

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ У ДЕТЕЙ

Шмыкова А.О.

Научный руководитель: проф. А.Б. Алхасов

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: *дети; пластика пищевода толстой
кишкой; атрезия пищевода; химический ожог пищевода;
стеноз эзофагоколоанастомоза; хроническая
облитерация трансплантата*

Актуальность. В последние годы значительно возросла доля больных, которые требуют выполнения реконструктивно-пластических вмешательств на пищеводе. Самыми частыми показаниями к проведению пластики пищевода является атрезия пищевода с диастазом, не позволяющим наложить прямой анастомоз, рубцовые послеожоговые стенозы и пептические стенозы пищевода, резистентные к бужированию. В последнее десятилетие улучшение качества жизни детей после выполнения пластики пищевода стало основной целью реконструктивной хирургии пищевода. **Цель:** улучшение результатов пластики пищевода толстой кишкой (ТК) у детей.

Материалы и методы. В 2019–2024 гг. в хирургическом торакальном отделении было выполнено 130 операций пластики пищевода ТК. 61 больному операция выполнена по поводу атрезии пищевода, 63 детям — по поводу рубцового стеноза пищевода, 5 больным — в связи с развитием рецидивирующего пептического стеноза, 1 ребёнку после удаления воспалительной миофибробластической опухоли с экстирпацией пищевода. Возраст больных — от 8 мес до 17 лет 6 мес. Масса тела больных — 8–68 кг.

Результаты. Оптимальным способом воссоздания пищевода при невозможности сохранения собственного пищевода является пластика пищевода ТК. Во всех случаях удалось восстановить целостность желудочно-кишечного тракта и обеспечить адекватное энтеральное кормление через рот возрастным объёмом без соблюдения диеты. В ближайшем послеоперационном периоде шейный свищ сформировался у 40 (32%) детей, у всех детей свищ самостоятельно закрылся в течение 1-го месяца после операции. Стеноз эзофагоколоанастомоза сформировался у 15 (11,5%) больных. У 13 больных стеноз был устранён методом бужирования или баллонной дилатации (от 1 до 4 процедур) в течение года после операции, а у 2 больных была выполнена реконструкция эзофагоколоанастомоза с положительным исходом. У 3 (2,7%) детей в отсроченном периоде возникла хроническая рубцовая облитерация трансплантата вследствие хронической ишемии сегмента кишки, что потребовало повторного оперативного лечения. При этом 1 ребёнку была выполнена пластика пищевода желудком, двоим — повторная колоэзофагопластика из правых отделов ТК.

Выводы. Пластика пищевода ТК у детей является оптимальным способом создания искусственного пищевода. Она позволяет осуществлять естественное кормление и добиваться полной социальной адаптации больного.

* * *