

## **Хірургічна тактика при неспроможності швів у дітей, що оперовані з приводу атрезії стравоходу**

Гриценко Є.М., Гриценко М. І.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дитяча міська клінічна лікарня м. Полтава

**Резюме:** За період з 2008 по 2013 рік в хірургічному відділенні Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава були оперовані 21 новонароджена дитина з атрезією стравоходу. У 6 дітей виникла неспроможність швів езофагоанастомозу. В випадку неспроможності швів операцією вибору було створення гастростоми для декомпресії шлунку та проведення зонда для ентерального харчування дитини. Розроблено власний спосіб гастростомії для створення герметичної гастростоми з надійною фіксацією, яка не зменшувала б об'єм шлунку.

За період з 2008 по 2013 рік в хірургічному відділенні Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтава були оперовані 21 новонароджена дитина з атрезією стравоходу. Під час операції всім дітям виконувався езофагоанастомоз та перев'язка трахео-стравохідної норичі при її наявності. У 6 дітей виникла неспроможність швів езофагоанастомозу. Ознаками неспроможності швів анастомозу були слизові виділення по зонду, що був встановлений в задньому середостінні, ознаки правобічного пневмотораксу. Проба з барвником, що був отриманий по дренажу з заднього середостіння після введення його перорально, підтверджувала діагноз неспроможності швів. В випадку неспроможності швів операцією вибору було створення гастростоми для декомпресії шлунку та проведення зонда для ентерального харчування дитини. Гастростомію поєднували з фудоплікацією за Ніссеном або створенням антирефлюксного захисту круглою зв'язкою печінки з О. В. Метленком. Гастростому створювали за способом Штамма, який може бути використаний у дітей будь-якого віку та ваги. Але негативними сторонами методу є неможливість здійснення візуального контролю повноти гемостазу судин слизової і підслизового шару, а також зменшення розмірів шлунку, що особливо небажано у дітей раннього віку. Через те, що канал норичі виконаний з серозної оболонки шлунку, відбувається повільне закриття, а в ряді випадків і повна відсутність самовільного закриття стоми. Нами розроблено власний спосіб гастростомії (Пат. 69386 U України) для створення герметичної гастростоми з

надійною фіксацією, яка не зменшувала б об'єм шлунку. Спосіб здійснюють наступним чином. Забезпечують доступ шляхом виконання верхне-серединної лапаротомії. Через передню стінку шлунка, відступивши від ребра великої кривизни, прошивають 2 серозно-м'язові трималки, за допомогою яких мобілізовану ділянку підтягують в рану. Між трималками виконують хрестоподібний розтин на передній стінці шлунку до слизової. Трикутні серозно-м'язеві клапті, що утворилися, мобілізують за допомогою анатомічного пінцету. Верхівки клаптів прошивають, нитки беруть на затискачі. Біля основ мобілізованих трикутників на слизово-підслизовий шар накладають кисетний шов. В центрі кисетного шва розсікають слизово-підслизовий шар. В отвір вставляють трубку, на якій затягують кисетний шов, нитку зрізують. Трубку разом з нитками, якими прошиті верхівки серозно-м'язових трикутних клаптів, затискачем Мікуліча проводять через прокол передньої черевної стінки в точці перетину лівій середньо-ключичної і мезогастральної ліній і фіксують цими ж нитками до шкіри. Черевну порожнину пошарово ушивають наглухо. З використанням запропонованого способу було виконано гастростомію у 3 дітей: 1 новонародженого з безнорицевою формою атрезії стравоходу та у 2 дітей з неспроможністю швів після накладання езофагоанастомозу. Ускладнень пов'язаних з використанням способу не було.