



Материал поступил в редакцию: 20-08-2016

Материал принят к печати: 09-10-2016

УДК 616-089; 617.5

Replacement of the esophagus the stomach with forming invaginated antireflux mechanism at the child with VATER association

Marat Ospanov, Yuri Olkhovik, Dastan Rustemov, Rustem Utebaliev

Corporate Fund «University Medical Center», National Research Center for Maternal and Child Health, Department of Surgery and Transplantation №1, Astana, Kazakhstan

Abstract

The observation is described the successful treatment of the child with VATER association. We made the correction of esophageal atresia with lower trachea-oesophageal fistula, anal atresia with rectourethral fistula. Performed surgical operations: retrosternal esophagoplasty the stomach, gastrooesophageal anastomosis in the neck with an antireflux mechanism, anosphincteroplasty.

Keywords: gastro-oesophageal anastomosis with forming invaginated antireflux mechanism -antireflux operation, VATER association.

J Clin Med Kaz 2016; 3(41):30-33 doi: 10.23950/1812-2892-2016-3-30-33

Автор для корреспонденции: Оспанов М.М., заведующий отделением хирургии и трансплантологии №1 Филиала Корпоративного фонда «University-MedicalCenter» Национальный научный центр материнства и детства. Адрес: Астана, проспект Туран 32. Тел 87017302309, e-mail-osmar.59@mail.ru

VATER АССОЦИАЦИЯСЫ БАР БАЛАДА ИНВАГИНАЦИЯЛЫҚ АНТИРЕФЛЮКСТІК МЕХАНИЗМДІ ҚҰРАСТЫРУМЕН ӨНЕШТІ АСҚАЗАНМЕН АУЫСТЫРУ

Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З. Утебадиев Р.С.

«University Medical Center» Корпоративті қоры, Ұлттық ана мен бала ғылыми зерттеу орталығы, №1 хирургия және трансплантология бөлімі, Астана, Қазақстан

Тұжырымдама

Бақылауда баланың VATER ассоциациясын емінің табысты нәтижесі сипатталған. Балаға кезеңді түрде төменгі кеңірдек-өңештік жыланкөзімен өңештің атрезиясына, үрпі-тікішек жыланкөзімен анустың және тік ішектің атрезиясына түзету жасарылған. Өткізілген операциялар - өңешті асқазанмен ретростерналдік ауыстыру, мойында антирефлюкстік механизммен гастроэзофагеалдік анастомозы, аносфинктеропластикасы.

Маңызды сөздер: инвагинациялық антирефлюкстік механизмді құрастырумен гастроэзофагеалдық анастомозы- VATER ассоциациясы.

СЛУЧАЙ ЗАМЕЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА ЖЕЛУДКОМ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНВАГИНАЦИОННОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО МЕХАНИЗМА У РЕБЕНКА С VATER АССОЦИАЦИЕЙ

Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З. Утебадиев Р.С.

Корпоративный фонд «UniversityMedicalCenter», Национальный научный центр материнства и детства, отделение хирургии и трансплантологии №1, Астана, Казахстан

Резюме

В наблюдении описывается успешный результат лечения ребенка с VATER ассоциацией. Ребенку поэтапно проведена коррекция атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем, атрезии ануса и прямой кишки с ректоуретральным свищем. Выполнены операции – Ретростернальное замещение пищевода желудком, гастроэзофагеальный анастомоз на шее с антирефлюксным механизмом. Аносфинктеропроктопластика

Ключевые слова: гастроэзофагеальный анастомоз с формированием инвагинационного антирефлюксного механизма - VATER ассоциация.

Введение

Хирургия замещения пищевода у детей с VATER ассоциацией считается одним из наиболее сложных разделов детской хирургии и представляет значительный практический интерес. В течение всего периода становления хирургической тактики по замещению пищевода выработалась научная концепция выбора желудка, как наиболее лучшего пластического материала, по сравнению с толстым и тонким кишечником [1,2]. Среди способов и методов проведения трансплантата подавляющее большинство авторов отдают предпочтение ретростеральному способу [3-5]. Проведение трансплантата по заднему средостению при атрезии пищевода технически сложнее, однако показан в ряде случаев. Главным показанием является проведенная или планируемая операция на сердце [3-6]. Формирование гастроэзофагоанастомоза во многом определяет не только непосредственный исход операции, но и качество жизни больного. Анастомоз должен обладать герметичностью, антирефлюксными свойствами, отсутствием склонностью к стенозированию [3-5]. Приводим собственное клиническое наблюдение удачного замещения пищевода желудком.

Описание клинического случая

Ребенок от 2 беременности, 2 оперативных родов в сроки 38 недель. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, многоводия. Единственная артерия пуповины. 18.03.2014 родился мальчик с весом – 2200, рост 48 см. Выставлен диагноз: VATER синдром. МВПР ЖКТ. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. Высокая атрезия ануса, прямой кишки с ректоуретральным свищем. Пренатально порок не диагностирован. 19.03.14. проведена операция: - Заднебоковая торакотомия справа, устранение трахеопищеводного свища; Лапаротомия, гастростомия, двойная сигматомия. Из протокола операции: - Диастаз атрезированных участков пищевода составил 4,0 см. Трахеопищеводный свищ открывался на уровне бифуркации трахеи. Учитывая данное обстоятельство и фоновое состояние, решено прямой эзофагоэзофагоанастомоз на

данном этапе не накладывать. Гастростомия и двойная сигматомия выведены типично без особенностей. Послеоперационный период протекал без осложнений. Родители были обучены частым санациям аборального отдела пищевода электроотсосом и уходу за стомами. С 5 месячного возраста стали отмечаться эпизоды бронхопневнии. После проведенного обследования (бронхоскопия, КТ органов грудной клетки), диагностирована реканализация трахеопищеводного свища. После предоперационной подготовки 23.10.14. проведена операция: Ретроракотомия, устранение реканализированного трахеопищеводного свища. Во время операции диастаз между атрезированными участками остается прежних размеров в связи с чем решено готовить ребенка на операцию по замещению пищевода. Наложена типичная цервикальная эзофагостомия слева.

20.01.16 г. проведена операция: - Ретростеральное замещение пищевода желудком, гастроэзофагеальный анастомоз на шее с формированием антирефлюксного механизма.

Этапы операции:

Верхняя срединная лапаротомия. Признание желудка пригодным для замещения пищевода. Устранение гастростомы. Мобилизация желудка по большой кривизне с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии (рис.1). Мобилизация по малой кривизне с пересечением левой желудочной артерии. Выделение абдоминального отдела пищевода. Трансхиатальное удаление дистального отрезка атрезированного пищевода. Пищеводное отверстие диафрагмы ушито. Пилоромиотомия. Кровоснабжение желудка хорошее. Диафрагма отсепарирована от грудины и сформирован за грудной тоннель. Мобилизована эзофагостомия с частью проксимального отдела пищевода. Трансплантат проведен за грудной на шею. Наложен гастроэзофагеальный анастомоз с формированием инвагинационно-антирефлюксного механизма (рис.2). Назогастральный зонд Нелатон № 10.



Рисунок 1 - Этап операции: Мобилизация желудка по большой кривизне с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии



Рисунок 2 - Этап операции: «Примеривание» длины желудочного трансплантата

В послеоперационном периоде ребенок экстубирован через 12 часов. Парентеральное питание в течение 4 суток. Энтеральную нагрузку через назогастральный зонд начали с введения глюкозосолевой смеси. На 5 сутки осуществили переход на смесь Нутрилон Пепти ТСЦ в течении 10 дней с последующим добавлением кисломолочных продуктов. В течении одного месяца ребенку давали протертую пищу, далее перешли на обычный, соответствующий возрасту стол. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Дисфагии не отмечалось.

Ребенок осмотрен повторно через 6 месяцев. Жалоб нет. Аппетит хороший. Ребенок самостоятельно принимает через рот любую пищу. Прибавил в весе. До операции вес ребенка составлял 6300 г. На момент контрольного осмотра вес ребенка составил 10800 г. На эзофагогастрографии расположение трансплантата ретростернальное, стенозирования гастроэзофагеального анастомоза не обнаружено, нарушение продвижения контраста по ЖКТ не отмечено, гастроэзофагеального рефлюкса нет (рис.3).

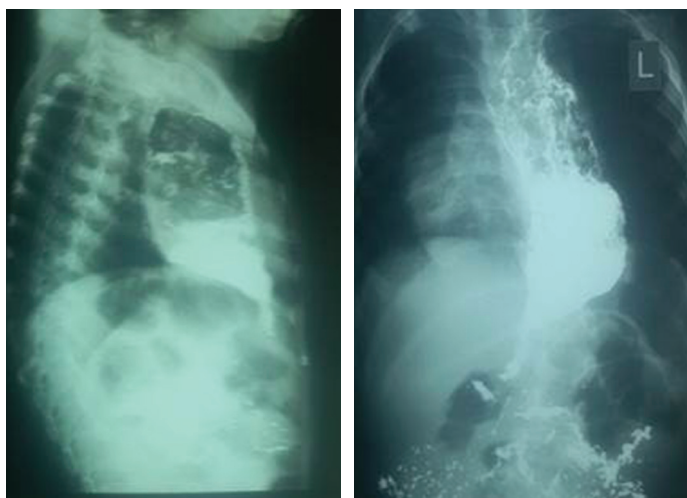


Рисунок 3 - Эзофагография через 6 мес. после гастроэзофагопластики с антирефлюксным механизмом

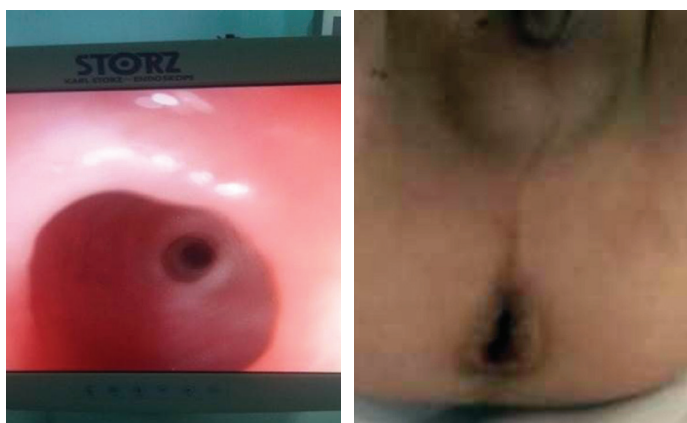


Рисунок 4 - ФЭГДС через 6 мес. после гастроэзофагопластики с антирефлюксным механизмом

Рисунок 5 - Контрольный осмотр через 3 месяца после операции заднесагитальной анопектосфинктеропластики с иссечением ректоуретрального (бульбарный отдел) свища

ФЭГДС Устье аппарата проходимо для аппарата. Место анастомоза на уровне 15см от резцов. Продольные складки извитые, до антрального отдела, нормальных величин. Перистальтика прослеживается по всем стенкам равномерно. Слизистая желудка бледно розовая, блестящая. Просвет двенадцатиперстной кишки свободно проходим. Смыкание привратника полное (рис.4). Стул через сигмостому без задержки.

11.03.16 г. Операция: - Задне сагитальная анопектосфинктеропластика с иссечением ректоуретрального (бульбарный отдел) свища. Послеоперационный период протекал без осложнений (рис.5). 29.05.16. проведена операция: Релапаротомия, адгезиолизис, закрытие сигмостомы. Послеоперационный период без осложнений. Выписан на 7-е сутки после операции. Стул через неоанус 2-3 раза в день, оформленный. Контрольно осмотрен через 3 месяца. Запоров, недержания, каломазания кала не отмечается.

Обсуждение

В представленном наблюдении у ребенка с атрезией пищевода с нижним трахеопищеводным свищом наложить прямой пищеводный анастомоз не представлялось возможным за счет большой диастазы между атрезированными участками пищевода. За 5 мес после операции устранения трахеопищеводного свища расстояние между атрезированными участками пищевода остаётся прежней. Принято решение о замещении пищевода. Выбор пластического материала выпал на желудок, так как ободочная кишка была необходима для коррекции аноректального порока. Использование инвагинационной антирефлюксной гастроэзофагопластики, по нашему мнению, позволит сокращению периода реабилитации, улучшению качества жизни.

Ретростернальный путь проведения трансплантата у данного пациента выбран как оптимальный, прежде всего в связи с отсутствием показаний к кардиохирургической операции.

Выводы

В лечении VATER ассоциации необходимо тщательно спланировать этапы коррекции пороков. При выборе метода оперативного вмешательства для создания искусственного пищевода следует учитывать все возможные предстоящие операции для коррекции пороков, в том числе ВПС. Использование инвагинационной антирефлюксной гастроэзофагопластики позволяет значительно улучшить качество жизни ребенка.

Литература

1. Gupta D.K., Charles A.R. and Srinivas M. Manometric evaluation of the intrathoracic stomach after gastric transposition in children. *Pediatric surgery international*, 2004, No. 20.6, pp.415-418.
2. Spitz L., Kiely E., Pierro A. Gastric transposition in children a 21-year experience, *J. Pediatr. Surg*, 2004, Vol. 39, No 3, pp. 276-281.
3. Pedersen J. C., Klein R. L., Andrews D. A. Gastric tube as the primary procedure for pure esophageal atresia, *J. Pediatr. Surg*, 1996, Vol. 31, No. 9, pp. P. 1233–1235.
4. Gupta, Devendra K., et al. Esophageal replacement in the neonatal period in infants with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Journal of pediatric surgery*, 2007, No.42.9, pp.1471-1477.
5. Hanverdiev R.A., Razumovskij A.Ju. Sravnitel'ny jobzor metodo v plastiki pishhevoda u detej s atreziej pishhevoda, *Detskaja hirurgija*, 2012, No.2, pp.47-50.
6. Shaw-Smith, Charles. Oesophageal atresia, tracheo-oesophageal fistula, and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology. *Journal of medical genetics*, 2006, No.43.7, pp.545-554.