

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

НОВОСТИ ХИРУРГИИ

Рецензируемый научно-практический медицинский журнал

**Том 20,
1/2012**

Издается с 1995 года

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты изучены у всех 5 детей от 3 до 10 месяцев. Рентгеноконтрастное исследование искусственного пищевода выполнено у 5 пациентов, из них у 2 — в сочетании с эндоскопическим исследованием. Наиболее грозного среди ранних хирургических осложнений, каким является частичный или полный некроз трансплантата, в этой группе пациентов не было. Наиболее частое осложнение после завершения пластики пищевода — несостоятельность шейного анастомоза — наблюдалось у 2 пациентов со свободной сегментарной пластикой. Мы считаем, что у ребенка с ЭХОП оно связано с дефектами ухода. Слюнные свищи, открывшиеся на шее в результате несостоятельности верхнего анастомоза, зажили самостоятельно. У пациентов с дополнительной васкуляризацией кишечного трансплантата несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза не было. Ранний рубцовый стеноз шейного анастомоза не развился ни у одного ребенка.

Из ранних нехирургических послеоперационных осложнений у 2 детей диагностированы осложнения со стороны дыхательной системы: правосторонний гидроторакс и левосторонняя нижнедолевая пневмония. Других осложнений не было.

У детей со свободной сегментарной пластикой пищевода выявлен умеренный рубцовый стеноз дистального эзофагоколо- и эзофаго-энтероанастомозов (диаметр сужения 8-9 мм и 7-8 мм соответственно). Из них один пациент жаловался на затрудненное глотание твердой пищи (умеренная дисфагия), ему проводились баллонные дилатации. Другой пациент жаловался на тошноту, иногда рвоту после приема пищи. Ему манипуляции не выполнялись, т.к. при R-скопическом исследовании «неопищевода» проходимость анастомозов хорошая.

Пациенты с дополнительной васкуляризацией кишечного трансплантата жалоб не предъявляли. При обследовании только у одного выявлен умеренный рубцовый стеноз эзофагоколоанастомоза, однократно выполнялась баллонная дилатация. Еще у одного ребенка диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс в «неопищеводе». Это осложнение потребовало хирургического лечения (релапаротомия, гастропликация).

Среди поздних нехирургических осложнений отмечено одно осложнение — дискинезия «неопищевода» у пациента с антиперистальтическим расположением толстокишечного трансплантата.

Пластика завершена с полным клиниче-

ским эффектом у всех 5 пациентов. Все дети питаются самостоятельно через рот. Летальности не было.

Клиническое наблюдение.

Пациент Т., 16.08.2008 г. р. поступил в ДХЦ 04.09.2010 г. с жалобами на невозможность принимать пищу естественным путем, плохое отхождение слюны по шейной эзофагостоме. Клинический диагноз: Электрохимический ожог шейного отдела пищевода с дефектом стенки. Гастростома. Шейная эзофагостома (рубцевание). Трахеостома.

Анамнез заболевания: 17.03.2010 г. проглотил инородное тело (активную батарейку, напряжением 3V, диаметром 2 см), которая застряла в верхнем физиологическом сужении пищевода. Эндоскопически извлечь инородное тело не удалось. 18.03.2010 г. выполнена операция: верхнесрединная лапаротомия, гастротомия, эзофаготомия, удаление инородного тела. В связи с несостоятельностью швов пищевода 19.03.2010 г. переведен в ДХЦ, где ребенку произведен ряд операций: 19.03.2010 г. — дренирование глубоких отделов шеи сквозным перфорированным дренажем; 23.03.2010 г. — гастростомия по Штамм-Кадеру; 26.03.2010 г. — разобщение пищевода, шейная эзофагостомия, дренирование глубоких отделов шеи (в связи с некрозом и дефектом стенки пищевода на 2/3 окружности и протяженностью ≈3-4 см); 02.04.2010 г. — нижняя трахеостомия; 26.05.2010 г. — реконструкция шейной эзофагостомы.

Так как нижележащий отдел пищевода был неизменен, решено выполнить свободную сегментарную пластику его, участком тощей кишки.

На базе отделения микрохирургии 25.09.2010 г. выполнена операция (1-й этап): пластика шейного отдела пищевода свободным участком тощей кишки на межсосудистых анастомозах и временной реваскуляризацией трансплантата через левые лучевые сосуды. Дистальная эзофагоэнтеростомия. Длительность операции — 4 часа 10 минут. Экстубирован в операционной.

Для того чтобы забираемый сегмент кишки не испытывал ишемию, мы использовали методику «шагающего кишечного трансплантата», предложенную проф. А.Ф. Рылюком [19]. Эта операция впервые выполнена в Беларуси и на постсоветском пространстве. При заборе трансплантата формировали две пары сосудов — две артерии и две вены, соединяющиеся между собой через краевые сосуды. Одна пара сосудов изъятая сегмента кишки служила для временного кровоснабжения за счет артерии и вены предплечья, пока другая пара сосудов использовалась для пересадки на донорские

emphasis on esophageal atresia / R. B. Hirschl [et al.] // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 236, N 4. – P. 531-541.

15. Лечение стриктур пищеводных анастомозов / Е. А. Дробязгин [и др.] // МХЖ. – 2009. – № 5. – С. 23-25.

16. Importance of additional microvascular anastomosis in esophageal reconstruction after salvage esophagectomy / M. Sakuraba [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 2004. – Vol. 113, N 7. – P. 1934-1939.

17. Internal mammary blood supply for ileo-colon interposition in esophagogastroplasty: a case report / A. Zonta [et al.] // Microsurgery. – 1998. – Vol. 18, N 8. – P. 472-475.

18. Чепик, Д. А. Современные направления пластики пищевода у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода / Д. А. Чепик // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17, № 3. – С. 154-167.

19. Рылюк, А. Ф. Топографическая анатомия и хирургия органов брюшной полости / А. Ф. Рылюк. – Мн.: Выш. шк., 1997. – 319 с.

Адрес для корреспонденции

220116, Республика Беларусь,
г. Минск, пр-т. Дзержинского, 83,
Белорусский государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии,
тел. раб.: +375 17 290-49-23,
тел. моб.: +375 29 798-51-02,
e-mail: averinvi@mail.ru,
Аверин Василий Иванович

Сведения об авторах

Аверин В.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Подгайский В.Н., д.м.н., профессор кафедры хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Нестерук Л.Н., хирург УЗ «1-я городская клиническая больница», Детский хирургический центр.

Гриневиц Ю.М., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Рылюк А.Ф. д.м.н., профессор кафедры хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Поступила 24.10.2011 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

приглашаем Вас принять участие в работе

ХІХ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

Дата проведения: сентябрь 2012 г.

Место проведения: г. Иркутск

Организаторы: Ассоциация хирургов-гепатологов России и стран СНГ

Контактные данные:

Тел.:(499) 236-4180, (499) 236-6565

E-mail: stepanovaua@mail.ru

www.hepatoassociation.ru, www.bgmy.ru