

Нестерук Л.Н., Аверин В.И., Гриневич Ю.М., Подгайский В. Н., Рылюк А. Ф.

БГМУ, БелМАПО, УЗ «1-я городская клиническая больница», ДХЦ, г. Минск, Республика Беларусь

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ КИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА У ДЕТЕЙ В НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ, НАШ ОПЫТ

Актуальность. У детей наиболее часто пластика пищевода требуется при врождённом пороке развития – атрезии пищевода (у 20–35% детей наложить прямой пищеводный анастомоз невозможно) и рубцовом послеожоговом стенозе пищевода (у 30% пациентов современные методы консервативного лечения неэффективны или невозможны). Тем не менее, несмотря на достигнутые успехи в создании искусственного пищевода до настоящего времени остаётся достаточно высоким уровень наиболее опасных ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также уровень летальности. Эти осложнения носят ишемический характер, что связано с недостаточным кровоснабжением трансплантата. Единственным способом, на наш взгляд, который поможет решить эту проблему, является реваскуляризация ауто трансплантата за счёт ближайших сосудов на шее или в грудной клетке по месту его нового расположения.

Цель. Изучить первый опыт реваскуляризации трансплантата при пластике пищевода у детей в нестандартных ситуациях.

Материал и Методы. С сентября 2010 г. в ДХЦ совместно с микрососудистыми хирургами МОКБ оперировано 6 детей с врождёнными и приобретёнными заболеваниями пищевода. Методика дополнительной васкуляризации трансплантата применена у 4 детей в следующих клинических ситуациях: а) нарушение кровообращения в трансплантате после традиционной мобилизации на сосудистой ножке; б) выполнение одномоментной эзофагоколопластики у пациентов с сопутствующей врожденной аноректальной патологией и гипотрофией III степени при дефиците толстой кишки; в) повторная пластика пищевода. Свободная ауто трансплантация сегмента кишки с реваскуляризацией выполнена 2 детям в следующих клинических ситуациях: а) замещение шейного сегментарного дефекта пищевода после электрохимического ожога пищевода; б) создание кишечной вставки в связи с недостаточной длиной за грудиной расположенного толстокишечного трансплантата. При сегментарной пластике использованы микрохирургические межсосудистые артериальные анастомозы «конец в конец» и венозные анастомозы «конец в бок». Кровообращение восстанавливалось сразу и в дальнейшем оценивалось по состоянию кишки,

