

## ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

*\*Аверин В.И., \*\*Нестерук Л.Н., \*\*\*Троян В.В., \*\*Паталета О.А.,  
\*\*Болбас Т.М., \*\*Жинь И.Г*

*\*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
\*\*ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,  
\*\*\*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
Минск, Беларусь  
averinvi@mail.ru*

*В статье представлены причины и результаты лечения 107 детей с врождёнными и приобретёнными заболеваниями пищевода, которым потребовалась эзофагопластика (девочек было – 49, мальчиков – 58). Наиболее часто (n=65, 61%) пластика пищевода выполнялась при атрезии пищевода и послеожоговом рубцовом стенозе пищевода (n=28, 26%). Наиболее частым ранним послеоперационным хирургическим осложнением является несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза. Эзофагопластика полностью восстанавливает питание через рот и социально реабилитирует ребёнка к нормальной жизни.*

***Ключевые слова:** дети; эзофагопластика; атрезия пищевода; послеожоговый рубцовый стеноз пищевода.*

## REASONS AND RESULTS OF ESOPHAGOPLASTY IN CHILDREN

*\*Averin V. I., \*\*Nestsiaruk L. N., \*\*\*Trouan B.B., \*\*Pataleta O.A.,  
\*\*Bolbas T.M., \*\*Zhyn I.G.  
Minsk, Belarus*

*The article presents the reasons and results of treatment of 107 children with congenital and acquired diseases of the esophagus. These children required esophagoplasty (there were 49 girls, 58 boys). Most often the plastic surgery of the esophagus was performed for esophageal atresia (n = 65, 61%) and post-burn cicatricial stenosis of the esophagus (n = 28, 26%). The most common early postoperative surgical complication is the leakage of the cervical anastomosis. Esophagoplasty completely restores nutrition through the mouth and socially rehabilitates the child to a normal life.*

***Key words:** children; esophagoplasty; esophageal atresia; post-burn cicatricial stenosis of the esophagus.*

**Введение.** У детей наиболее часто пластика пищевода выполняется при врожденном пороке развития (ВПР) – атрезии пищевода (АП) и послеожоговом рубцовом стенозе пищевода (ПОРСП) [1–3].

**Цель исследования.** Анализ ближайших и отдалённых результатов эзофагопластики у детей с врождёнными и приобретёнными заболеваниями пищевода.

**Материалы и методы.** В период с апреля 1992 по июнь 2021 гг. в РНПЦ детской хирургии находилось на лечении 107 детей с врождёнными и приобретёнными заболеваниями пищевода, которым потребовалась эзофагопластика (девочек было – 49, мальчиков – 58). Наиболее часто (n=65, 61%) пластика пищевода выполнялась при АП и ПОРСП (n=28, 26%). Другая

патология встретилась у 14 (13%) пациентов. У 5 пациентов выполнена повторная пластика, у 9 – с реваскуляризацией кишечного трансплантата. Всего, вместе с эзофагопластикой, 107 детей перенесли 701 операцию. В качестве пластического материала использовали толстую кишку (n=100), аутосегменты пищевода (n=5), желудок (n=3), илеоколон (n=2), сегмент тощей кишки (n=2). Трансплантат проводили ретростернально у 85 (75,9%), в заднем средостении у 17 (15,2%), внутривисцерально слева – у 5 (4,5%) пациентов. Местная пластика пищевода выполнена 2 (1,7%) раза и шейная сегментарная пластика – 3 раза (2,7%). Анастомоз на шее был сформирован по типу «конец в конец» у 82 пациентов (73,2%), у 26 (23,2%) – «конец в бок», у 1 (0,9%) пациента при эзофагофарингоколопластике – «бок в бок», у 3 (2,7%) – шейный анастомоз не накладывали. Дистальный желудочно-желудочный анастомоз у всех пациентов наложен с антирефлюксным механизмом. Ближайшие и отдалённые результаты оценивались общеклиническими, эндоскопическим и рентгенологическим методами.

**Результаты и обсуждение.** Непосредственно после операции у пациентов возникли различные осложнения, среди которых отмечены ранние хирургические и ранние нехирургические. Среди ранних осложнений частичный или полный некроз трансплантата мы наблюдали у 7 (6,2%), а несостоятельность шейного анастомоза была у 37 (33,0%) пациентов. Рубцовый стеноз верхнего анастомоза развился у 11 (9,8%) детей. Из них у 9 успешно применили консервативное лечение. Двум детям потребовались реконструктивные операции. Кровотечение различных локализаций выявлено у 11 (9,8%) пациентов. Консервативные способы остановки кровотечения применены у 7, оперативные – у 1 ребёнка. Послеоперационная частичная кишечная непроходимость встретилась у 3 (2,7%) пациентов, из них у 1 – ранняя спаечная кишечная непроходимость (лапароскопический адгезиолизис), у 2 – ущемление петли тонкой кишки в окне брыжейки (лапаротомия, устранение непроходимости). Несостоятельность межкишечного анастомоза, перитонит выявлена у 3 детей (2,7%), у 1 ребёнка осложнение диагностировано посмертно на аутопсии, 2 детей лечились оперативно.

Поздние послеоперационные осложнения. Рубцовый стеноз эзофагоколоанастомоза (РСЭКА) разной степени выраженности диагностирован у 34 пациентов (30,4%). Из них 27 детей проходили консервативное лечение: бужирование по проводнику или баллонные дилатации. Лечение эффективно. Пациентам (n=7) с выраженной дисфагией и выраженным (до 5 мм) РСЭКА (у двух детей в сочетании с дивертикулом пищевода) выполнена резекция суженного соустья (у двух вместе с дивертикулом пищевода) и наложение реэзофагоколоанастомоза. Избыточная петля кишечного трансплантата диагностирована у 14 детей (12,5%). Осложнение не потребовало лечебных манипуляций у 8 пациентов, у 6 проведена резекция толстокишечного трансплантата. Фибринозно-эрозивный рефлюкс-эзофагит дистального сегмента собственного пищевода выявлен 7 раз (6,2%). Один пациент оперирован через 14 лет после эзофагопластики (первичный диагноз – АП). Острая поздняя спаечная кишечная

непроходимость возникла 5 раз (4,5%): проведен лапароскопический адгезиолизис. Сужение кологастроанастомоза диагностировано у 3 детей (2,7%) – оперативное вмешательство не потребовалось. Редкое осложнение – рубцовый стеноз трансплантата – выявлено у 1 (0,9%) пациента, которое потребовало удаления толстокишечного трансплантата и в последующем репластики пищевода.

В раннем послеоперационном периоде умерло 6 (5,6%) детей. Основная причина смерти – синдром полиорганной недостаточности.

Отдалённые результаты изучены у 96 детей в сроки от 6 месяцев до 18 лет после завершения пластики. Хороший результат операции отмечен у 75 (78%) пациентов, удовлетворительный у 17 (18%) и неудовлетворительный у 4 (4%) детей.

Пластика завершена с полным клиническим эффектом у 111 пациентов, у одного ребенка пластика пищевода в настоящее время не завершена.

**Выводы.** 1. Наиболее частая причина эзофагопластики (n=65, 61%), атрезия пищевода и послеожоговые стриктуры (n=28, 26%).

2. Наиболее частым ранним послеоперационным хирургическим осложнением является несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза.

3. Эзофагопластика полностью восстанавливает питание через рот и социально реабилитирует ребёнка к нормальной жизни.

### **Список литературы**

1. Джафаров, Ч.М. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога / Ч.М. Джафаров, Э.Ч. Джафаров // Вестн. хир. – 2007. – № 5. – С. 36-38.
2. Исаков, Ю.Ф. Искусственный пищевод у детей / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ю. Разумовский и др. // Хирургия. – 2003. – № 7. – С.6-16.
3. Long-term functional results of transhiatal oesophagectomy and colonic interposition for caustic oesophageal stricture. / Bassiouny I.E. [et al.] // Eur. J. Pediatr. Surg. – 2002. – Vol. 12, № 4. – P. 243-247.