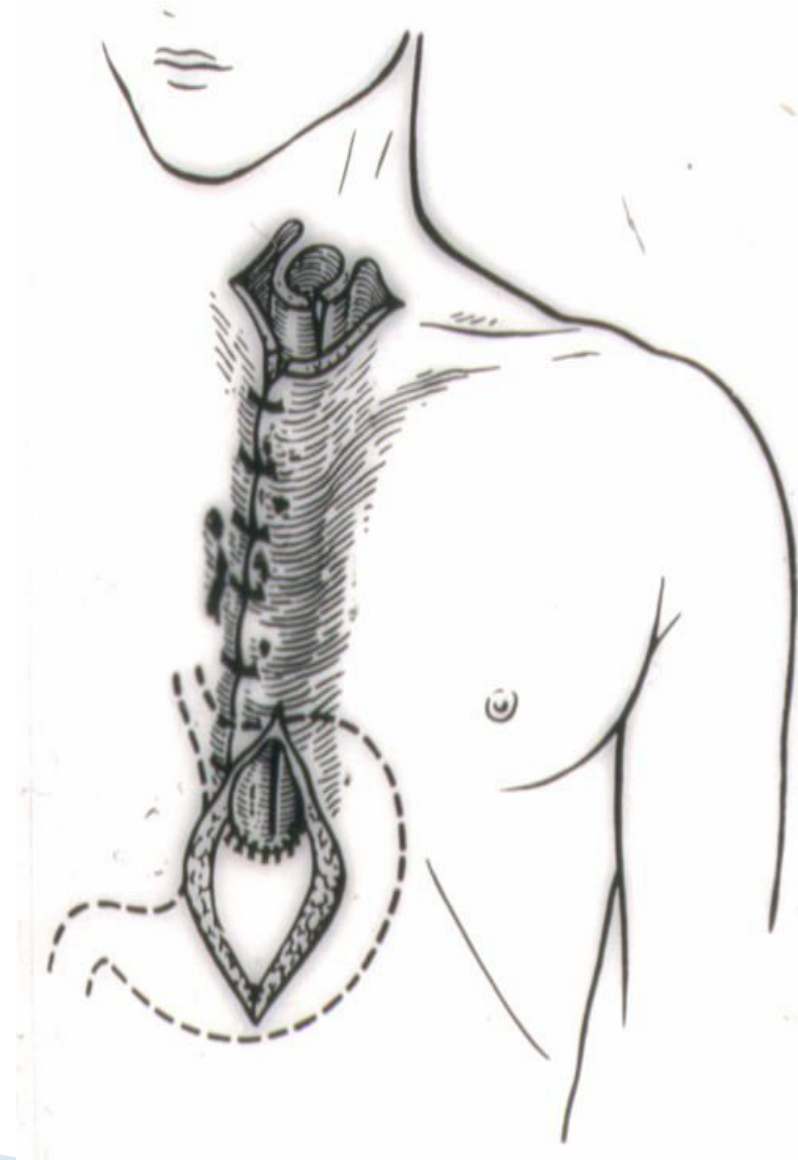


# Эзофагопластика



# Эзофагопластика

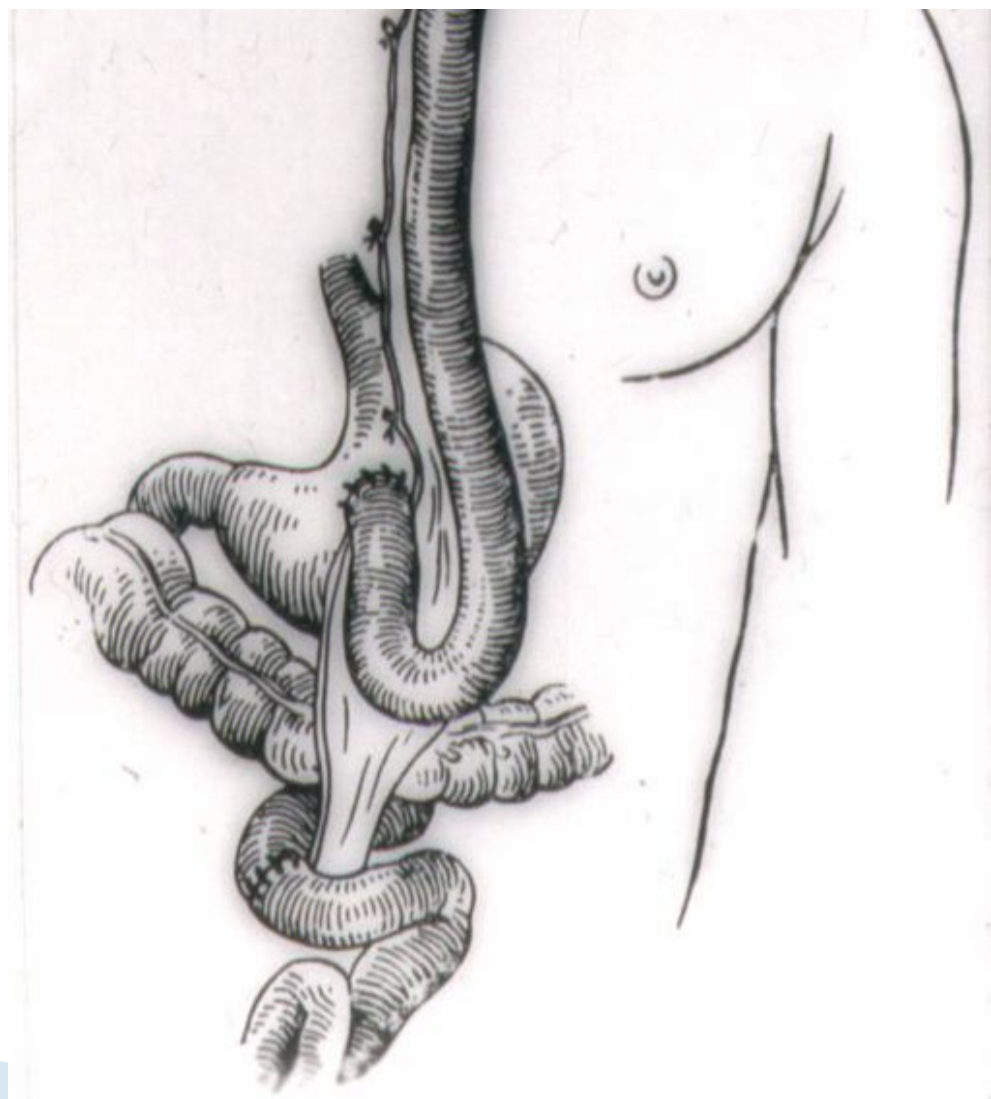
Основоположник – Н. Birch (1894)



В России В.Я. Брайцев на XVIII съезде хирургов (1926) демонстрировал девочку 12 лет с кожной эзофагопластикой

**Осложнения:** дерматиты, свищи, злокачественное перерождение

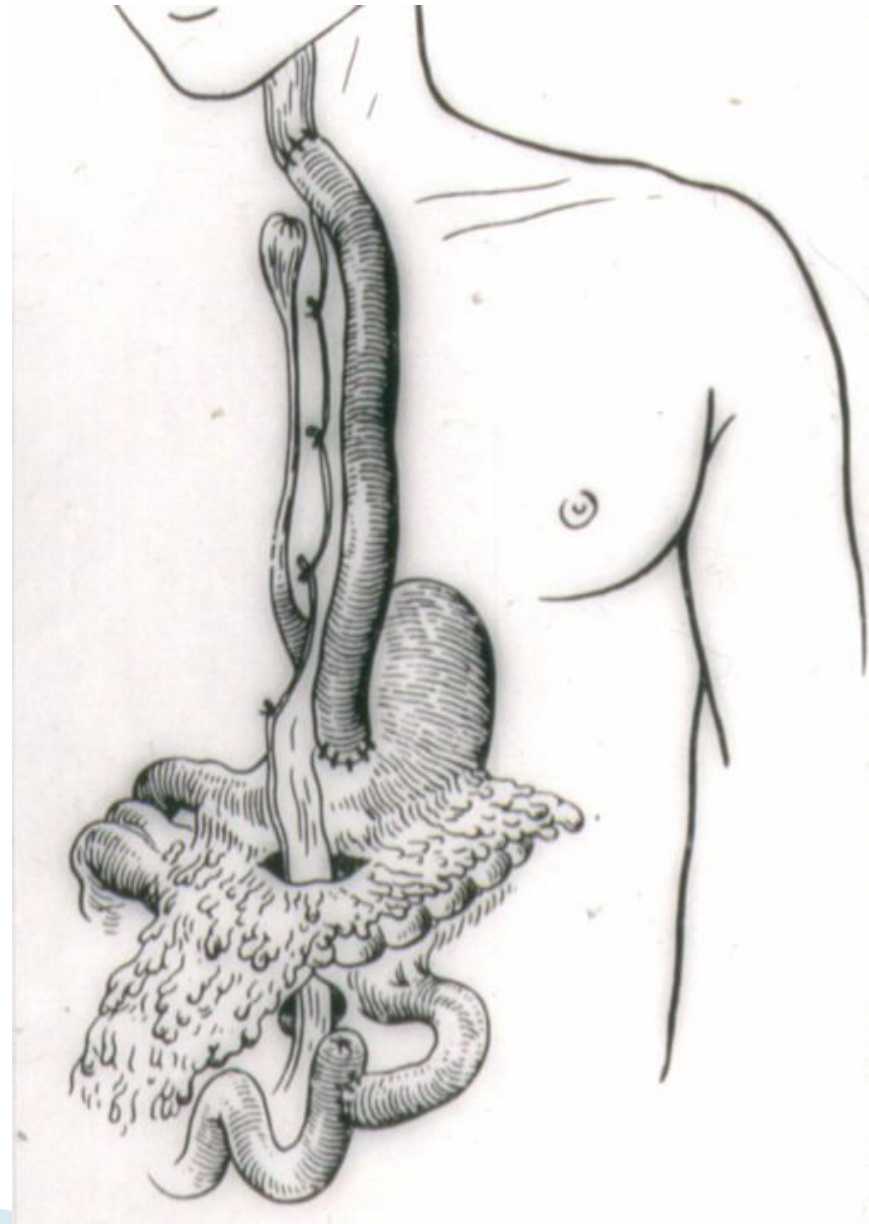
Ру (1906) провел эзофагопластику из тонкой кишки  
11 летнему мальчику



# П.А. Герцен

Три этапа:

- Мобилизация тонкой кишки
- Создание анастомоза кишки с желудком
- Создание анастомоза кишки с пищеводом

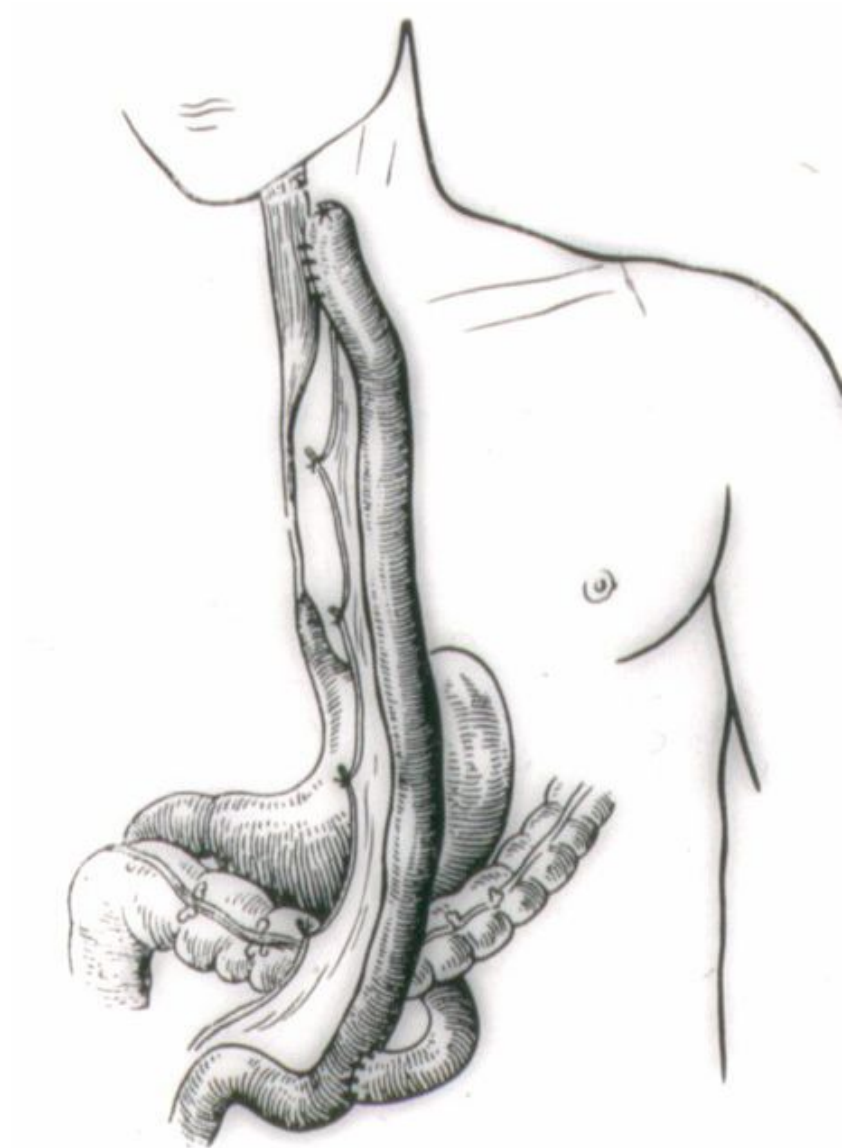


# С.С. Юдин

Усовершенствовал создание  
трансплантата

Специальный инструмент для  
канала под кожей

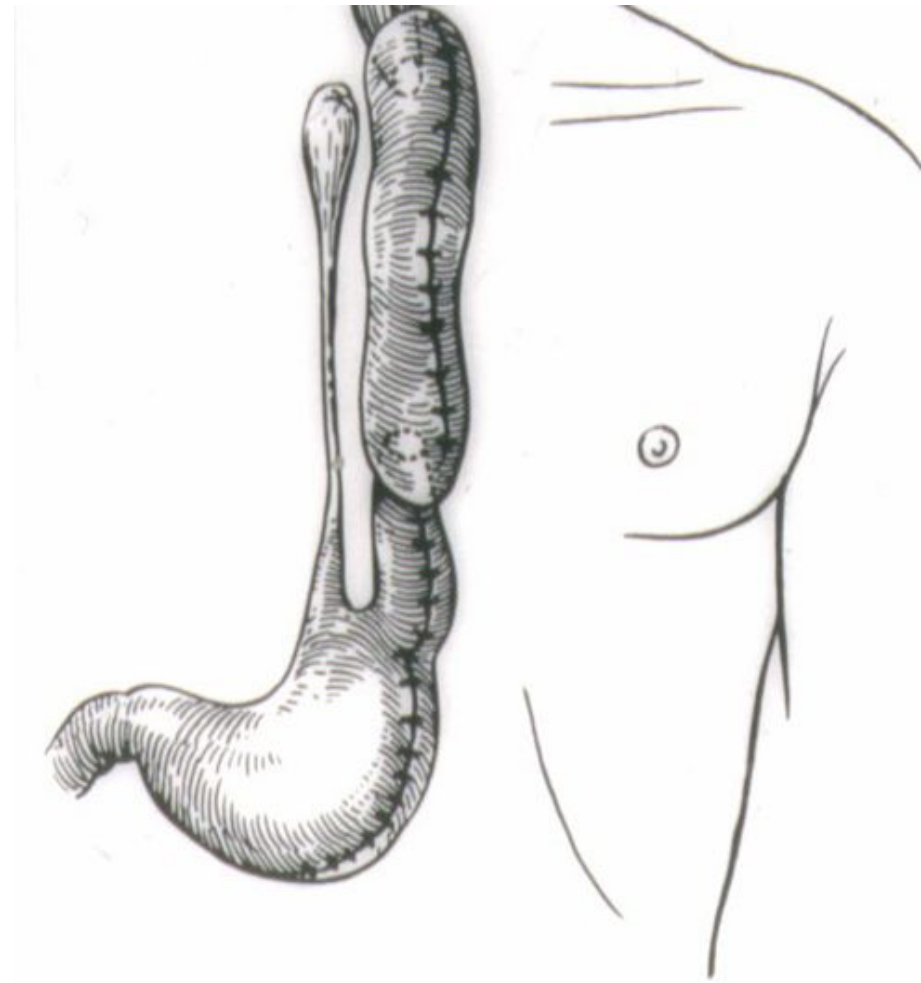
За 20 лет – 318 больных  
с летальностью 9%



Во всем мире такой метод эзофагопластики называется Ру-Герцена-Юдина

Бек (1905) – трубчатый канал  
из большой кривизны желудка

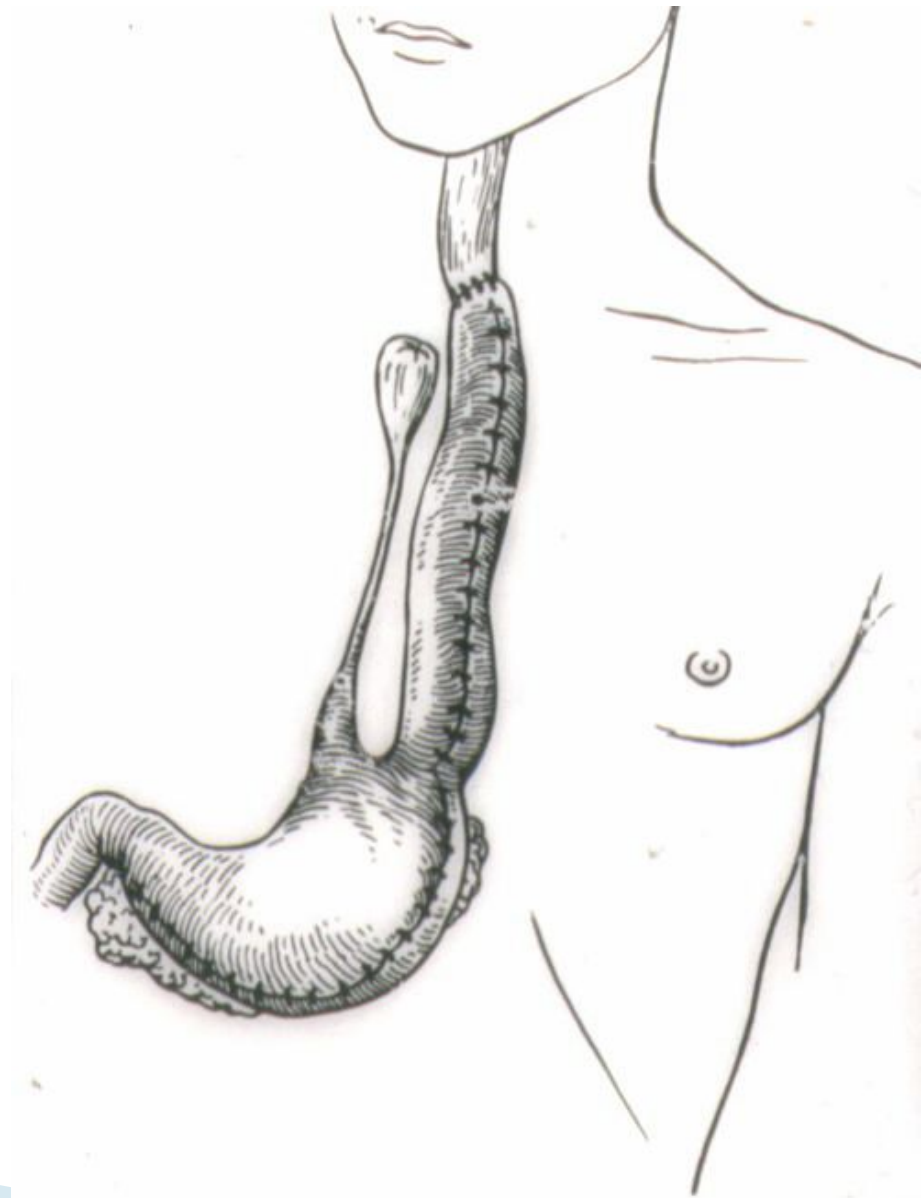
Жиан, Гальперн (1912) –  
разработана на  
трупах и на животных пластика  
из желудка





Гаврилиу (1957) – эзофагопластика  
из большой кривизны желудка

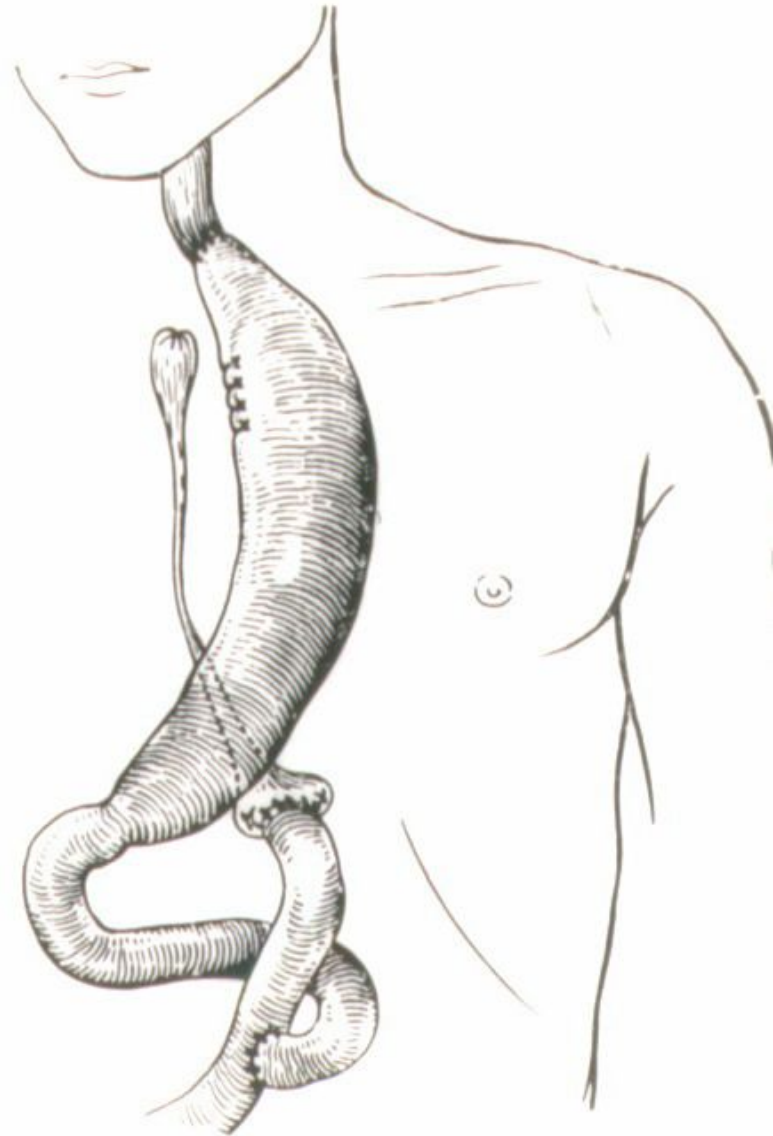
В России Скобелкин  
+ спленэктомия и мобилизация  
хвоста поджелудочной железы



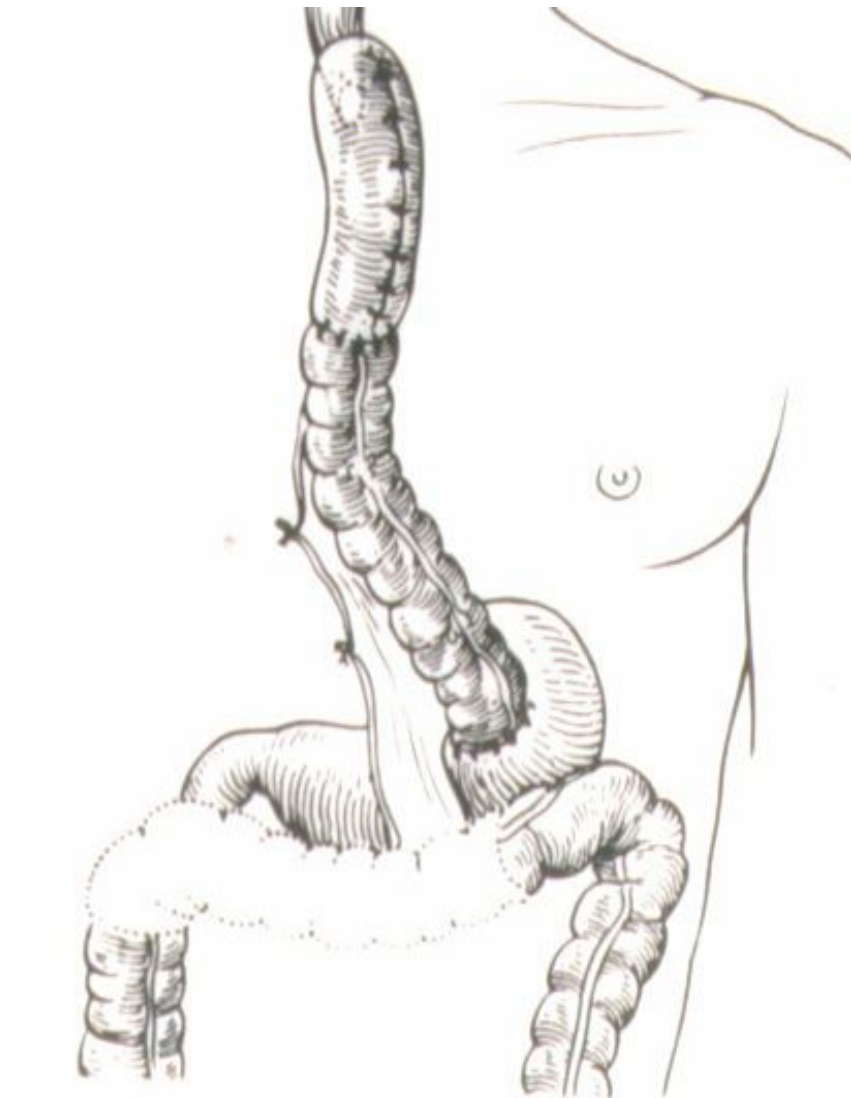
Киршнер (1920) – пересекал желудок в области кардии и перемещал его под кожу. Кардию сшивал с тощей кишкой по Ру.

В Японии – Накаяма

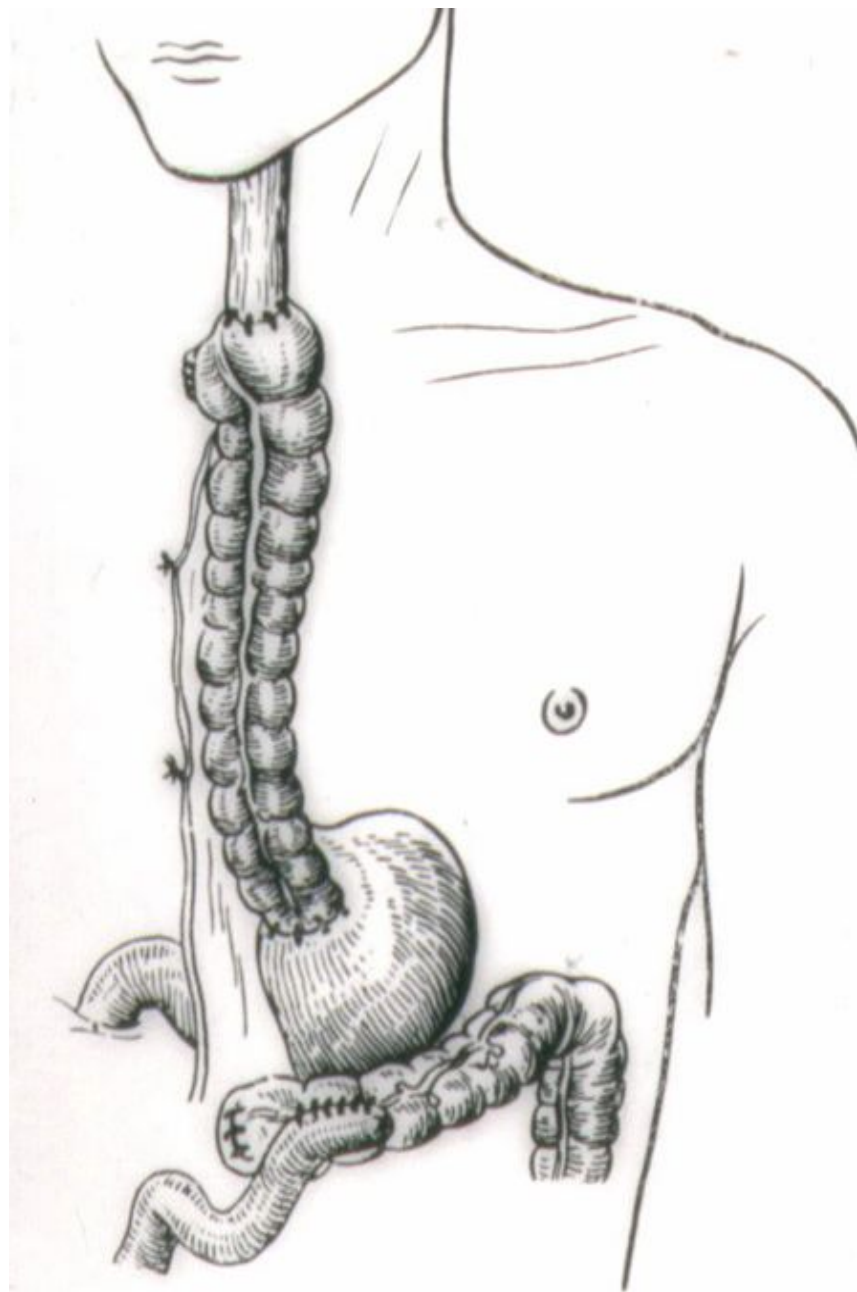
В России – А.А. Русанов



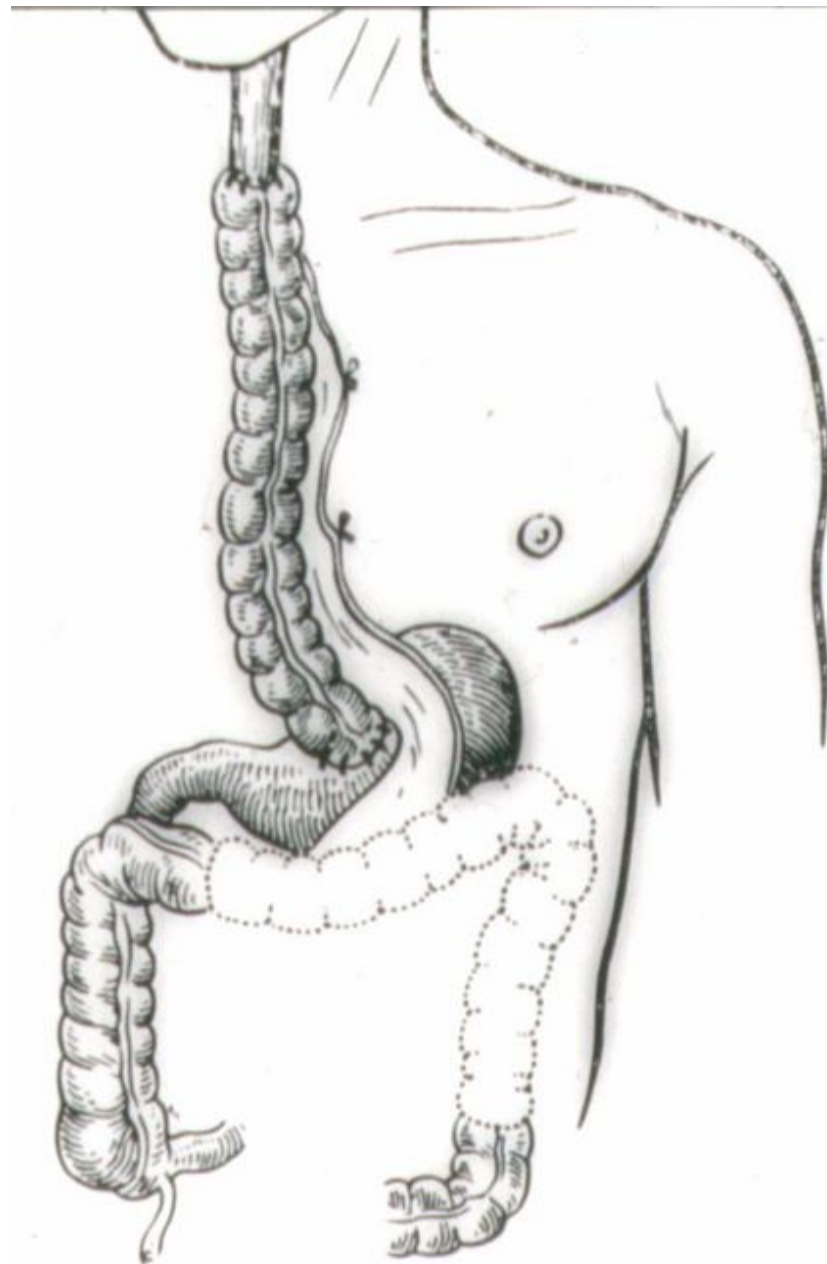
Келлинг (1941) –  
поперечно-ободочная кишка



Ройт (1923) –  
из правой половины толстой  
кишки и частью поперечно-  
ободочной кишки



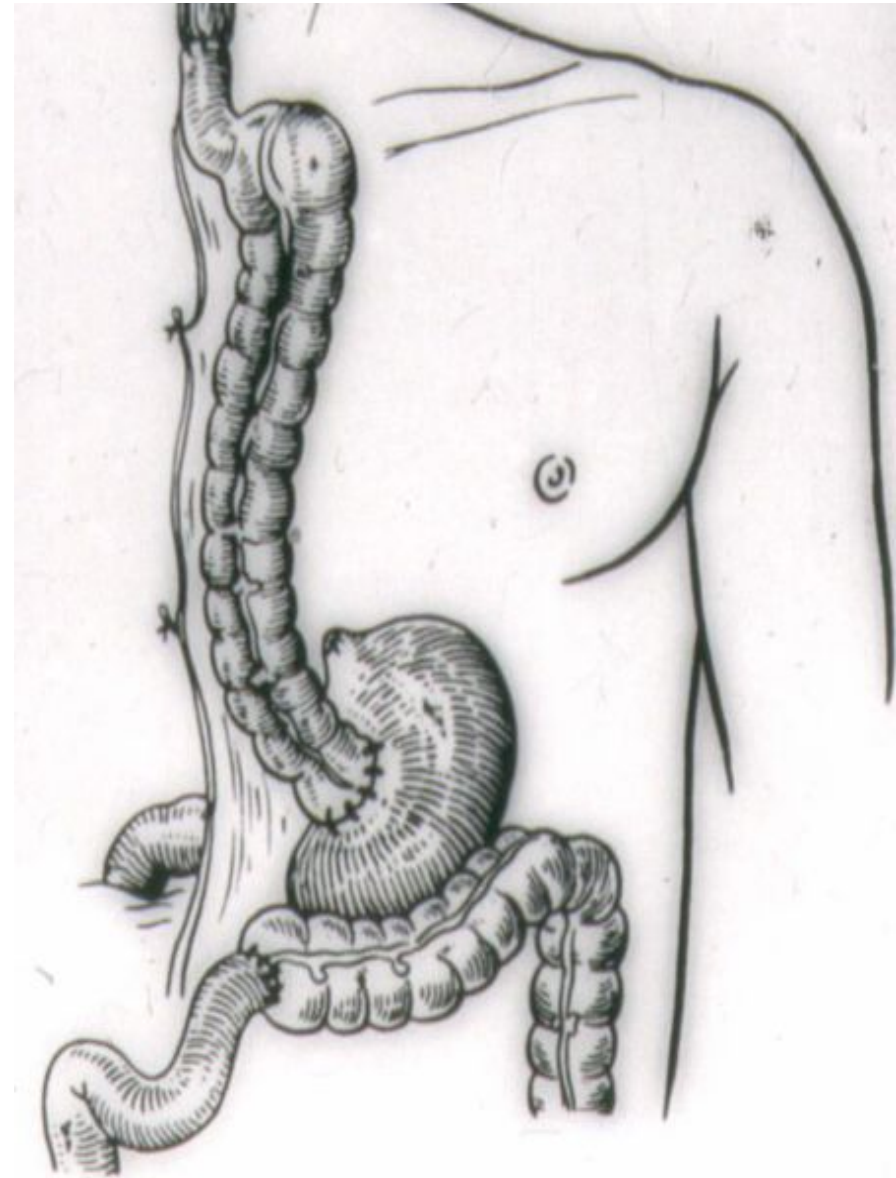
Орсони и Тупе (1950) –  
из левой половины толстой  
кишки



Лафарг, Дюфур, Кабанье (1951)

«Бордосский метод»

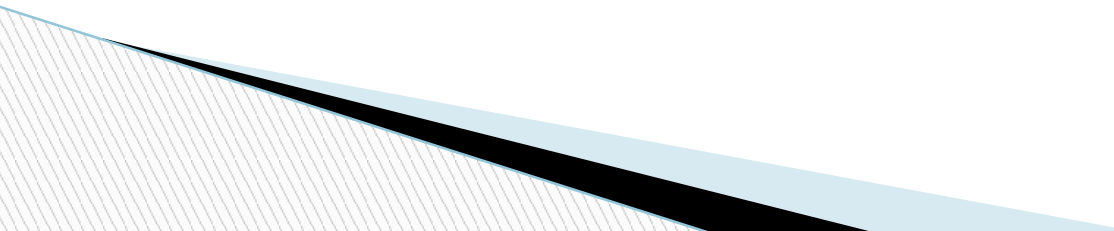
Из правой половины толстого и  
терминального отдела  
подвздошной кишки



# Подкожная пластика – антеторакальная преимущества:

- Технически просто сделать тоннель под кожей
- Контролировать состояние трансплантата
- Легко удалить его при некрозе
- Повторные реконструкции

## недостатки:

- Самый длинный трансплантат (от 38 до 49 см  $\approx$  43 см)
  - Косметическая неполноценность
  - Легкая ранимость
- 

## **Загрудинная**

- Предне-медиастинальная (Еремеев Н.И., 1957)
- Предфасциальная (Савиных А.Г., Мачабели А.Н., 1954)

### **Преимущества:**

- Трансплантат меньшей длины от 33 до 40 см,  $\approx 38$  см
- Нет косметического дефекта

### **Недостатки:**

- Опасность повреждения вен, плевральных листков в переднем средостении
- При некрозе трансплантата – плеврит, медиастинит

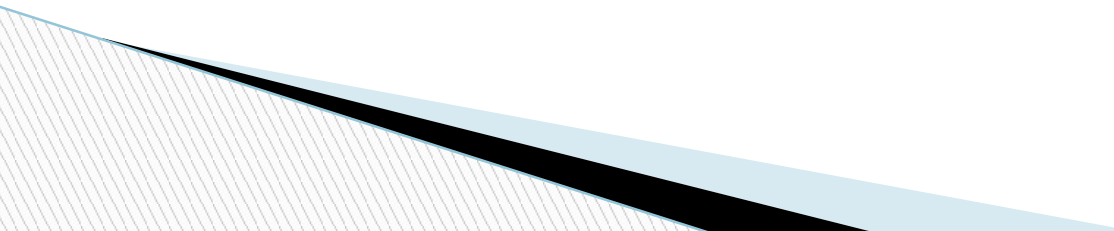


## Лучше заградная предфасциальная эзофагопластика

- Меньшая опасность повреждения органов средостения
- При некрозе нет медиастинита, можно удалить и провести эзофагопластику из других отделов ЖКТ



Чресплевральная эзофагопластика  
(С.С. Юдин, 1947; П.И. Андросов, 1956 и  
др.)



## **А.Г. Савиных (1944)**

верхне-срединный доступ, сагиттальная  
диафрагмо-кюротомия.

Тонкокишечный трансплантат в заднее средостение  
иссекая рубцово-измененный пищевод

24 больных, умерло 8

**И.Г. Скворцов (1949)** – тоже без удаления пищевода

66 больных, умерло 5

Трансплантат от 29 до 39 см,  $\approx 34,1$  см, самый короткий



3A-85 1038

3A-85 1038

3A-85 1038

Послеоперационная летальность **4-10%**

**Осложнения:** некроз трансплантата,  
плевриты, медиастиниты, стенозы соустий, свищи

*«Эзофагопластика требует от хирурга большой эрудиции,  
высокой техники и творчества во время операции»*

(Ванцян Э.Н.,  
Тощакон Р.А., 1971)