

## ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.329-007.271-053.31-089.86-031:611.33

Ю.В. Пащенко<sup>1</sup>, П.В. Губанов<sup>2</sup>,  
К.Ю. Пащенко<sup>2</sup>

Харківський національний медичний університет<sup>1</sup>,  
КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня № 1  
м. Харкова<sup>2</sup>  
(м. Харків, Україна)

ВИКОРИСТАННЯ ШЛУНКА  
ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ  
АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ  
ПРИ VACTER-АСОЦІЙОВАНИХ ВАДАХ  
РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ

**Резюме.** Хірургічне лікування захворювань і вроджених вад розвитку стравоходу в дітей представляє найбільш складну частину дитячої хірургії. Абсолютна більшість ортотопічних і гетеротопічних пластик стравоходу в дітей доводиться на його атрезію або наслідки хімічного ураження органу.

Представлене спостереження ілюструє побудову й реалізацію плану лікування дитини з атрезією стравоходу в сполученні з мікроцефалією й VACTER-асоційованими аномаліями. У цьому випадку для корекції атрезії стравоходу було використане переміщення шлунку в грудну порожнину з гарним результатом.

**Висновки:**

1. Виконання заміщення стравоходу шляхом переміщення шлунку є одним з можливих варіантів рішення складної проблеми корекції атрезії стравоходу при сполученні із множинними вадами розвитку.

2. Використання зазначеної методики створює оптимальні умови для проведення зондового харчування у дітей з патологією центральної нервової системи та порушеннями акту ковтання.

**Ключові слова:** атрезія стравоходу, шлунок, пластика, множинні вади.

Хірургічне лікування захворювань і вроджених вад розвитку стравоходу в дітей представляє найбільш складну частину дитячої хірургії через особливість розташування, будови стінки органу, його кровопостачання [1]. Це один з небагатьох відділів травного тракту, що завжди гоїться шляхом більш-менш вираженого рубцювання. Рубець, що утворився, не росте разом з дитиною, що у свою чергу вимагає тривалої реабілітації пацієнтів для запобігання вторинного ушкодження стравоходу агресивними компонентами шлункового соку, хронічного порушення прохідності тощо. Виконання органозберігаючих операцій, яким віддається перевага, є не завжди можливим через дефіцит пластичного матеріалу й вище вказаних причин. Абсолютна більшість ортотопічних і гетеротопічних пластик стравоходу в дітей доводиться на його атрезію або наслідки хімічного ураження органу [2].

Реконструкція стравоходу – складне завдання медико-соціальної реабілітації дітей після його екстирпації й частина причина наступної інвалідизації пацієнта.

Вибір оптимального пластичного матеріалу для відновлення безперервності травного тракту й харчування дитини *reg os* – важлива умова підвищення якості життя хворої дитини – іноді буває скрутним. Складності можуть виникати як на етапі планування втручання (внаслідок множинних вад розвитку), так і в ході самої операції через певні анатомічні особливості (аномалії кровопостачання, спайковий процес тощо).

Більшість хірургів віддають перевагу одномоментному створенню артифіціального стравоходу [2, 3].

Відомо 4 методи пластики стравоходу:

- 1) товстокишковим трансплантатом,
- 2) шлунковою трубкою,
- 3) тонкокишковим трансплантатом,
- 4) переміщення шлунку в грудну порожнину.

Перспективним методом є переміщення шлунку в грудну порожнину [3, 4, 5]. Однак, незважаючи на певні переваги цієї методики, в Україні подібне втручання не використовувалося. Найбільше часто в дітей використовується колоезофагопластика.

Основним ускладненням при використанні кишкових трансплантатів є порушення кровопостачання, обумовлене його осьовим характером.

Представлене спостереження ілюструє побудову й реалізацію плану лікування дитини з атрезією стравоходу в сполученні з мікроцефалією й VACTER-асоційованими аномаліями. У цьому випадку для корекції атрезії стравоходу було використане переміщення шлунку в грудну порожнину.

Як приклад наводимо клінічний випадок дитини, що находилась на лікуванні у відділенні хірургії новонароджених і вад розвитку дітей молодшого віку КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня № 1 м. Харкова з діагнозом: Множинні вроджені вади розвитку (МВВР), мікроцефалія, атрезія стравоходу із трахеостравохідною норницею; атрезія ануса та прямої кишки, ректоперинеальна нориця; коарктація аорти, аневризма міжшлуночкової перегородки, артерія лузорію; гіпоплазія правої нирки, гіпоспадія (промежинна форма), двосторонній крипторхізм; груба затримка статокінетичного й мовного розвитку.

Дитина від 3-ї вагітності на тлі анемії, кандидозу, багатоводдя, низького прикріплення плаценти. Термінові патологічні пологи шляхом кесарева розтину в строку гестації 37 – 38 тижнів. Вага при народженні 3050 г. Під час пологів – дистрес плоду. Оцінка за шкалою Апгар 4 – 6 балів. Стан дитини розцінений як важкий за рахунок неврологічної симптоматики й уроджених вад розвитку. У 1-й день життя направлений на лікування в м. Харків. При транспортуванні – погіршення стану дитини, зупинка дихання, погіршення серцевого

ритму, у зв'язку із чим негайно госпіталізований у МДЛ м. Слов'янськ, де перебував протягом доби до стабілізації стану й переведення в ОДКЛ № 1 м. Харкова.

Виконано операцію: торакотомія, ліквідація трахеостравохідної нориці, езофагостомія, гастростомія. Діастаз між атрезованими відрізками більше 3 см (оральний сегмент не пройшов верхню грудну апертуру).

Батьки від участі в дитині відмовилися, позбавлені батьківських прав. Незважаючи на адекватне за характером і змістом харчування через гастростому, періодичні курси парентеральної підтримки, пацієнт погано набирив вагу, часто хворів на респіраторні захворювання й розлади травлення. У віці 1 року його маса тіла ледь досягла 7 кг. Природно, що в даній ситуації проведення операції по збереженню власного стравоходу було неможливим.

При передопераційній ретроградній гастроєзофагоскопії: ендоскоп уведений у стравохід через гастростому. Довжина аборального відділу не більше 2,5 – 3 см з ознаками склерозування стінок.

Після інтенсивної передопераційної підготовки виконане реконструктивно-відновне оперативне втручання.

Після виділення езофагостоми на шиї й створення тунелю у превертебральному просторі у верхній частині заднього середостіння виконана верхньо-середина лапаротомія з обходом пупка ліворуч і продовження розрізу нижче. При ревізії черевної порожнини виявлена наявність вираженого спайкового процесу між печінкою, передньою черевною стінкою й шлунком у місці накладеної гастростоми. При ревізії товстої кишки судинна архітектоніка останньої на тлі коарктації аорти й вираженої гіпотрофії хворого викликає сумнів у ефективності кровопостачання товстокишкового трансплантату. Після мобілізації шлунка з відсіканням гастростоми й залишенням судинних колатералей правих шлунково-чепцевої й шлункової артерій зроблена екстирпація аборального відділу стравоходу (останній не більше 3 см, стоншений, резектований).

Тунелізація заднього середостіння на всьому протязі з розсіченням стравохідного отвору діафрагми у сагітальному напрямку, перетинанням п.п. vagus, пілоропластиком за Гейніке-Мікуличем й ушиванням гастростомічного отвору. Шляхом тракції за держалки, накладені на найвищу точку, шлунок переміщений у задньомедіастинальному просторі на шию. Після створення дворядного езофагогастроанастомозу в порожнину шлунка уведений дренажний зонд. Зроблено накладення пункційної єюностоми для годування.

У післяопераційному періоді з 2-ї доби розпочато ентеральне харчування через єюностому. Шлунковий зонд вилучений на 9-у добу, єюностомічний катетер – на 16-у добу.

Надалі дитині проводилася тривала адаптація

до харчування природним шляхом, сполучаючи елементи парентерального харчування, перорального та зондового годування. Слід підкреслити, що при застосуванні прямого анастомозу зі шлунком значно полегшує введення зонду для харчування дитини, враховуючи супутню патологію ЦНС та порушення акту ковтання.

При післяопераційному рентгенологічному дослідженні із застосуванням контрастної суміші спостерігається задовільна евакуаторна функція шлунково-кишкового тракту (рис. 1).



**Рис. 1.** На рентгенограмі чітко видно контури переміщеного шлунку із задовільним пасажом контрастної суміші через 30 хвилин після початку дослідження

Через 2 місяці накладена ендовідеоасистована колостома на ліву половину товстої кишки з наступними задньосагітальною проктоаносфіктеропластиком та закриттям стоми. У проміжках між операціями дитина перебувала в дитячому будинку, однак останнім часом батьки висловлюють намір забрати його в родину.

У даний момент планується пластика зовнішніх статевих органів і ендовідеооскопічна нефроуретеректомія праворуч.

#### Висновки:

1. Виконання заміщення стравоходу шляхом переміщення шлунку є одним з можливих варіантів вирішення складної проблеми корекції атрезії стравоходу при сполученні із множинними вадами розвитку.

2. Використання зазначеної методики створює оптимальні умови для проведення зондового харчування у дітей з патологією центральної нервової системи та порушеннями акту ковтання.

#### Література

1. Taguchi Tomoaki. Esophageal atresia with long gap / Tomoaki Taguchi, Tadsh Lwanaka, Takao Okamatsu // *Operative General Surgery in Neonates and infants.* – Japan: Springer, 2016. – P. 101–109.
2. *Pediatric surgery* / Arnold G. Coran, W. Scott Adzick [et al.]. – 7th edition. – U.S.A.: Elsevier Sanders, 2012. – P. 934–938.
3. Spitz L. Gastric Transposition in Children / L. Spitz // *Seminar in Pediatric Surgery.* – 2009. – Vol. 18 (1). – P. 30–33.
4. Cowles Robert A. Gastric transposition in infants and children / Robert A. Cowles, Arnold G. Coran //

Pediatric Surgery Review Article. – Springer-Verlag, 6 September 2010.

5. Jessie Ng. Comparison of Minimally Invasive and Open Gastric Transposition in Children / Ng. Jessie, Loukogeorgakis Stavros P., Pierro Agostina // Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques. – October 8 2014. - Vol. 24 (10). – P. 742–749.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕЛУДКА  
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА  
ПРИ VACTER-АССОЦИИРОВАННЫХ  
ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**

*Ю.В. Пащенко<sup>1</sup>, П.В. Губанов<sup>2</sup>, К.Ю. Пащенко<sup>2</sup>*

**Харьковский национальный медицинский  
университет<sup>1</sup>,  
КУОЗ Областная детская клиническая  
больница № 1 г. Харькова<sup>2</sup>  
(г. Харьков, Украина)**

**Резюме.** Хирургическое лечение заболеваний и врожденных пороков развития пищевода у детей представляет наиболее сложную часть детской хирургии. Абсолютное большинство ортопических и гетеротопических пластик пищевода у детей приходится на его атрезию или последствия химического поражения органа.

Представленное наблюдение иллюстрирует построение и реализацию плана лечения ребенка с атрезией пищевода в сочетании с микроцефалией и VACTER-ассоциированными аномалиями. В данном случае для коррекции атрезии пищевода было использовано перемещение желудка в грудную полость с хорошим результатом.

**Выводы:**

1. Выполнение замещения пищевода путем перемещения желудка является одним из возможных вариантов решения сложной проблемы коррекции атрезии пищевода при сочетании с множественными пороками развития.

2. Использование указанной методики создает оптимальные условия для проведения зондового питания у детей с патологией центральной нервной системы и нарушениями акта глотания.

**Ключевые слова:** атрезия пищевода, желудок, пластика, множественные пороки.

**Контактна інформація:**

**Пащенко Юрій Володимирович** – д.м.н., професор, завідувач кафедри дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського національного медичного університету 0м. Харків, Україна).

**Контактна адреса:** Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології, Харківський національний медичний університет, проспект Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна.

**Контактний телефон:** +38 7251063; мобільний телефон: +38(050) 3239758.

**e-mail:** yuv.pedsurg@mail.ru

**Контактная информация:**

**Пащенко Юрий Владимирович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии и детской анестезиологии Харьковского национального медицинского университета (г. Харьков, Украина).

**Контактный адрес:** Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии, Харьковский национальный медицинский университет, проспект Науки, 4, г. Харьков, 61022, Украина.

**Контактный телефон:** +38 7251063; мобільний телефон: +38(050) 3239758.

**e-mail:** yuv.pedsurg@mail.ru

**Contact information:**

**Pashchenko Yuriy**, MD, Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery and Pediatric Anesthesiology Kharkiv National Medical University (Kharkiv, Ukraine).

**Contact Address:** Department of Pediatric Surgery and Pediatric Anesthesiology, Kharkiv National Medical University, Avenue of Science, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine.

**Phone:** +38 7251063; Mobile phone number: +38 (050) 3239758.

**e-mail:** yuv.pedsurg@mail.ru

**USING THE STOMACH IN SURGICAL  
CORRECTION OF ESOPHAGEAL ATRESIA  
WITH VACTER-ASSOCIATED  
MALFORMATIONS  
IN CHILDREN**

*Yu. Pashchenko<sup>1</sup>, P. Gubanov<sup>2</sup>, K. Pashchenko<sup>2</sup>*

**Kharkov National  
Medical University<sup>1</sup>,  
Regional Children Clinical Hospital №1, Kharkov<sup>2</sup>  
(Kharkiv, Ukraine)**

**Summary.** Surgical treatment of diseases and congenital esophageal defects in children is one of the most difficult parts of pediatric surgery. The vast majority of orthotopic and heterotopic esophageal reconstructions in children falls on atresia or complications of chemical destruction.

The present case illustrates the construction and implementation of a treatment plan for a child with esophageal atresia combined with microcephaly and VACTER-associated anomalies. In this case, the transposition of stomach into the thoracic cavity was used for esophageal atresia correction with a good result.

**Conclusion:**

1. Realization of esophageal shift by transposition of the stomach is one of the possible solutions to the complex problem of esophageal atresia correction associated with multiple malformations.

2. Use of this technique creates optimal conditions for tube feeding in children with central nervous system disorders and violations of swallowing.

**Keywords:** esophageal atresia, stomach, reconstruction, multiple malformations.