

О.К. Слепов, М.Ю. Мигур, В.П. Сорока

## Хірургічне лікування низької природженої обструкції тонкої кишки у новонароджених дітей

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»  
м. Київ

PAEDIATRIC SURGERY.2017.2(55):70-75; doi 10.15574/PS.2017.55.70

За даними літератури, залишаються спірними питання щодо раціональних підходів до проведення оперативного лікування у новонароджених дітей із низькою природженою обструкцією тонкої кишки (ПОТК).

**Мета:** дослідити ефективність застосування різних видів оперативних втручань та їх вплив на результати лікування у новонароджених дітей із низькою ПОТК.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз медичних карток 35 новонароджених дітей із низькою ПОТК. До 1-ї групи увійшли діти з низькою ПОТК, у яких при проведенні оперативного лікування створювався первинний анастомоз тонкої кишки (n=17). До 2-ї групи зараховано новонароджених, у яких первинно застосовувалось виведення різних видів тонкокишкових стом (n=12). Пацієнти, які мали обструкцію тонкої кишки, асоційовану з гастрошизисом (n=6), були виключені з дослідження.

**Результати.** Достовірної різниці діаметрів привідної та відвідної кишки серед дітей обох досліджуваних груп не виявлено (P>0,05). Діти, у яких при проведенні первинного оперативного втручання застосовували створення стом, мали більшу частоту розвитку сепсису та достовірно довші терміни проведення парентерального харчування (P<0,05), досягнення повного ентерального харчування (P<0,05) та тривалості госпіталізації (P<0,05). Накладання кишкових стом не призводило до покращання результатів хірургічного лікування та зниження смертності.

**Висновки.** Створення первинного анастомозу тонкої кишки є оптимальним способом хірургічного лікування низької ПОТК, а застосування кишкових стом не покращує результатів лікування.

**Ключові слова:** природжена обструкція тонкої кишки, анастомоз, стома, новонароджені діти.

### Surgical treatment of congenital jejunoileal obstruction in newborns

O. Sliopov, M. Migur, V. Soroka

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv

**Rationale.** According to the current literature, the issue of rational approaches for the surgical treatment of neonates with congenital jejunoileal obstruction remains controversial.

**Objective:** to investigate the efficacy of different types of surgical interventions and their impact on outcomes in newborns with jejunoileal obstruction.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of medical records of 35 infants with jejunoileal obstruction was performed. To investigate the impact of different types of surgery on treatment results, all patients were divided into two groups. The children with jejunoileal obstruction, who had primary anastomosis of the small intestine during surgery were included into the 1st group (n=17). Into the 2nd group the infants who underwent the different types of intestinal stomas during primary surgery (n=12) were enrolled. The patients who had jejunoileal obstruction associated with gastroschisis (n=6) were excluded from the study.

**Results.** No significant difference between the diameters of the proximal and distal ileac segments among the children from the studied groups found (P>0.05). Children who underwent different types of intestinal stomas during the primary surgery had a greater incidence rate of sepsis, the significantly longer parenteral nutrition (P<0.05) and the time of conversion to the full enteral nutrition (P<0.05), as well as duration of hospitalization (P<0.05). The employment of ostomy did not lead to improvement of clinical outcomes and mortality reduction.

**Conclusions.** The primary anastomosis of the small intestine is the best method of surgical treatment of jejunoileal obstruction in newborns. However, the employment of intestinal ostomy does not improve outcomes.

**Key words:** congenital jejunoileal obstruction, anastomosis, stoma, newborn.

### Хирургическое лечение низкой врожденной обструкции тонкой кишки у новорожденных детей

А.К. Слепов, М.Ю. Мигур, В.П. Сорока

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев

По данным литературы, остаются спорными вопросы рациональных подходов к проведению оперативного лечения у новорожденных детей с низкой врожденной обструкцией тонкой кишки (ВОТК).

**Цель:** исследовать эффективность применения различных видов оперативных вмешательств и их влияние на результаты лечения у новорожденных детей с низкой ВОТК.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 35 новорожденных детей с низкой ВОТК. В 1-ю группу вошли дети с низкой ВОТК, у которых при проведении оперативного лечения создавался первичный анастомоз тонкой кишки (n=17). Во 2-ю группу отнесены новорожденные, у которых первично применялось выведение различных видов тонкокишечных стом (n=12). Пациенты, имевшие обструкцию тонкой кишки, ассоциированную с гастрошизисом (n=6), были исключены из исследования.

**Результаты.** Достоверной разницы диаметров приводящей и отводящей кишки среди детей исследуемых групп не обнаружено (P>0,05). Дети, у которых при проведении первичного оперативного вмешательства применяли создание стом, имели большую частоту развития сепсиса и достоверно большие сроки проведения парентерального питания (P<0,05), достижения полного энтерального питания (P<0,05) и продолжительности госпитализации (P<0,05). Наложение кишечных стом не приводило к улучшению результатов хирургического лечения и снижению смертности.

**Выводы.** Создание первичного анастомоза тонкой кишки является оптимальным способом хирургического лечения низкой ВОТК, а применение кишечных стом не приводит к улучшению результатов лечения.

**Ключевые слова:** врожденная обструкция тонкой кишки, анастомоз, стома, новорожденные дети.

## Вступ

Низька природжена обструкція тонкої кишки (ПОТК) характеризується наявністю повного або часткового порушення її прохідності та потребує проведення невідкладного хірургічного лікування у новонародженої дитини. До неї відносять непрохідність голодної та здухвинної кишок, тобто усіх відділів тонкої кишки, які лежать дистально по відношенню до зв'язки Трейца [3,4].

За даними літератури, до 1950 р. смертність новонароджених з цією вадою сягала 80–90% [8]. Такий високий рівень смертності був переважно пов'язаний із пізньою діагностикою та порушенням моторики розширеної проксимальної, по відношенню до обструкції, кишки, що призводило до ускладнень у вигляді хронічної обструкції та дефіциту харчування. Удосконалення техніки створення анастомозів, якості шовного матеріалу, а також розвиток повного парентерального харчування (ПЕХ) вважаються головними чинниками покращення виживання цих дітей останніми роками [3].

Оперативне лікування атрезії тонкої кишки може бути проведене різними способами і залежить від локалізації вади, анатомічних особливостей, виявлених під час операції, довжини кишечника [3]. Переважна більшість авторів надає перевагу створенню первинного анастомозу тонкої кишки, проте інші дослідники вважають, що накладання кінцевих, подвійних або розвантажувальних стом може покращити результати хірургічного лікування [2,3,7,8].

**Метою** дослідження було вивчення ефективності застосування різних видів оперативних втручань та їх впливу на результати лікування у новонароджених дітей із низькою ПОТК.

## Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз медичних карток 35 новонароджених дітей із низькою ПОТК, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні ДУ «ІПАГ НАМН України» у період

з 1988 по 2017 рік. Усім пацієнтам було проведено оперативне лікування. Із дослідження були виключені дані шістьох дітей, які мали низьку ПОТК, асоційовану з гастрошизисом, через відмінну тактику хірургічного лікування такої комбінації природжених вад.

Для дослідження впливу різних видів оперативних втручань на результати лікування усі пацієнти, зараховані у дослідження (n=29), були розподілені на дві групи. До 1-ї групи увійшли діти з низькою ПОТК, яким під час первинного оперативного втручання проводилось створення анастомозу тонкої кишки (n=17). Серед пацієнтів цієї групи було діагностовано атрезію голодної кишки III (a) типу (n=3; 17,6%), III (b) типу (n=1; 5,9%), IV типу (n=3; 17,6%) та атрезію здухвинної кишки II типу (n=3; 17,6%), III (a) типу (n=5; 29,4%), IV типу (n=1; 5,9%), а також випадок кістозного подвоєння здухвинної кишки (n=1; 5,9%). До 2-ї групи зараховано 12 новонароджених із низькою ПОТК, у яких первинно застосовувалось накладання кишкових стом (подвійних, кінцевих, розвантажувальних). Низька обструкція тонкої кишки у цих пацієнтів була спричинена атрезією голодної кишки III (a) типу (n=3; 25%), IV типу (n=1; 8,3%) та атрезією здухвинної кишки II типу (n=3; 25%), III (a) типу (n=3; 25%), III (b) типу (n=1; 8,3%), IV типу (n=1; 8,3%).

У пацієнтів обох груп вивчали наступні показники: розмір та довжину проведеної резекції проксимальної та дистальної, по відношенню до обструкції тонкої кишки, частоту природжених і післяопераційних ускладнень та сепсису, тривалість парентерального харчування, час переходу на повне ентеральне харчування та термін перебування в стаціонарі дітей, які одужали після проведеної хірургічної корекції вади, а також рівні смертності серед пацієнтів обох груп.

Оцінку статистично значущої різниці між порівнюваними групами проводили за U-критерієм Манна – Вітні (Mann – Whitney U-test) та критерієм хі-

## Неонатальна хірургія

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ефективності застосування різних видів оперативних втручань та їх впливу на результати лікування у новонароджених дітей із низькою ПОТК

| Група | Усього дітей | Частота внутрішньо-утробних ускладнень | Діаметр кишки (см) M±m |           | Довжина резекції (см) M±m |            | Частота п/о ускладнень | Частота сепсису | Тривалість ПЕХ (діб) M±m | Початок повного ентерального харчування (доба) M±m | Тривалість госпіталізації (діб) M±m | Померли |
|-------|--------------|--|------------------------|-----------|---------------------------|------------|------------------------|-----------------|--------------------------|--|-------------------------------------|---------|
|       |              |  | прокс.                 | дист.     | прокс.                    | дист.      |                        |                 |                          |  |                                     |         |
| 1     | 17           | 4 (23,5%)                              | 3,83±0,75              | 0,64±0,13 | 13,88±9,63                | 10,24±8,74 | 5 (29,4%)              | 6 (35,3%)       | 23,78* ± 18,0            | 24,56* ± 18,08                                     | 32,67* ± 19,28                      | 7       |
| 2     | 12           | 6 (50%)                                | 4,38±2,36              | 0,58±0,11 | 16,42±9,36                | 3,0±4,45   | 2 (16,7%)              | 7 (58,3%)       | 45,4* ± 11,35            | 46,4* ± 11,35                                      | 55,20* ± 11,23                      | 7       |

Примітки: M – середнє значення, m – середньоквадратичне відхилення; \* – значення, яке достовірно відрізняється в порівнюваних групах.

квадрат (Chi-squared test). Значення P<0,05 вважали достовірними.

### Результати

Результати застосування різних видів оперативних втручань наведені в табл. 1 та представлені у вигляді абсолютних і відсоткових показників, а також середніх значень та середньоквадратичних відхилень.

Оперативне лікування дітей 1-ї групи (n=17) проводилось шляхом накладання первинного однорядного кінце-косого анастомозу тонкої кишки. Природжені ускладнення (антенатальна перфорація тонкої кишки з розвитком перитоніту та внутрішньоутробного інфікування) спостерігались у 4 (23,5%) пацієнтів. Середнє розширення проксимальної, по відношенню до місця обструкції, дилатованої тонкої кишки досягало 3,83±0,75 см, а діаметр звуженої дистальної тонкої кишки становив 0,64±0,13 см. В усіх випадках перед створенням анастомозу проводилась резекція розширеної проксимальної кишки та звуженої дистальної на довжину 13,88±9,63 см та 10,24±8,74 см відповідно. Післяопераційні хірургічні ускладнення (неспроможність анастомозу) спостерігались у 5 (29,4%) дітей цієї групи, сепсис було діагностовано у 6 (35,3%) пацієнтів. Парентеральне харчування (ПЕХ) в середньому тривало 23,78±18,0 доби, повне ентеральне харчування досягалося на 24,56±18,08 добу, а тривалість перебування в стаціонарі становила 32,67±19,28 доби. Після перенесеного оперативного втручання 7 (41,2%) дітей цієї групи померли.

Оперативне лікування дітей 2-ї групи (n=12) проводилось шляхом первинного накладання тонкокишкових стом. Застосовувалось створення подвійних (n=6), кінцевих (n=3) та розвантажувальних стом (n=3) за Сантулі–Бланк (n=1) і Бішоп–Купом (n=2). Природжені ускладнення спостерігались у 6 (50%) пацієнтів цієї групи. Середнє розширення проксимальної тонкої кишки досягало 4,38±2,36 см, а діаметр дистальної тонкої кишки становив 0,58±0,11 см. При створенні кінцевих стом проводилась резекція лише розширеної проксимальної тонкої кишки, а у випадках застосування подвійних та розвантажувальних стом проводилась резекція як дилатованої проксимальної, так і звуженої дистальної кишки, на довжину 16,42±9,36 см та 3,0±4,45 см відповідно. Післяопераційні хірургічні ускладнення спостерігались у 2 (16,7%) дітей цієї групи. Вони були представлені странгуляційною кишковою непрохідністю (n=1) та перфорацією проксимальної, по відношенню до стоми, здухвинної кишки (n=1). Сепсис було діагностовано у 7 (58,3%) пацієнтів. Парентеральне харчування в середньому тривало 45,4±11,35 доби, повне ентеральне харчування досягалося на 46,4±11,35 доби, а тривалість перебування в стаціонарі становила 55,20±11,23 доби. Після перенесеного оперативного втручання 7 (58,3%) дітей цієї групи померли.

### Дискусія

Згідно із сучасними етіологічними уявленнями, атрезія тонкої кишки виникає внаслідок внутріш-

ньоутробного ішемічного інсульту середньої кишки, вражаючи окремих ізольований або множинні сегменти раніше розвиненої тонкої кишки [3,13]. Судинний ішемічний інсульт не лише призводить до морфологічних аномалій, але й несприятливо впливає на структуру та наступне функціонування проксимальної і дистальної, по відношенню до місця обструкції, кишки [3,11]. Проксимальний відділ тонкої кишки, котрий закінчується сліпо та є дилатованим, має гістологічно нормальні ворсинки, але не має ефективної перистальтичної активності. Було виявлено дефіцит ензимів слизової оболонки та аденозин-3-фосфатази м'язової оболонки тонкої кишки в цьому відділі. На рівні атрезії ганглії ентеральної нервової системи є атрофованими з мінімальною ацетилхолінергасною активністю, що пояснює неповноцінність перистальтики кишки. Це свідчить на користь потреби в проведенні резекції розширених проксимальних відділів тонкої кишки для покращення її функції [3]. Через те, що проксимальний кінець дистальної атрезованої кишки теж уражений інсультом, мала його частина також має бути резектована [3].

Описані численні техніки операцій при атрезії голодної та здухвинної кишок, серед них виділяють: звужуючу ентеропластику з анастомозуванням, проксимальну резекцію з розвантажувальною ентєростомією (за Сантулі–Бланк або Бішоп–Купом) або подвійну ентєростомію, яка накладається за методом Мікуліча. Але найчастіше описано первинне створення однорядного кінце-косого анастомозу з використанням 5-0 або 6-0 шовного матеріалу, після проведення резекції розширеної та гіпертрофованої проксимальної кишки [2,3,7].

Деякі автори вважають, що при виразній невідповідності діаметрів розширеної привідної та звуженої відвідної тонкої кишки доцільним є застосування Т-подібного розвантажувального тонкокишкового анастомозу за Сантулі–Бланком або Бішоп–Купом [6]. У літературі описується така невідповідність, що досягає співвідношення 4:1 та більше [5,10]. Проте, за даними дослідження С.А. Амідхонової (2015), різниця діаметрів атрезованих кінців тонкої кишки не впливає на вибір способу створення анастомозу [1].

За нашими даними, накладання первинного анастомозу застосовувалось переважно у дітей із меншим розширенням преатретичної тонкої кишки ( $3,83 \pm 0,75$  см). У випадках більш виразної дилатації кишки ( $4,38 \pm 2,36$  см) хірурги надавали перевагу створенню кишкових стом. При цьому при більшому розширенні проксимальної киш-

ки застосовувалась більш протяжна її резекція ( $16,42 \pm 9,36$  см проти  $13,88 \pm 9,63$  см), до рівня незміненої тонкої кишки. Таким чином, як до, так і після проведення резекції дилатованої проксимальної кишки, в обох групах достовірної різниці діаметрів привідної кишки не виявлено ( $P > 0,05$ ). Також не було виявлено достовірної різниці діаметрів постатретичної тонкої кишки ( $P > 0,05$ ). Зважаючи на відсутність достовірної різниці діаметрів привідної та відвідної кишки серед дітей обох досліджуваних груп, можна зробити висновок про те, що ступінь розширення проксимального, по відношенню до атрезії, кінця кишки не може впливати на тактику оперативного лікування.

За даними ретроспективного дослідження Y. Nusinovich та співавт. (2013), найбільш ефективним способом анастомозування, за будь-якої невідповідності сегментів тонкої кишки, є формування адаптованого анастомозу за J. Louw, при створенні якого відстань між швами не має перевищувати 1 мм. При цьому у дистальному сегменті короткий відрізок (4–5 см) кишки косо резекується, залишаючи брижовий край кишки довшим, ніж протибрижовий. Неспроможності таких адаптованих кишкових анастомозів не встановлено [12].

На думку більшості авторів, протипоказанням для накладання первинного анастомозу можуть бути випадки внутрішньоутробного перитоніту, завороту, з ушкодженням судин, меконіального ілеусу або III(b) тип атрезії, а також при підозрі на нежиттєздатність кишки [3,7,8]. У цих випадках може бути необхідним створення тимчасової кінцевої або подвійної ентєростоми [3,7].

Внутрішньоутробні ускладнення (антенатальна перфорація тонкої кишки з розвитком перитоніту) спостерігались переважно серед стомованих пацієнтів ( $n=6$ ; 50%) порівняно з пацієнтами, котрим накладали первинний анастомоз ( $n=4$ ; 23,5%) (табл. 2). Незважаючи на те, що частота післяопераційних хірургічних ускладнень була вищою в 1-й групі (11,8% проти 8,3%), смертність переважала серед пацієнтів 2-ї групи (33,3% проти 11,8%). Такі дані свідчать про те, що створення кишкових стом не призводило до покращання хірургічного лікування пацієнтів із природженими перфораціями тонкої кишки при низькій ПОТК.

У переважній більшості дослідників не викликає сумніву той факт, що ПЕХ є необхідним, має розпочинатися одразу, як тільки це буде можливо, і тривати доти, доки дитина не буде повністю засвоювати ентеральне харчування [3]. Ентеральне харчуван-



## Неонатальна хірургія

**Таблиця 2**

Результати хірургічного лікування дітей, які мали внутрішньоутробні ускладнення

| № групи | Кількість дітей із внутрішньо-утробними ускладненнями | Кількість хірургічних ускладнень у п/о періоді | Померли |
|---------|---|--|---------|
| 1       | 4   | 2  | 2       |
| 2       | 6   | 1  | 4       |

ня може бути розпочато після зменшення кількості добового стажу по шлунковому зонду та за наявності самостійної дефекації [3].

За результатами нашого дослідження, застосування кишкових стом призводило до зростання тривалості проведення ПЕХ ( $p=0,01$ ;  $P<0,05$ ) та часу до досягнення повного ентерального харчування ( $p=0,01$ ;  $P<0,05$ ) порівняно з пацієнтами, яким застосовувалось накладання первинного анастомозу тонкої кишки. У свою чергу, це призводило до збільшення тривалості перебування дітей в стаціонарі ( $p=0,01$ ;  $P<0,05$ ).

За даними H.G. Piper та співавт. (2008), загальна смертність при інтестинальній атрезії є низькою і не залежить від локалізації обструкції. За їхніми даними, в групі ризику щодо подовженої тривалості госпіталізації та смертності є новонароджені з вагою при народженні менше 2 кг та діти з наявними асоційованими аномаліями [9]. За даними Joseph R. Wax та співавт. (2006), локалізація та термін установлення діагнозу атрезії не впливали на тактику лікування та прогноз. Також ці автори не знайшли зв'язку між пренатальним установленням діагнозу та зростанням тривалості госпіталізації або тривалістю ПЕХ та вважають, що це може відображати варіабельність підходів до лікування між різними установами або кращий рівень пренатального виявлення вади [4].

Зараховані до нашого дослідження пацієнти не мали важких супутніх аномалій. Пацієнти, які мали низьку ПОТК, асоційовану з гастрошизисом ( $n=6$ ), були виключені з дослідження, через те, що при такій комбінації вад первинно проводилось низведення кишечника без корекції атрезії. Корекція обструкції тонкої кишки проводилась при наступному плановому оперативному втручанні.

Незважаючи на достовірно довшу тривалість проведення ПЕХ та переважання частоти сепсису (58,3% проти 35,3%) у стомованих дітей, достовірної різниці частоти його розвитку між порівнюваними групами не виявлено. Серед дітей, у яких було створено первинний анастомоз, установленно більшу частоту розвитку післяопераційних хі-

рургічних ускладнень (29,4% проти 16,7%), проте показник смертності був нижчим (41,2% проти 58,3%), без достовірної різниці цих показників у порівнюваних групах ( $P>0,05$ ).

За даними наших попередніх досліджень, статистично достовірний вплив на результати хірургічного лікування дітей з низькою ПОТК мали такі чинники, як внутрішньоутробне інфікування, вік дитини на момент проведення первинного оперативного втручання, сепсис, дихальна та серцево-судинна недостатність ( $P<0,05$ ).

### Висновки

1. Створення первинного анастомозу тонкої кишки є оптимальним способом оперативної корекції низької ПОТК, що призводить до покращання результатів хірургічного лікування новонароджених дітей з цією вадою розвитку.

2. Незважаючи на меншу частоту післяопераційних хірургічних ускладнень серед стомованих дітей, застосування цього методу призводило до достовірного збільшення тривалості проведення ПЕХ, часу до досягнення повного ентерального харчування та тривалості госпіталізації.

### Література

1. Амидхонова С.А. Критерии выбора способа создания анастомозов у новорожденных с тонкокишечной непроходимостью: дис. ... канд. мед. наук.
2. Apple peel jejunal atresia: Successful management of a rare case / Santosh B. Kurbet, H. S. Patil, S. M. Dhaded [et al.] // Journal of the Scientific Society. – 2012. – Vol.39, Issue 1.
3. Ashcraft's Pediatric Surgery / George W. Holcomb III, M.D., J. Patrick Murphy, M.D., Daniel J., Ostlie, M.D. – 6th Ed. – Philadelphia: Elsevier saunders, 2014. – 1040 p.
4. Congenital Jejunal and Ileal Atresia Natural Prenatal Sonographic History and Association With Neonatal Outcome / Joseph R. Wax, Thomas Hamilton, Angelina Cartin [et al.] // Ultrasound Med. – 2006. – Vol.25. – P.337–342.
5. Decreased mortality but increased morbidity in neonates with jejunoileal atresia; a study of 114 cases over a 34year period / T.H. Stollman, I de Blaauw, M.H. Wijnen [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2009. – Vol.44. – P.217–221.
6. Eltayeb A.A. Different Surgical Techniques in Management of Small Intestinal Atresia in High Risk Neonates / A.A. Eltayeb // Pediatr. Surg. – 2009. – №5. – P.315.
7. Grosfeld J.L. Jejunioleal Atresia and Stenosis / Grosfeld J., O'Neil J.Jr., Coran AG, editors. Pediatric Surgery. – 6th ed., Vol.2. – Philadelphia: Mosby Elsevier, 2006. – P.1269–87.

8. Intestinal atresia and stenosis: A 25-year experience with 277 cases / Dalla Vecchia L.K., Grosfeld J.L., West K.W. [et al.] // Arch Surg. – 1998. – Vol.133. – P.490–496.
9. Intestinal atresias: factors affecting clinical outcomes / Piper H.G., Alesbury J., Waterford S.D. [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2008. – Vol.43(7). – P.1244–1248.
10. Is the Bishop Koop anastomosis in treatment of neonatal ileus still current? / J. Wit, S. Sellin, P. Degenhardt [et al.] // Chirurg. – 2000. – Vol.71, №3. – P.307–310.
11. Natural history of experimental intestinal atresia: Morphologic and ultrastructural study / Baglaj S.M., Czernik J., Koryszko J. [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol.36. – P.1428–1434.
12. Nusinovich Y. Long-term outcomes for infants with intestinal atresia studied at Children's National Medical Center / Y. Nusinovich, M. Revenis, C. Torres // J. Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2013. – Vol.7(3). – P.324–329.
13. Puri P. New observations on the pathogenesis of multiple intestinal atresias / P. Puri, T. Fujimoto // J. Pediatr. Surg. – 1988. – Vol.23. – P.221–225.

#### Відомості про авторів

**Слепов Олексій Костянтинович** – д.мед.н., проф., керівник відділення хірургічної корекції вроджених вад розвитку у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-28.

**Мигур Михайло Юрійович** – мл.н.с., лікар хірург дитячий відділення хірургічної корекції вроджених вад розвитку у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-28.

**Сорока Василь Петрович** – к.мед.н., пров.н.с. відділення хірургічної корекції вроджених вад розвитку у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8; тел. (044) 483-62-28.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2017 р.

## НОВИНИ

### 7th Annual Congress of the European Society of Paediatric Endoscopic Surgeons (ESPES)

Wroclaw, Poland  
September 27th - 29th, 2017



Dear Colleagues,

On behalf of the European Society of Paediatric Endoscopic Surgeons (ESPES) we have a great honour and pleasure to invite you to attend the 7th Annual Congress of the Society that will be held in Wroclaw, Poland.

Thanks to the efforts of many paediatric surgeons, our Society is a rapidly expanding community. To them we also owe our growing experience and knowledge about endoscopic surgery. The six years of The Society activity has proved to have important impact for paediatric endoscopic surgery development. The annual scientific Congress are direct platform for exchanging and sharing our experience and achievements, giving us the opportunity for new collaborations and friendships.

The 7th ESPES Congress is also a good chance to discover a very long and amazing history of Wroclaw, the fourth largest city in Poland and historical capital of Lower Silesia region. You can find many famous medical names, connected to Wroclaw Medical University, among them Jan Mikulicz-Radecki, Hermann Johannes, Pfannenstiel, Jan Evangelista Purkyně, Alois Alzheimer, Ludwig Hirschfeld.

Wroclaw was elected for 2016th year as the European Capital of Culture - the culture centre of our continent. With your help, we will make Wroclaw the European capital of paediatric endoscopic surgeons of the year 2017.

**More information:** <http://www.espes2017.pl/>