

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СУБТОТАЛЬНОЙ И ТОТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Багиров М. М.¹,
Верещако Р. И.^{2,3}

¹ НМАПО им. П. Л. Шупика,

² НМУ им. А. А. Богомольца,

³ КГКБ № 17.

Введение

Успехи и неудачи в лечении рубцовых стенозов пищевода, развившихся в результате химического ожога, рефлюкс-эзофагита, оперативных вмешательств, эндоскопических повреждений, нашли отражение в многочисленных работах, как отечественных, так и зарубежных авторов [1, 2, 6, 9, 12].

Выбор метода эзофагопластики зависит от многих условий: степени, локализации и протяженности стриктуры; наличия осложнений (пищеводные свищи); сопутствующих ожоговых поражений глотки и желудка; предыдущих операций (гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка, попытки эзофагопластики); возраста и общего состояния больного.

В настоящее время более 80 % операций при рубцовой стриктуре пищевода составляют субтотальная и тотальная эзофагопластика [3, 11, 12].

При субтотальной пластике анастомоз трансплантата на шее выполняют со здоровым сегментом пищевода, при тотальной — с глоткой или в комбинации: глотка, неизменная часть пищевода, трансплантат (рис 1).

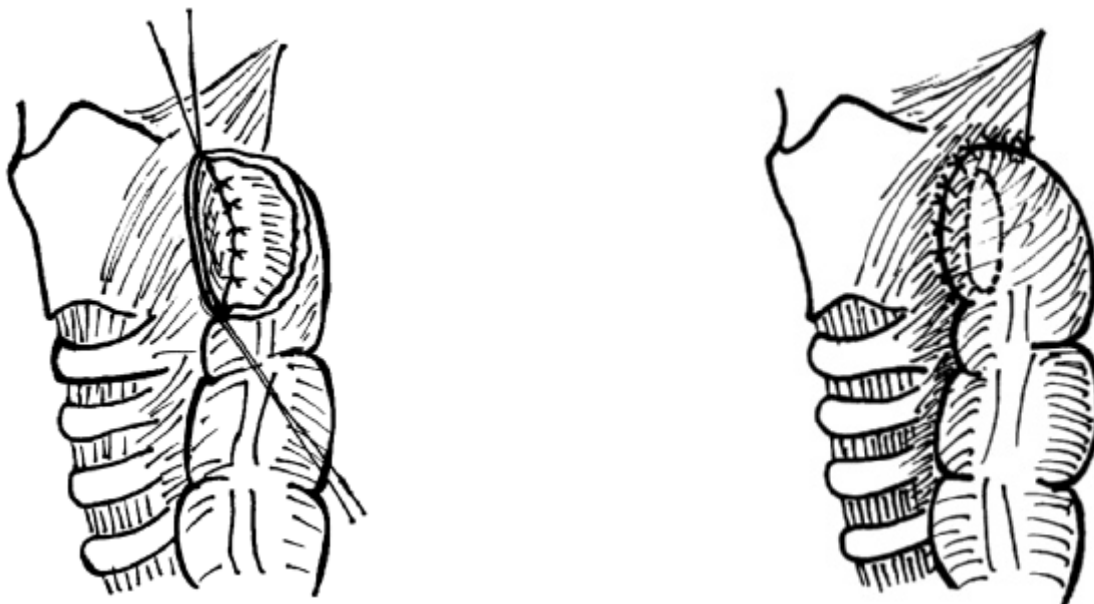


Рис 1. Схема выполнения анастомоза толстокишечного трансплантата с глоткой при тотальной эзофагопластике.

Показаниями для такого объема операций являются протяженные и тотальные стриктуры пищевода (при безуспешном консервативном лечении), облитерация шейного и верхнегрудного отделов пищевода.

Наиболее физиологичны из анастомозов, выполняемых на шее, варианты «конец в конец» и «конец в бок» (рис 2).

Предпочтителен вариант «конец в конец», но при этом необходимо сохранение проходимости заглушенного дистального стенозированного сегмента пищевода для его опорожнения. В. Ф. Саенко и соавт. [7] предпочитают анастомоз «бок в бок», т. к. меньше вероятность последующей стриктуры благодаря широкому соустью.

Неизмененный пищевод ниже анастомоза, как правило, создает проблему «слепого мешка». По данным М. А. Сапожниковой [8] наибольшую опасность последующей малигнизации представляет слизистая «слепого мешка».



Рис. 2. Схематическое изображение соединения толстокишечного трансплантата с шейным отделом пищевода по типу «конец в конец» и «конец в бок».

Наиболее актуальной в отдаленном периоде остается проблема стенозирования соустьев трансплантата (как желудочного, так и кишечного).

Материалы и методы исследования

В группе больных (82), перенесших субтотальную и тотальную эзофагопластику, поздние осложнения развились у 15 (18,3 %) пациентов. В таблице 1 показаны заболевания, с которыми нам пришлось столкнуться в отдаленном послеоперационном периоде, и для устранения которых потребовались повторные хирургические вмешательства.

У 15 пациентов в отдаленном периоде развилось 16 осложнений. Наиболее частыми были рубцовые стриктуры верхнего (глоточно-кишечного, пищеводно-кишечного) анастомоза, они отмечены у 7 больных.

Таблица 1

Поздние осложнения тотальной (20) и субтотальной (62) эзофагопластик

Характер осложнения	субтотальная эзофагопластика	тотальная эзофагопластика	Всего
Стеноз глоточно-кишечного анастомоза	-	4	4
Стеноз пищеводно-кишечного анастомоза	3	-	3
Стеноз кишечно-желудочного анастомоза	2	-	2
Сдавление анастомоза рукояткой грудины	2	-	2
«Слепой мешок» естественного пищевода	2	-	2
«Избыточная петля» трансплантата	1	-	1
Пищеводно-кожный свищ на шее	1	-	1
Прогрессирование онкологического процесса	1	-	1
ВСЕГО...	12	4	16

Необходимо отметить, что рубцовый стеноз глоточно-кишечного соустья развивался чаще (20 %), чем стеноз пищеводно-кишечного анастомоза (4,8 %). При этом в раннем послеоперационном периоде несостоятельности глоточно-кишечного анастомоза у этих больных не было. Важным моментом считаем, что из 4 стенозов глоточно-кишечных соустий в 3 случаях соединение кишки было с ротоглоткой и в 1 — с гортаноглоткой. Из 3 больных с рубцовым стенозом пищеводно-кишечного анастомоза у 2 была несостоятельность этого соустья в раннем послеоперационном периоде.

При анализе нашего материала мы пришли в основном к тем же выводам, что и Б. В. Петровский и соавт. [5]. Мы считаем, что к стриктурам анастомозов приводит травматизм тканей в процессе мобилизации, нарушение кровоснабжения анастомозируемых участков пищевода и кишки, применение не рассасывающегося шовного материала, плохое сопоставление краев раны с соприкосновением разнородных слоев стенки пищевода и кишки. Использование дополнительных швов с захватом больших количеств тканей, которые накладывают для герметизации анастомоза. Эти швы не только значительно утолщают стенку, но и суживают просвет анастомоза. Воспалительный процесс, который поддерживается грубым шовным материалом, приводит к образованию избыточной грануляционной ткани, формированию микроабсцессов и в последующем к грубому рубцеванию с формированием стриктуры. Роль рефлюкс-эзофагита при изоперистальтической толстокишечной эзофагопластике незначительна в сравнении с описанными выше факторами. При опросе больных с поздними стенозами анастомозов на шее они если и отмечали изжогу после приема пищи, то она не носила постоянный характер. Это осложнение, по нашим наблюдениям, более характерно и постоянно после пластики пищевода желудком.

Необходимо отметить, что больные с поздними рубцовыми стенозами глоточно-кишечных и пищеводно-кишечных анастомозов были оперированы до 1992г. В этот период мы не имели возможности использовать качественный рассасывающийся материал, что сыграло существенную роль в более худшем заживлении соустий на шее, т. к. эти анастомозы особенно чувствительны к применяемому шовному материалу. После 1992г. рубцовых стенозов анастомозов кишки с пищеводом (глоткой) и желудком требующих хирургической коррекции мы не наблюдали. Этот прогресс связываем с завершением отработки техники выполнения этих соустий и использованием в качестве основного шовного материала викрила 3/0, 4/0.

Основное показание к операции — нарушение возможности полноценно питаться с учетом неэффективности консервативных методов лечения, в том числе бужирования. Стриктуры пищеводно-кишечного (глоточно-кишечного) анастомоза, которые проявлялись выраженной дисфагией и затруднениями в прохождении жидкой пищи в первые 1–2 мес после операции, как правило, не эффективно лечились и больные нуждались в повторной операции. Пациентам со стенозом глоточно-кишечного соустья (4) операции были выполнены в сроки от 5 до 15 мес после эзофагопластики. При стриктурах пищеводно-кишечного соустья (3) повторные вмешательства производились через 4–18 мес после субтотальной эзофагопластики.

Основной операцией было иссечение суженного участка и создание реанастомоза после частичной и шадящей мобилизации части кишечного трансплантата (рис. 3.)

При стриктурах глоточно-кишечного анастомоза (4) в 1 случае наложен реанастомоз «конец трансплантата в бок глотки» и в 3 — глоточно-кишечный реанастомоз в $\frac{3}{4}$. При стриктурах пищеводно-кишечного соустья (3) в 2 случаях наложен глоточно-пищеводно-кишечный реанастомоз в $\frac{3}{4}$ и в 1 — пищеводно-кишечный реанастомоз на $\frac{1}{2}$ окружности.

Анастомозы в $\frac{3}{4}$ и на $\frac{1}{2}$ окружности выполнялись после предварительной мобилизации зоны стеноза и прилежащих к ней неизменных стенок кишки и пищевода (глотки). После этого выполнялось продольное рассечение стенозированного участка с продолжением разреза на неизменные стенки анастомозируемых органов. Иссекались рубцовые ткани и однорядным швом выполнялся реанастомоз на

толстом зонде. Таким образом, для возможности выполнения такой реконструкции необходимым условием является проходимость стенозированный участка. При рубцовой облитерации анастомоза возможна только резекция этого сегмента и наложение полного циркулярного анастомоза между здоровыми тканями пищевода (глотки) и кишки.

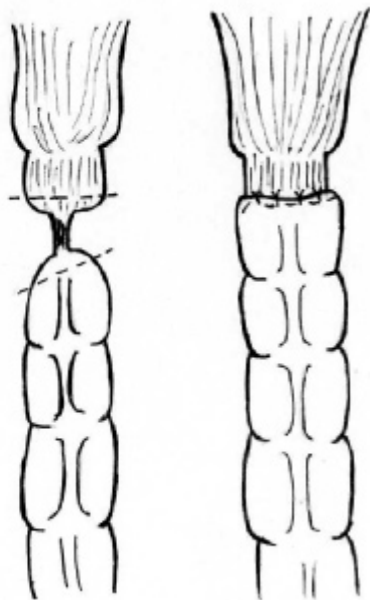


Рис. 4. Эзофагограмма больного М., 28 лет, через 4 мес после за грудинной толстокишечной эзофагопластики. Стеноз пищеводно-кишечного анастомоза.

Клинический пример. Больной М., 28 лет, поступил в клинику 14.10.87г. с дисфагией IV степени. 30.06.87г. у нас была выполнена одномоментная за грудинная, изоперистальгическая, толстокишечная пластика пищевода с формированием анастомоза на шее «конец кишки в конец пищевода». Резкое ухудшение проходимости вновь созданного пищевода наступило 14.10.87г. Выполнена эзофагография (рис. 4), выявлено резкое сужение анастомоза до 0,3 см. Контраст постепенно переливается в трансплантат.

При эндоскопическом исследовании обнаружен выраженный стеноз в области глоточно-пищеводного перехода диаметром 0,3 см. Сужение рубцового характера. 29.10.87г. выполнена рецервикотомия слева. Мобилизация орального конца толстой кишки и шейного отдела пищевода до глотки. Продольно рассечены кишка, пищевод и частично глотка. Иссечены рубцы и наложен анастомоз кишки с пищеводом и глоткой в $\frac{3}{4}$ окружности. Задне-левая стенка сформирована однорядным швом, передняя — двухрядным. В формировании анастомоза использовались только здоровые ткани. Контрольная эзофагография 17.11.87г. — густая бариевая взвесь свободно проходит через реанастомоз, ширина которого 2 см (рис. 5.).

У 2 пациентов после субтотальной эзофагопластики мы наблюдали нарушение функции вновь созданного пищевода из-за давления на пищеводно-кишечный анастомоз и ниже рукоятки грудины. В одном случае была выполнена за грудинная толстокишечная пластика пищевода, после которой сразу отмечалось нарушение проходимости пищеводно-кишечного анастомоза из-за давления рукоятки грудины. Функция вновь созданного пищевода в течение 4 мес не наладилась и была выполнена рецервикотомия, рестернотомия, устранение выра-



Рис. 4. Эзофагограмма больного М., 28 лет, через 4 мес после за грудинной толстокишечной эзофагопластики. Стеноз пищеводно-кишечного анастомоза.



Рис. 5. Эзофагограмма больного М., 28 лет, после выполнения глоточно-пищеводно-кишечного реанастомоза. Функция анастомоза хорошая.

женного спаечного процесса за рукояткой грудины. При ревизии пищеводно-кишечный анастомоз широкий, хорошо проходим. Послеоперационный период без осложнений, больная в удовлетворительном состоянии была выписана. В дальнейшем наблюдалась в течение 10 лет, функция вновь созданного анастомоза удовлетворительная.

Второй пациент перенес субтотальную, загрудинную, толстокишечную эзофагопластику, которая осложнилась ранним стенозом пищеводно-кишечного анастомоза в связи с чем была выполнена рецервикотомия, пищеводно-кишечный реанастомоз в $\frac{3}{4}$ окружности. В послеоперационном периоде развился пищеводно-кожный свищ на шее и возникло нарушение проходимости анастомоза обусловленное рубцовым процессом и давлением рукояткой грудины. Была выполнена рецервикотомия, полная стернотомия с резекцией рукоятки грудины. Мобилизация трансплантата, рассечение передней полуокружности пищеводно-кишечного соустья с продлением разреза на глотку. После иссечения рубцовых тканей и свищевого хода наложен глоточно-пищеводно-кишечный анастомоз в $\frac{3}{4}$ окружности. Послеоперационный период без осложнений. Функция искусственного пищевода удовлетворительная.

Основная причина описанных осложнений узкий загрудинный канал, особенно на уровне рукоятки грудины, а также избыток трансплантата на шее, над грудиной, что усугубляет эффект сдавления рукояткой грудины. Профилактика данного осложнения состоит в том, чтобы: 1 – делать загрудинный канал достаточно широким на всех уровнях, особенно позади рукоятки грудины, т. к. в этой зоне крепятся *m. sternohyoideus* et *m. sternothyroideus*. При недостаточном пересечении их волокон (или только разведении) трансплантат во время операции проводится легко, а в послеоперационном периоде при восстановлении тонуса этих мышц может развиваться передавливание трансплантата; 2 – накладывать анастомоз на шее так, чтобы не оставалось избытка трансплантата, нависающего над рукояткой грудины; 3 – исключить образование гематом в области орального конца трансплантата.

Особое место занимает осложнение, связанное с образованием «слепого мешка» в естественном пищеводе после выполнения шунтирующей толстокишечной эзофагопластики с наложением пищеводно-кишечного анастомоза значительно выше уровня облитерации пищевода. Следует отметить, что не всегда больные с этим осложнением предъявляют жалобы на дисфагию, регургитацию, боли. При небольшом «слепом мешке», который мы наблюдали у 3 пациентов, при эзофагографии контрастная масса легко перетекает из естественного в искусственный пищевод не вызывая дискомфорта. Эндоскопический контроль не выявил у них явлений эзофагита в «слепом мешке». Важным моментом для такого благополучного варианта было достаточно широкое соустье пищевода и трансплантата. Какого-либо лечения эти больные не требовали, и многолетнее наблюдение не выявило прогрессирования осложнения. У одного же больного пришлось выполнить хирургическое вмешательство. Ему была выполнена загрудинная толстокишечная шунтирующая эзофагопластика. В послеоперационном периоде при питании *per os* отмечалось срыгивание съеденной пищей. При повторном поступлении на эзофагограмме контраст поступает в естественный и искусственный пищевод, ширина анастомоза достаточная (рис. 6.).

Выполнена ФЭС – сохранен естественный пищевод с рубцовой облитерацией на уровне 20 см от резцов, с явлениями эзофагита. Сразу за глоточно-пищеводным переходом, на левой боковой стенке пищевода расположено пищеводно-кишечное соустье, просвет анастомоза 2 см.

Больной предъявлял жалобы на затруднение глотания пищи, регургитацию. Эти явления были связаны с переполнением «слепого мешка» естественного пищевода и давлением его на искусственный. Это послужило показанием для повторной цервикотомии по Разумовскому справа (чтобы не травмировать лежащий слева от трахеи трансплантат), провели толстый зонд в «слепой мешок»,



Рис. 6. Эзофагограмма больного С., 49 лет, через 1 год и 8 мес после загрудинной толстокишечной шунтирующей эзофагопластики. «Слепой мешок» естественного пищевода.

что облегчило его мобилизацию. Следующим этапом прошли и пересекли пищевод на уровне облитерации, что дало возможность вывести «слепой мешок» в рану. Дальнейшие хирургические действия были аналогичны операции по поводу Ценкеровского дивертикула. Ниже пищеводно-кишечного анастомоза на слизистую «слепого мешка» был наложен механический шов, мешок отсечен и наложен второй ряд отдельных узловых швов поверх шва слизистой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной наблюдается 17 лет, функция анастомоза на шее и всего трансплантата хорошая.

Для предотвращения возникновения «слепого мешка» мы используем два подхода:

1 – внутригрудная шунтирующая или резекционная эзофагопластика с анастомозом трансплантата и пищевода над уровнем облитерации;

2 – при облитерации пищевода на уровне Th II-III, когда внутригрудная эзофагопластика невозможна, выполняем субтотальную загрудинную, толстокишечную эзофагопластику в сочетании с продольно-поперечной стернотомией, позволяющей резецировать избыток пищевода над уровнем облитерации и наложить анастомоз пищевода и трансплантата «конец в конец» (патент Украины № 61843А) [4] (рис 7).

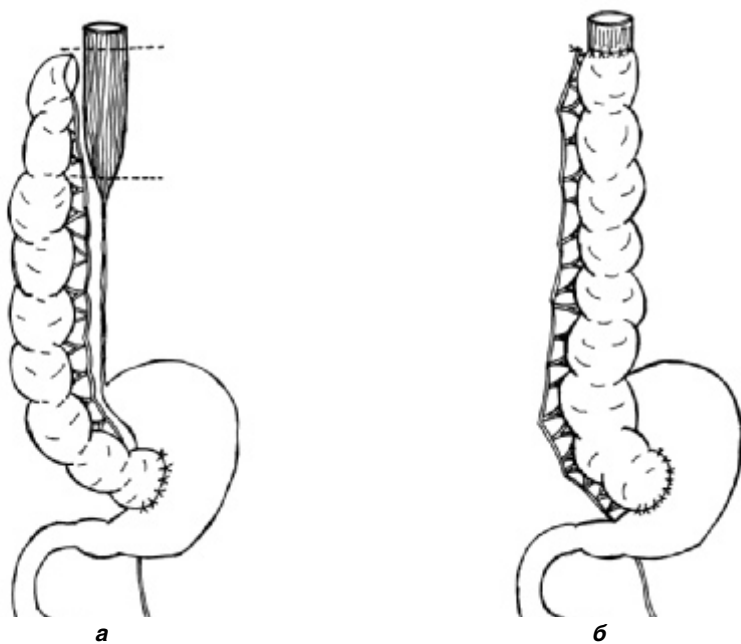


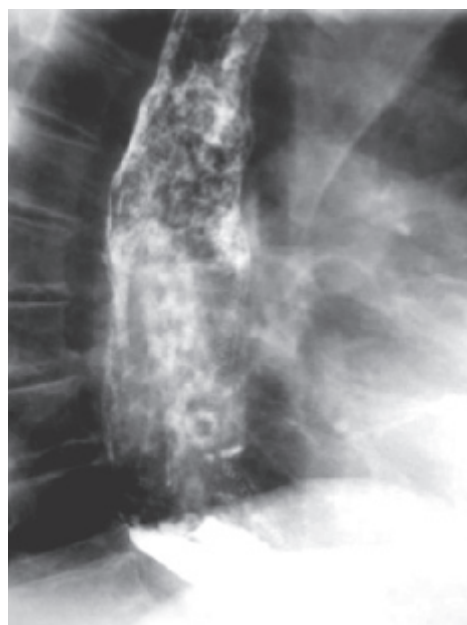
Рис. 7. а – схема отсечения избытка здорового пищевода; б – анастомоз трансплантата и оставшегося пищевода «конец в конец».

У двух пациентов в отдаленном периоде (через 4 мес и 6 мес после эзофагопластики) мы наблюдали рубцовый стеноз кишечно-желудочного анастомоза. В обоих случаях выполнена повторная лапаротомия с кишечно-желудочным реанастомозом. После этих операций функция искусственного пищевода (эзофагопластики выполнялись в 1981 и 1986гг.) у обоих больных была хорошая весь период наблюдения. Еще раз отметим, что все стенозы (кишечно-глоточные, кишечно-пищеводные и кишечно-желудочные), потребовавшие хирургической коррекции развились в 80-е годы и начале 90-х годов, когда мы пользовались довольно грубым (по современным меркам), не рассасывающимся материалом.

У двух пациентов была выполнена субтотальная загрудинная (1) и задне-медиастинальная (1) гастрэзофагопластика с экстирпацией малигнизированного рубцово-суженного пищевода. Результаты таковы: в одном наблюдении, через 18 мес после операции, наступило прогрессирование онкологического



а



б

Рис. 8 а – эзофагограмма до операции – малигнизированный рубцовый стеноз пищевода с супра-стенотическим расширением; б – послеоперационная эзофагограмма – контрастирована желудочная трубка в заднем средостении.

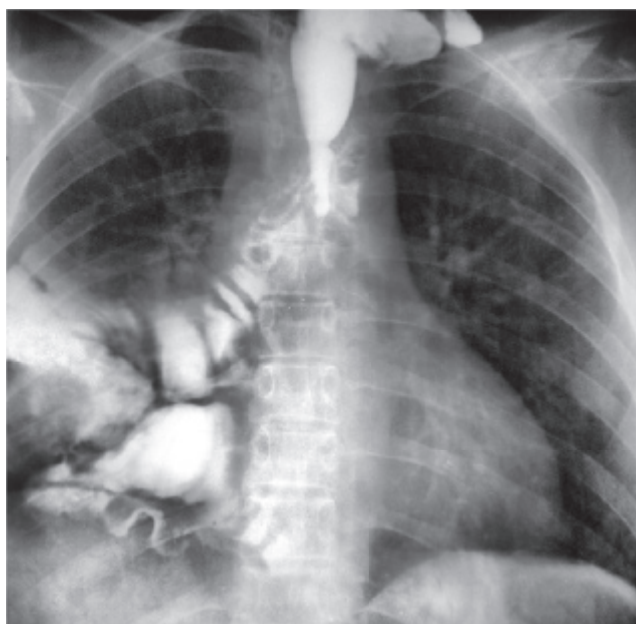


Рис. 9 Эзофагограмма, стрелками указаны «слепой мешок» естественного пищевода и «избыточная петля» толстокишечного трансплантата.



Рис. 10 Стернотомия, видна «избыточная петля» трансплантата уходящая в правую плевральную полость.

процесса с наличием отдаленных метастазов; второй пациент наблюдается уже 10 лет, рецидива заболевания нет, искусственный пищевод из желудочной трубки функционирует хорошо (рис 8).

Интерес представляет наблюдение сочетания двух поздних осложнений: «слепой мешок» естественного пищевода и «избыточная петля» толстокишечного трансплантата. Клинический пример. Больная А., 39 лет. Ожог пищевода кислотой в 1993г. Загрудинная толстокишечная эзофагопластика в 1994г. С 2003г. появились явления дисфагии, которые нарастали. Попытка резекции



Рис. 11 Резекция «избыточной петли» трансплантата.



Рис. 12 Завершенный вид толстокишечного трансплантата после резекции «избыточной петли».

«избыточной петли» трансплантата через лапаротомный доступ не увенчалась успехом. Поступила с выраженной дисфункцией трансплантата (длительная задержка пищи), дисфагия 2-3 степени (рис 9).

14.11.2012г. выполнена операция: цервикостернолапаротомия, пересечение естественного пищевода ниже пищеводно-кишечного анастомоза с резекцией «слепого мешка» естественного пищевода, резекция «избыточной петли» трансплантата с анастомозом «конец в конец» (рис 10, 11, 12).

Послеоперационный период протекал без осложнений, восстановлено полноценное питание per os (рис. 13).

Результаты и их обсуждение

После реконструкции анастомозов все пациенты наблюдались в течение двух лет с рентгенологическим и эндоскопическим контролем. Просвет реанастомозов сохранялся удовлетворительный, минимальный был – 1 см. Явлений анастомозита не наблюдалось. По прошествии 6 мес после формирования реанастомоза, при его удовлетворительной функции, мы удаляли гастростомический катетер и желудочный свищ закрывался самостоятельно.

Из 82 пациентов перенесших тотальную толстокишечную (20), субтотальную толстокишечную (60) и субтотальную желудочную (2) эзофагопластики в отдаленном периоде прослежены 81. Один пациент умер в раннем послеоперационном периоде. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 67 (82 %), неудовлетворительные – у 15 (18 %).

К группе больных с неудовлетворительными результатами мы отнесли 15 пациентов с отдаленными осложнениями, перечисленными в таблице 1. Один пациент умер от прогрессирования онкологического процесса, а остальным 14 мы выполнили повторные хирургические вмешательства, которые позволили восстановить удовлетворительную функцию искусственного пищевода, что подтвердилось многолетним наблюдением после этого лечения.



Рис. 13 Послеоперационная эзофагограмма: отсутствуют «слепой мешок» и «избыточна петля».

Выводы

Таким образом, все пациенты, перенесшие субтотальную и тотальную пластику пищевода имели возможность полноценного питания *per os* и восстановили трудовую активность. Прогрессирование онкологического процесса у 1 пациента не было связано непосредственно с эзофагопластикой, поэтому в конечном итоге его не корректно оценивать, как неудовлетворительный функциональный отдаленный результат реконструкции пищевода

Предложенные методы устранения таких поздних осложнений, как: стеноз анастомоза, «слепой мешок» естественного пищевода, «избыточная петля» трансплантата, сдавление трансплантата рукояткой грудины оказались эффективными во всех случаях и позволили восстановить функцию искусственного пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилова О. М., Багиров М. М. (1983) Лечение рубцовых стенозов пищевода. В кн.: Хирургия пищевода. Москва, Медицина, 47-48.
2. Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А. (1971) Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода. Москва, Медицина, 260 с.
3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Разумовский А. Ю., Батаев С. — Х. М., Романов А. В., Кулешов Б. В., Беляева И. Д. (2003) Искусственный пищевод у детей. Хирургия, 7: 6-16.
4. Патент 61843А Україна, МПК 7 А61В17/00. Спосіб субтотальної товстокишкової езофагопластики / М. М. Багіров, Р.І Верещако (Україна). Заявлено 18.07.2003; опубл. 17.11.2003, бюл. № 11. 3 с.
5. Петровский Б. В., Ванцян Э. Н., Черноусов А. Ф. (1985) Современное состояние хирургии пищевода. Хирургия, 5: 10-14.
6. Ратнер Г. Л., Белоконев В. И. (1982) Ожоги пищевода и их последствия. Москва, Медицина, 160 с.
7. Саенко В. Ф., Андреещев С. А., Кондратенко П. Н., Мясоедов С. Д. (2002) Восстановительные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода. Клінічна хірургія, 5-6: 4.
8. Сапожникова М. А. (1971) Рубцовые сужения пищевода и их последствия. Архив патологии, 10: 14-21.
9. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Шалимов С. А. (1975) Хирургия пищевода. Москва, Медицина, 367с.
10. Gossot D., Azoulay D., Piriou P., Sarfati E., Celerier M. (1990) Remplacement de l'oesophage par le colon. Mortalite et morbidite. A propos de 105 cas. Gastroenterol. Clin. Biol., 14(12): 977-981.
11. Pesko P., Knezevic J., Randelovic T., Kotarac M. (1994) Prednosti I nedostaci ezofagogastroplastike u rekonstrukciji malignih i benignih stenoza jednjaka. Acta Chir. Jugosl., 41(2): 229-231.
12. Shi G., Cai D., Zhou B. (1995) Surgical treatment of benign stenosis of the esophagus. Chung Hua Wai Ko Tsa Chin., 33(2): P. 78-79.

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СУБТОТАЛЬНОЙ И ТОТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Багиров М. М.¹, Верещако Р. И.^{2,3}

¹ НМАПО им. П. Л. Шупика, ² НМУ им. А. А. Богомольца, ³ КГКБ № 17.

Представлен опыт реконструктивных вмешательств при развитии поздних осложнений после выполнения субтотальной и тотальной эзофагопластики по поводу рубцового стеноза пищевода. Изложены варианты восстановления функ-

ции искусственного пищевода при стенозировании анастомозов трансплантата, его сдавлении рукояткой грудины, устранение и профилактика «слепого мешка» естественного пищевода, устранение «избыточной петли» трансплантата.

Цель выполненных операций: восстановить функцию искусственного пищевода.

Ключевые слова: субтотальная и тотальная эзофагопластика, пищевод, стеноз анастомоза.

ПІЗНІ УСКЛАДНЕННЯ СУБТОТАЛЬНОЇ І ТОТАЛЬНОЇ ЄЗОФАГОПЛАСТИКИ І МЕТОДИ ЇХ УСУНЕННЯ

М.М. Багиров, Р.І. Верещако

Викладен досвід лікування пізніх ускладнень після виконання субтотальної і тотальної езофагопластики при рубцевому стенозі стравоходу. Викладені варіанти хірургічної корекції при стенозуванні анастомозів трансплантата, його здавленні рукояткою грудини, а також усуненні і профілактиці «сліпого мішка» природного стравоходу.

Мета виконаних операцій: відновити функцію штучного стравоходу.

Ключові слова: субтотальна і тотальна езофагопластика, стравохід, стеноз анастомозу.

РЕЗЮМЕ

LATE COMPLICATIONS OF SUBTOTAL AND TOTAL ESOPHAGOPLASTY AND METHODS OF THEIR REMOVAL

M.M. Bagirov, R.I. Vereshchako

Experience of treatment of late complications is represented after implementation of subtotal and total esophagoplasty at cicatricial stenosis of esophagus. The variants of surgical correction are expounded at stenosis of anastomosis of transplant, his prelum by the handle of breastbone, and also removal and prophylaxis of «blind sack» of natural esophagus.

Purpose of the executed operations: to recover of function of artificial esophagus.

Keywords: subtotal and total esophagoplasty, esophagus, stenosis of anastomosis.

SUMMARY