрезии пищевода задача операции – восстановление его проходимости и разобщение пищеводно-трахеального свища.

Успех лечения во многом зависит от диастаза между концами сегментов пищевода [1, 7, 8, 9]. При диастазе менее 1,5 см, что наблюдается в отдельных случаях, сблизить концы пищевода удается без натяжения (одноэтапные операции).

Проблемой коррекции атрезии пищевода остается большой диастаз между сегментами, который дает наибольшее количество осложнений: стриктуру, несостоятельность анастомоза и реканализацию трахеопищеводной фистулы. До сих пор нет четкого определения понятия "атрезия пищевода с большим диастазом". Этот термин используют чаще всего тогда, когда мобилизованные сегменты пищевода невозможно сблизить. Большинство исследователей [1, 2, 4, 9, 10] определяют это расстояние как 2,0 см, или высоту двух грудных позвонков (тело одного позвонка эквивалентно 1 см). Другие, как J. Foker [11], считают, что эта цифра составляет 5,0 см.

Общую тенденцию в выборе метода лечения АП в настоящее время можно охарактеризовать следующим образом: прямой анастомоз хирурги накладывают у ребенка с оптимальными условиями (ранние сроки поступления (1-2 суток), вес более 3000 г, отсутствие сопутствующих аномалий, нерезко выраженная пневмония, минимальный диастаз) [1, 2]. При невозможности наложить прямой анастомоз большинство хирургов используют эзофагостомию орального отдела пищевода на шее во избежание аспирации слизи и слюны. Для питания ребенка накладывают гастростому или выводят нижний отрезок пищевода на брюшную стенку [1, 4, 12]. В дальнейшем возникает необходимость в выполнении пластики пищевода. Однако эта технология лечения иногда приносит целую серию новых проблем, связанных в основном с желудочно-пищеводным рефлюксом, стриктурой анастомоза и метаплазией слизистой [3, 5, 7]. Следует учитывать и психологическую травму, которую наносит родителям и, безусловно, пациенту кормление по гастростоме и уход за обеими стомами. Только собственный, хорошо сокращающийся нативный пищевод может обеспечить адекватную транзитную функцию этого отдела пищеварительного тракта. Предложенные методики по элонгации пищевода позволяют восстановить проходимость пищевода посредством наложения первичного анастомоза или выполнения различных отсроченных первичных анастомозов у подавляющего большинства пациентов [1, 7, 12]. Наиболее известные из них – удлинение пищевода по Livaditis (циркулярная миотомия проксимального отдела), Gough («язычковая» пластика проксимального отдела пищевода), Howard и Myers (бужирование пищевода с помощью зонда), Kimura (этапная подкожная элонгация орального сегмента пищевода), Foker (внутригрудное тракционное встречное удлинение обоих отрезков эзофагеальной трубки) [3, 4, 9, 11]. Другие методики из-за сложности выполнения и малого числа наблюдений применяются редко.

Необходимо отметить, что наложение эзофагоанастомоза при диастазе до 1,5 см не вызывает

натяжения швов в зоне анастомоза. Наложение эзофагоанастомоза возможно и при диастазе до 2 см, однако в таком случае развивается натяжение швов, что, как правило, приводит к несостоятельности анастомоза. Решить эту проблему можно путем фиксации проксимального отдела к превертебральной фасции, а также перемещением желудка в грудную полость. Однако в дальнейшем это приводит к развитию гастроэзофагального рефлюкса.

Поскольку атрезия пищевода в большинстве случаев сочетается с трахеопищеводным свищом, важное место во время торакотомии отводится обработке свища. Обычно обработка трахеопищеводного свища осуществляется путем отсечения с предварительной перевязкой его у основания с прошиванием или без такового [6, 8].

Недостаток известного способа – возможное развитие разного рода осложнений и функциональных отклонений, таких как деформация трахеи, образование выпячиваний в области культи свища, рецидив свища.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении АП благодаря развитию и совершенствованию медицинских технологий, достижениям в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. В развитых странах отмечается отчетливая тенденция к увеличению выживаемости новорожденных с АП. В этом отношении несомненный интерес представляют результаты, полученные при коррекции данного порока развития в нашей клинике.

Цель исследования – изучить результаты лечения атрезии пищевода в клинике детской хирургии и оценить эффективность предложенных методик.

Материал и методы

Проведен ретроспективный (1992-2004 гг.) и проспективный анализ (2005-2017 гг.) результатов оперативного лечения пациентов с врожденной непроходимостью пищевода, проходивших лечение на базе УЗ «ГОДКБ».

Нами проведен анализ результатов лечения детей с атрезией пищевода в раннем послеоперационном периоде, оперированных в период с 1992 по 2004 гг. (группа А). За данный период на лечении в нашей клинике находились 38 новорожденных с атрезией пищевода. К моменту исследования были живы 13 детей. Проанализированы также результаты лечения 27 детей с атрезией пищевода (с 2005 по 2017 гг.), когда начали использоваться модифицированные методики в лечении данного порока (группа Б).

Начиная с 2005 г., в нашей клинике изменился подход в лечении атрезии пищевода. Прямой эзофагоэзофагоанастомоз при диастазе между сегментами пищевода 1,5-2,0 см стали накла-

дывать по разработанной нами методике, позволяющей снизить натяжение в зоне анастомоза. Для достижения этой цели нами предложено после выделения сегментов пищевода, обработки трахеопищеводного соустья накладывать прямой эзофагоэзофагоанастомоз, предварительно нитью на атравматической игле захватывать адвентициально-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца и фиксировать отдельным узловым швом к передней поверхности нижележащего грудного позвонка путем прошивания его фасции. Таким же образом фиксируют и дистальный отдел пищевода к передней поверхности вышележащего позвонка [10, 13, 14, 15]

Способ осуществляли следующим образом. Выполняли заднебоковую торакотомию справа в 4-5 межреберьях. Обнажали заднее средостение. Оценивали диастаз между сегментами пищевода, обрабатывали трахеопищеводное соустье. Если он составлял 1,5-2,0 см, накладывали прямой однорядный эзофагоэзофагоанастомоз. Предварительно нитью на атравматической игле захватывали адвентициально-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца и фиксировали отдельным узловым швом к передней поверхности нижележащего грудного позвонка путем прошивания его фасции. Затем этой же нитью, захватывая адвентициально-мышечный слой, фиксировали и дистальный отдел пищевода к передней поверхности вышележащего позвонка.

Для устранения трахеопищеводного свища использовался собственный способ. Нами предложено прошивать свищ нитью на атравматической игле перпендикулярно кольцам трахеи с двух сторон. После этого пищевод отсекали от трахеи, а устье свища ушивали в поперечном направлении отдельными узловыми швами [10, 16, 17].

При диастазе более 2,0 см нами использовано бужирование проксимального отдела пищевода. Для данной процедуры применялись катетеры для питания новорожденных. Кратность бужирования – 3-4 раза в сутки. Через 3 недели проводили контрольное исследование.

Результаты и обсуждение

Основные варианты порока по группам представлены в таблице 1.

В группе А оперативное вмешательство выполняли в течение первых двух суток после рождения, в зависимости от тяжести состояния и сопутствующей патологии. У всех выполняли заднебоковую торакотомию справа в 4-5 межреберьях из внеплеврального доступа к заднему средостению. Оценивали диастаз между сегментами пищевода и проводили перевязку трахеопищеводного свища. Как правило, при диастазе между сегментами пищевода до 1,5 см наклады-

Таблица 1. – Варианты атрезии пищевода у детей

Вариант АП	Группа А n=38		Группа Б n=27	
	абс.	%	абс.	%
Изолированная АП	5	13,1%	2	7,4%
АП с дистальным ТПС	27	71,1%	22	81,5%
АП с проксимальным ТПС	3	7,9%	1	3,7%
АП с дистальным и проксимальным ТПС	3	7,9%	2	7,4%

вался прямой эзофагоэзофагоанастомоз на зонде, проведенном через носоглотку в желудок, с последующим дренированием средостения, что было выполнено у 27 (71,1%) пациентов.

Если диастаз превышал 1,5 см, что отмечалось у 10 (26,3%) детей, выполнялась шейная эзофагостомия и гастростомия. Двое из этих пациентов погибли в раннем послеоперационном периоде из-за тяжелых сочетанных пороков развития.

Пациентам, которым были наложены эзофагостома и гастростома, пластика пищевода толстой кишкой выполнялась в возрасте старше 1-го года.

В группе Б у 11 (40,7%) пациентов диастаз между сегментами пищевода составил менее 1,5 см.

Методика фиксации сегментов пищевода к превертебральной фасции использовалась у 13 (48,1%) новорожденных с атрезией пищевода, у которых диастаз между сегментами пищевода во время операции составил 1,5-2 см (включая отсроченный анастомоз).

Атрезия пищевода с большим диастазом между сегментами выявлена у 6 детей, из них у 2 пациентов – с изолированной атрезией пищевода, у 4-х – с атрезией пищевода с дистальным ТПС. Один ребенок умер после рождения от тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности. Надо отметить, что при изолированной атрезии пищевода наложение первичного эзофагоэзофагоанастомоза обычно невозможно, так как всегда имеется большой диастаз. У пациентов со свищевыми формами атрезии пищевода оценить диастаз можно только во время торакотомии при устранении трахеопищеводного свища. Атрезия пищевода с большим диастазом (в зарубежной литературе используется название «long-gap esophageal atresia») расценивается тогда, когда диастаз составляет более 2,0 см.

У 5 (1 ребенок с изолированной атрезией и 4 – с атрезией пищевода с дистальным ТПС) пациентов из этой группы проводилось удлинение пищевода путем бужирования его проксимального отдела.

Пациентам с атрезией пищевода с дисталь-

ным ТПС выполнялись торакотомия, устранение трахеопищеводного свища по разработанной методике (использовали в 5 случаях) и фиксация дистального конца пищевода к превертебральной фасции. На 2-3 сутки выполнялась гастростомия по Кадеру. Всем пациентам из данной группы налаживалась система постоянной аспирации слюны из проксимального отдела пищевода.

Бужирование проксимального отдела пищевода начинали с 3-4 суток после операции. Для данной процедуры использовали катетеры для питания новорожденных № 10. Кратность бужирования – 3-4 раза в сутки. Через 3 недели проводили контроль. В проксимальный отдел пищевода вводили по катетеру 1,0-1,5 мл урографина, а в дистальный сегмент пищевода через гастростому – гибкий бронхоскоп, выполнялась обзорная рентгенография. По расстоянию между уровнем контрастного препарата и бронхоскопа оценивали диастаз (рис. 1).

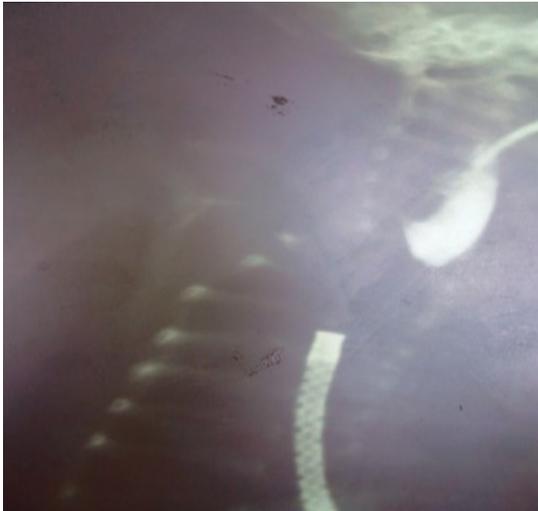


Рисунок 1. – Рентгенограмма через 3 недели после бужирования

Если диастаз оставался более 2,0 см, продолжали бужирование проксимального отдела пищевода с рентгенконтролем через 3 недели (рис. 2).

Сократить диастаз между концами пищевода до 2,0 см и менее удавалось к 6-9 неделе, в одном случае эффект не получен (табл. 2).

Таблица 2. – Результаты бужирования пищевода

Диастаз до бужирования	Через 3 недели после бужирования	Через 6 недель после бужирования	Через 9 недель после бужирования
3,0	2,0	1,0	-
3,5	2,5	1,5	-
4,4	3,5	2,8	1,8
5,0	3,8	2,7	2,0
5,5	5,5	5,5	5,5



Рисунок 2. – Рентгенограмма через 6 недель после бужирования

Затем выполнялась торакотомия (реторакотомия) и накладывался отсроченный прямой эзофагоанастомоз. В трех случаях выполнялась фиксация зоны анастомоза по разработанной методике.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались в обеих исследуемых группах. Основные из осложнений приведены в таблице 3.

Таблица 3. – Осложнения раннего послеоперационного периода при атрезии пищевода

Осложнения	Группа А n=38		Группа Б n=27		p
	абс.	%	абс.	%	
Несостоятельность анастомоза	18	47,3	2	7,4	0,04
Стеноз пищевода	12	31,5	7	25,9	0,19
Рецидив ТПС	3	7,8	0	0	0,05
Кровотечение	6	15,7	0	0	0,04

Несостоятельность анастомоза развилась у 2 (7,7%) пациентов, у одного из них она была излечена консервативно, у второго выполнялись реторакотомия и укрытие зоны несостоятельности пластиной «Тахокомб».

Стеноз пищевода диагностирован у 7 (25,9%) пациентов. Двое детей проходили лечение в г. Минске. В 4 случаях проводилась баллонная дилатация сужения пищевода. Дилататор проводили через канал фиброэзофагоскопа в зону стеноза и раздували с помощью насоса, создавая давление 2 атмосферы в течение 3 минут. После этого баллон сдували и через 3 минуты повторяли дилатацию. Процедуру повторяли 3 раза за манипуляцию.

Для восстановления проходимости пищевода нами использованы дилататоры фирмы «Olympus». У 2 детей нам понадобилось два этапа дилатации (первый с баллоном 5 мм, вто-

рой (через 4 дня) с баллоном 7 мм). Еще у 2 детей выполнялись три этапа дилатации (первый с баллоном 5 мм, второй (через 4 дня) с баллоном 5 мм, третий (через 4 дня) с баллоном 7 мм) [9]. У одного ребенка неоднократная баллонная дилатация носила кратковременный эффект в связи с выраженным ГЭР. Ребенку выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену.



Рисунок 3. – Эндоскопическая баллонная дилатация

Подводя итог, необходимо отметить, что после 2005 г. количество случаев несостоятельности анастомоза уменьшилось с 47,3 до 7,7%. Количество стенозов пищевода составило 25,9%,

полностью отсутствовали рецидивы ТПС и кровотечения. Послеоперационная летальность уменьшилась с 55,2 до 7,7% ($p \leq 0,05$).

Выводы

1. При атрезии пищевода, если диастаз между сегментами пищевода составляет 1,5-2,0 см, использование метода фиксации сегментов пищевода к превертебральной фасции позволяет накладывать первичный или отсроченный эзофагоэзофагоанастомоз без натяжения, что позволяет отказаться от пластики пищевода и уменьшить инвалидизацию.

2. При атрезии пищевода с большим диастазом между его сегментами использование метода бужирования проксимального отдела пищевода катетерами для питания новорожденных 3-4 раза в сутки с этапным рентген-контролем через 3 недели позволяет сократить диастаз и наложить отсроченный эзофагоэзофагоанастомоз.

3. Разработанный метод обработки ТПС позволяет избежать деформации трахеи и рецидива ТПС.

4. Применение разработанных методов в лечении пациентов с атрезией позволило снизить количество послеоперационных осложнений: несостоятельность анастомоза – с 47,3 до 7,7%, рецидив ТПС – с 7,8% до 0, кровотечение – с 15,7% до 0.

5. Послеоперационная летальность снизилась с 55,2 до 9,1%.

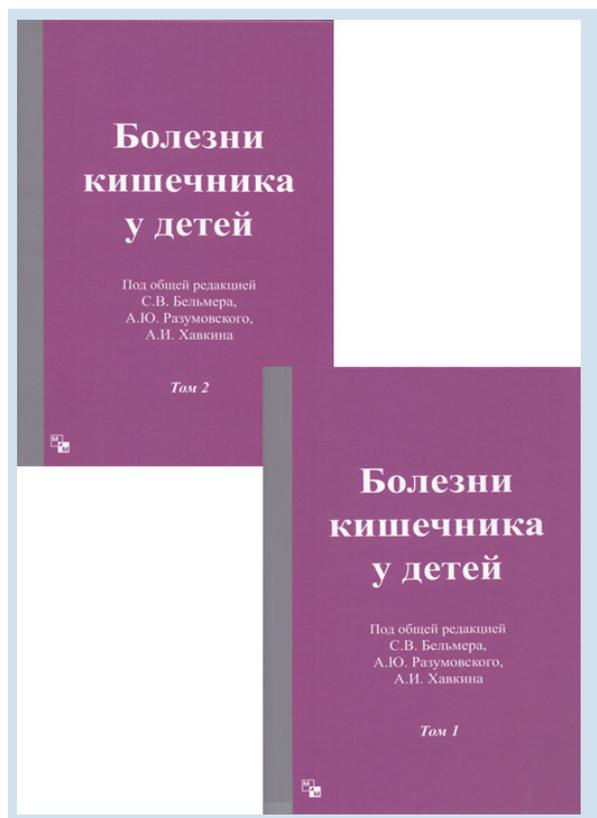
References

1. Krasovskaja TV, Golodenko NV, Mokrushina OG, Romanov AV, Kucherov Jul, Masenkov Jul, Fedin AV, Romanova LA. 10-letnij opyt lechenija novorozhdennyh jezofago-jezofagoanastomozom [The 10-year experience in the treatment of newborns by esophagoanastomosis]. *Detskaja hirurgija* [Pediatric surgery]. 2003;(6):5-8. (Russian).
2. Maev IV, Busarova GA, Samsonov AA, Petrakova OV. Anomalii pishheveda [Anomalies of the esophagus]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii i koloproktologii* [Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology]. 2005;15(3):13-22. (Russian).
3. Puri P, Höllwarth M, editors. Atlas detskoj operativnoj hirurgii [Atlas of pediatric surgery]. Nemilova TK, translator. Moskva: MEDpress-inform; 2009. 648 p. (Russian).
4. Nemilova TK, Bairov VG, Kagan AV, Karavaeva SA, Levadneva JuV, Ljubimenko VA. Atrezija pishheveda: 48-letnij opyt lechenija v Sankt-Peterburge [Esophageal atresia: 48 years of treatment experience in St. Petersburg]. *Detskaja hirurgija* [Pediatric surgery]. 2003;(6):14-16. (Russian).
5. Chepurnoj GI, Chepurnoj MG, Rozin BG, Kacupeev VB, Maklecov EG, Shtejnberg NJu, Ilin AV. Atrezija pishheveda s nizhnim traheopishhevodnym svishhom i aplaziej zheludka [Esophageal atresia with a lower tracheoesophageal fistula and gastric aplasia]. *Detskaja hirurgija* [Pediatric surgery]. 2011;(3):53. (Russian).
6. Bairov GA, Doroshevskij JuL, Nemilova TK. Atlas operacij u novorozhdennyh [Atlas of operations in newborns]. Leningrad: Medicina. Leningradskoe otdelenie; 1984. 256 p. (Russian).
7. Skarsgard ED. Dynamic esophageal lengthening for long gap esophageal atresia: experience with two cases. *J. Pediatr. Surg.* 2004;39(11):1712-1714.
8. Lopes MF, Reis A, Coutinho S, Pires A. Very long gap esophageal atresia successfully treated by esophageal lengthening using external traction sutures. *J. Pediatr. Surg.* 2004;39(8):1286-1287.
9. Navasad VV. Kompleksnoe vosstanovitelnoe lechenie vrozhdennoj neprohodimosti verhnih otdelov pishhevaritel'nogo trakta u detej [Complex rehabilitation treatment of congenital obstruction of the upper digestive tract in children] [dissertation]. Grodno (Belarus): Grodno State Medical University; 2013. 112 p. (Russian).
10. Sroka M, Wachowiak R, Losin M, Szlagatys-Sidorkiewicz A, Landowski P, Czuderna P, Foker J, Till H. The Foker technique (FT) and Kimura advancement (KA) for the treatment of children with long-gap esophageal atresia (LGEA): lessons learned at two European centers. *Eur. J. Pediatr. Surg.* 2013;23(1):3-7. doi: 10.1055/s-0033-1333891.
11. Parshikov VV, Zheleznov AS, Strizhenok DS, Ploharskij NA. Analiz oslozhnenij hirurgheskogo lechenija atrezii pishheveda u novorozhdennyh [Analysis of complications of surgical treatment of esophageal atresia in newborn infants]. *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii* [The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine]. 2011;(2):30-32. (Russian).
12. Averin VI, Nesteruk LN, Grinevich JuM. Blizhajshie i otдалennye rezultaty jezofagokoloplastiki pri atrezii pishheveda u detej [Outcomes of colon esophageal replacement for esophageal atresia]. *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii* [The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine]. 2011;(1):34-39. (Russian).
13. Kavalchuk, VI. Navasad VV, inventors; Grodno State Medical University, assignee. Metod lechenija atrezii pish-

- hevoda u detej [Method of treatment of esophageal atresia in children]. Instrukcija po primeneniju BY № 038-0313. 05.04.2013. Grodno, 2013; 6 p. (Russian).
14. Kavalchuk VI, Navasad VV, inventors; Grodno State Medical University, assignee. Method of surgical treatment of esophageal atresia. BY patent 12192. 2009 Aug 30. (Russian).
 15. Kavalchuk VI, Navasad VV. inventors; Grodno State Medical University, assignee. Method of surgical treatment of tracheoesophageal fistula in esophageal atresia. BY patent. 12503. 2009 Oct 30. (Russian).
 16. Navasad V, Kavalchuk K, Navasad K. Results of surgical treatment of esophageal atresia in children. In: Treilona M, editor. *The 12th Conference of the Baltic Association of Paediatric Surgeons*. Final programme and abstracts; 2012 May 17-19; Riga, Latvia. Riga: Riga Stradins University; 2012. p. 54.
 17. Kavalchuk VI, Navasad VV, Hmelenko AV. Ballonnaja dilatacija rubcovyh stenozov pishhevoda posle korrekcii atrezii pishhevoda [Balloon dilatation of cicatricial stenosis of the esophagus after correction of esophageal atresia]. In: Aktualnye voprosy detskoj hirurgii [Topical issues of pediatric surgery]. Materialy VI nauchno-prakticheskoi konferencii po detskoj hirurgii s mezhdunarodnym uchastiem; 2013 Maj 23-24; Brest. *Hirurgija. Vostochnaja Evropa* [Surgery. Eastern Europe]. 2013;(Suppl):72-75. (Russian).

Поступила: 12.10.2018

Принята к печати: 06.11.2018



Болезни кишечника у детей : в 2-х т. / под ред. С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. – Москва : Медпрактика-М, 2018.

Т. 1 – 436 с. – ISBN 978-5-98803-389-9.

Т. 2. – 496 с. – ISBN 978-5-98803-387-5.

Книга написана ведущими специалистами в области детской гастроэнтерологии и посвящена современным представлениям о болезнях кишечника у детей. Книга адресована широкому кругу читателей, в первую очередь педиатрам, детским хирургам, семейным врачам, гастроэнтерологам. Рекомендуется студентам, интернам, ординаторам, аспирантам, проходящим обучение на педиатрических факультетах медицинских ВУЗов.