

# МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ MEDICAL SCIENCES

УДК: 616.12-089

*В.И. Аверин, Л.Н. Нестерук, Ю.М. Гриневиц, В.В. Троян, А.А. Свирский, В.М. Рустамов, О.А. Паталета, Т.М. Болбас, И.Г. Жинь, И.А. Ванхадло, В.В. Голикова, Н.Д. Шмелева, М.Г. Аксенчик, Ю.Г. Казюкевич*

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМ ПИЩЕВОДОМ

Цель данного исследования - изучить реабилитационные возможности пациентов в возрасте до 18 после хирургического лечения атрезий и ожогов пищевода путем создания искусственного пищевода и их нуждаемость в мерах реабилитационной помощи. Исследование проведено на базе РНПЦ детской хирургии (до 2015 г. – ДХЦ). В исследование включены 89 пациентов в возрасте до 18 лет (многие из них уже достигли взрослого возраста) с атрезиями и ожогами пищевода, которым с 1992 г. выполнялись операции по созданию искусственного пищевода. Выводы: создание искусственного пищевода, как следствие хирургического лечения атрезий и ожогов пищевода у пациентов в возрасте до 18 лет, приводит в большинстве случаев (80,6%) к формированию высокого реабилитационного потенциала, что подтверждает важность проведения мероприятий медицинской реабилитации с акцентом на психологический аспект для улучшения их качества жизни, успешной социализации и снижения инвалидизации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, искусственный пищевод.

Актуальность. Поиск путей улучшения медицинской реабилитации пациентов с врожденными и приобретенными заболеваниями пищевода до настоящего времени остается важной медико-социальной проблемой. Несмотря на достижения медицины, среди заболеваний пищевода до сих пор имеются состояния, которые требуют выполнения эзофагопластики. У детей наиболее часто пластика пищевода выполняется при врожденном пороке развития (ВПР) – атрезии пищевода (АП) и послеожоговом рубцовом стенозе пищевода (ПОРСП). Эти дети нуждаются в медицинской реабилитации – комплексе мероприятий медицинского, социального и психологического характера, направленных на обеспечение возможности полноценного энтерального питания, в том числе ликвидации сообщения дыхательных путей с пищеварительным трактом.

Оперативное вмешательство выполняется в раннем возрасте, когда пациенту ещё предстоит долгий путь развития и становления биосоциальных функций, формирующих его адаптацию в социуме. Поэтому основным критерием эффективности выполненного оперативного вмешательства являются отдаленные результаты функционирования оперированного собственного или искусственного пищевода и уровень

достигнутого качества жизни (КЖ) пациента.

Под «качеством жизни» понимают интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии. На современном этапе развития медицины оно признано одним из ключевых понятий, под которым подразумевают общее благополучие и здоровье. Участие пациента в оценке своего состояния наиболее важное, ценное и уникальное составляющее КЖ. Оно позволяет, наряду со сделанным врачом традиционным медицинским заключением, составить максимально полную и объективную картину болезни и ее последствий [1–4].

Эффективный контроль состояния здоровья ребенка и успешное лечение и реабилитация невозможны без учета субъективной оценки составляющих здоровья ребенком и его родителями. Метод оценки КЖ, разработанный и используемый в педиатрической практике различных стран мира в течение последних 10–15 лет, является высокоинформативным, чувствительным и надежным способом определения состояния здоровья и уровня жизни. В последние десятилетия понятие КЖ стало объектом пристального внимания в здравоохранении и

используется в клинических и медико-социальных исследованиях [5–8].

Проблема КЖ весьма актуальна и для хирургии. Пока не изучено влияние хирургического лечения на КЖ в послеоперационный период, нельзя объективно судить о достоинствах и недостатках операции. Оценка КЖ является конечным этапом хирургического лечения [2, 4, 9–18].

Для оценки КЖ пациентов и отдаленных результатов пластики пищевода многие авторы анализируют итоги анкетирования и объективного обследования пациентов: жалобы, клинический осмотр, рентгенологическое и эндоскопическое обследование. В анкетах-опросниках, применяющихся в детской практике, проводился анализ показателей состояния здоровья и КЖ, включающих психологический статус, взаимоотношения со сверстниками и самооценку [9, 19, 20].

У части пациентов, перенёсших пластику пищевода, развиваются патологические состояния, объединяемые в группу болезней искусственного пищевода, частота которых не имеет тенденции к уменьшению. Болезни искусственного пищевода возникают от 10% до 50% после эзофагопластики [11, 21–24] и большинство пациентов нуждается в различных вмешательствах на искусственном пищеводе, что существенно снижает качество их жизни, а также требует разработки программ медицинской реабилитации для этих пациентов.

Поэтому актуальным в настоящее время является совершенствование методов медицинской реабилитации детей, перенёсших операции по созданию искусственного пищевода, базирующееся на определении реабилитационного потенциала (РП) пациентов [25].

Исход заболевания зависит от особенностей патологического процесса, его клинических проявлений, степени выраженности анатомических дефектов, нарушений функций органов и систем детского организма, в том числе психических, параметров физического развития. Однако не следует недооценивать роль процессов компенсации и адаптации, которые являются биологической основой реабилитации, поэтому при оценке РП с целью успешного проведения реабилитационных мероприятий основополагающим моментом являются не утраченные возможности инвалида, а сохранившиеся способности, функциональные резервы и биологические ресурсы организма.

При составлении индивидуальных программ медицинской реабилитации также следует учитывать изменения психоэмоционального статуса пациента [26]. Необходимо понимать, что у данной категории пациентов на состояние психических

функций влияет несколько причин. Стрессовая реакция на ожоговую травму, многочисленные наркозы на этапах лечения, зависимость пациента от постоперационного ухода в повседневной жизни (кормление в стому, уход за стомами), социальная дезадаптация – всё это приводит к подавленному состоянию психических функций, что усугубляет или провоцирует функциональные и соматические расстройства детского организма, ухудшает КЖ.

Цель исследования. Изучить реабилитационные возможности пациентов в возрасте до 18 после хирургического лечения атрезий и ожогов пищевода путем создания искусственного пищевода и их нуждаемость в мерах реабилитационной помощи.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе РНПЦ детской хирургии (до 2015 г. – ДХЦ). В исследование включены 89 пациентов в возрасте до 18 лет (многие из них уже достигли взрослого возраста) с атрезиями и ожогами пищевода, которым с 1992 г. выполнялись операции по созданию искусственного пищевода.

В работе использованы методы: клинический, лабораторный, клинко-инструментальный (сонографическое, эндоскопическое, рентгенологическое исследование и др.), статистический, анкетирования, 24 часовая рН метрия «неопищевода» с импедансом, выкопировка данных из медицинской документации.

В стационарных условиях всем пациентам было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование. Оно включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, данные объективного соматического осмотра, изучение лабораторных показателей, рентгенологическое и эндоскопическое исследование пищевода/«неопищевода» и желудка, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, паренхиматозных органов и органов забрюшинного пространства. С 2018 года внедрена 24 часовая рН метрия искусственного пищевода с импедансом.

В работе использовались следующие анкеты для оценки КЖ:

Анкета 1 «Состояние здоровья», включающая 11 вопросов, посвященных оценке результатов операции;

Анкета 2 «Качество жизни», которая составлена для оценки КЖ респондента с использованием 3 блоков вопросов (от 10 до 18 вопросов в каждом) для оценки психологического статуса респондента, характера взаимоотношений со сверстниками и самооценки.

Данные анкеты разработаны в Российском государственном медицинском университете для оценки состояния здоровья и КЖ детей, перенесших эзофагопластику, на основе стандартной шкалы

Пирс-Харриса [9, 27]. Данные методики просты и доступны для оценки состояния пациентов исследуемой группы и последующего анализа.

Для изучения психоэмоционального статуса пациента использованы методики: «Незаконченные предложения», ««Диагностика отношения к болезни ребенка» [28], и шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) – вариант для детей и подростков [29].

Методика «Незаконченные предложения» предназначена для обследования детей от 7-8 лет и предлагает закончить 28 фраз (начало фраз приведено в тексте опросника), что позволяет количественно и качественно оценить основные внутренние аспекты внутренней картины болезни:

- представление о здоровье;
- представление о болезни;
- отношение к болезни;
- отношение к лечению;
- представление о будущем;
- отношение семьи к болезни;
- отношение к госпитализации.

Анализ ответов дает возможность понять отношение ребенка к своему заболеванию и своей жизнедеятельности, а также определить, какой он видит свою жизнь в будущем.

Методика «Диагностика отношения к болезни ребенка» хорошо зарекомендовала себя при обследовании детей до 7 лет – в большинстве случаев дети не в состоянии адекватно оценить свое психологическое состояние в связи с имеющимся заболеванием и опираются в своих ощущениях на поведение и эмоциональное состояние родителей или лиц, их заменяющих. Данная методика предлагается для заполнения родителям и позволяет оценить насколько психологическое состояние родителей помогает либо мешает полноценной жизнедеятельности ребенка, имеющего заболевание.

В исследовательской и практической работе как со взрослыми, так и с детьми, важно оперативно выявлять и оценивать ситуативные эмоциональные переживания и типичные способы реагирования в разных ситуациях и сферах жизнедеятельности. Из различных опросных методик широкое распространение в мировой практике получила шкала реактивной личностной тревожности (ШРЛТ), разработанная Ч.Д. Спилбергером. Русский вариант данной методики был разработан Ю.Л. Ханиным совместно с Ч.Д. Спилбергером.

Опыт работы со шкалой показывает, что методика ШРЛТ является достаточно информативным инструментом для оперативной диагностики со-

стояния тревоги и личностной тревожности и объективизации психокоррекционных мероприятий.

Результаты. Реальные возможности восстановления нарушенных функций развивающегося организма оценивались нами через величину РП, который рассчитывали на основе разработанных и утвержденных ранее критериев эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями пищевода после пластики пищевода. Наше исследование показало, что для оценки РП наиболее значимыми являются следующие критерии: субъективные (глотание, боль за грудиной во время еды, затруднение дыхания во время еды, боль в животе после приёма пищи), объективные (масса тела, рост, физическое развитие пациента), рентгенологические (диаметр, проходимость, растяжимость верхнего анастомоза для густой бариевой взвеси; протяжённость сужения; престенотическое расширение; функция нижнего анастомоза; избыток длины трансплантата; эвакуация контрастного вещества из желудка в 12-и перстную кишку), эндоскопические (диаметр, проходимость, растяжимость верхнего и нижнего анастомозов для возрастного эндоскопа; протяжённость сужения верхнего анастомоза; престенотическое расширение; избыток длины трансплантата; состояние слизистой трансплантата; изменение просвета трансплантата; функция антирефлюксного механизма). Нами были выделены высокий, средний и низкий РП на основании преимущественного преобладания показателей в каждой группе критериев (таблица 1).

Наличие высокого РП предполагало полное или почти полное восстановление несформированной или нарушенной функции приема пищи через рот и обеспечение нормального функционирования ЖКТ в процессе осуществления медицинской реабилитации, среднего – частичное восстановление, низкого – предопределяло возможное отсутствие развития или восстановления нарушенной функции или незначительный результат в процессе осуществления реабилитационных мероприятий.

Также высокий РП мы соотносили с хорошим результатом (до 7 баллов) при оценке критериев эффективности медицинской реабилитации пациентов после пластики пищевода, средний – с удовлетворительным результатом (до 32 баллов), низкий – с неудовлетворительным результатом (до 46 баллов).

В настоящее время РП изучен у 31 пациента с искусственным пищеводом (таблица 2).

Таблица 1 – Критерии оценки реабилитационных возможностей пациентов с искусственным пищеводом, отражающие величину реабилитационного потенциала

Критерии	Реабилитационный потенциал		
	высокий	средний	низкий
1	2	3	4
Субъективные	Свободное глотание пищи любой консистенции. Отсутствие рвоты, боли за грудиной во время еды, затруднения дыхания во время еды, боли в животе после приёма пищи.	Затруднение при глотании твердой и/или полужидкой пищи. Боль за грудиной при прохождении твердой пищи. Неприятные ощущения при глотании и за грудиной полностью проходят после приема жидкости, тщательном пережевывании пищи, неторопливой еде небольшими порциями. Наличие рвоты, иногда. Затруднение дыхания во время еды, иногда (при переедании, приеме сухой, твердой пищи, торопливой еде). Боль в животе после приема пищи, иногда (при переедании, плохо прожеванной пище, при заглатывании воздуха).	Затруднение при глотании жидкой пищи или пища не проходит. Наличие частых срыгиваний, рвоты. Боль, чувство давления, переполнения за грудиной при прохождении полужидкой и жидкой пищи. Нередко неприятный запах изо рта. Затруднение дыхания во время еды, боль в животе после приема пищи практически всегда. Обезвоживание. Жажда, чувство голода, общая слабость.
Объективные	Физическое развитие среднее гармоничное и вышесреднее гармоничное и дисгармоничное.	Физическое развитие нижесреднее и низкое гармоничное и дисгармоничное.	Физическое развитие крайне низкое дисгармоничное.
Рентгенологические	Акт глотания не нарушен. Верхний анастомоз свободно проходим для густой бариевой взвеси, растяжим или определяется нерезко выраженное сужение – 7-8 мм. Протяженность сужения – до 10 мм. Престенотического расширения нет. Длина трансплантата пропорциональна грудной клетке. Нижний анастомоз свободно проходим для контрастного вещества. Заброс контрастного вещества из желудка в «неопищевод» не определяется. Эвакуация контрастного вещества из желудка в 12-ти перстную кишку свободная или определяется задержка 3-4 минуты.	Акт глотания не нарушен. Верхний анастомоз умеренно сужен – 3-6 мм. Протяженность сужения – до 10 мм. Престенотического расширения нет. Имеется избыток длины трансплантата – полупетля. Нижний анастомоз проходим с задержкой контрастного вещества. Заброс контрастного вещества из желудка в «неопищевод» не определяется. Умеренно выраженная задержка контрастного вещества в желудке – 5-10 минут.	Акт глотания нарушен (попёрхивание, рвота). Верхний анастомоз выражено сужен – меньше 3 мм. Протяженность сужения – более 10 мм. Имеется престенотическое расширение. Имеется избыток длины трансплантата – дополнительная петля. Нижний анастомоз не проходим для контрастного вещества. Резко выраженная задержка контрастного вещества в желудке – более 10 минут
Эндоскопические	Верхний и нижний анастомозы свободно проходимы для возрастного эндоскопа – более 10 мм, свободно растяжимы или определяется компенсированное сужение – 9-10 мм, растяжимое. Протяженность сужения – до 10 мм. Престенотического расширения нет. Длина трансплантата пропорциональна грудной клетке. Слизистая трансплантата не изменена или гиперемирована. Изменения просвета трансплантата (расширение, сужение) нет. Функция антирефлюксного механизма не нарушена или определяется анастомозит – гиперемия слизистой нижнего анастомоза.	Умеренное сужение верхнего и нижнего анастомозов – более 5,5 мм. Протяженность сужения – до 10 мм. Престенотического расширения нет. Имеется избыток длины трансплантата – полупетля. Слизистая трансплантата изменена – гиперемия и единичные эрозии. Изменения просвета трансплантата (расширение, сужение) нет. Функция антирефлюксного механизма нарушена: определяется анастомозит – гиперемия и единичные эрозии. слизистой нижнего анастомоза.	Выраженное сужение верхнего и нижнего анастомозов – 5 мм и меньше. Протяженность сужения – более 10 мм. Имеется престенотическое расширение. Имеется избыток длины трансплантата – дополнительная петля. Слизистая трансплантата изменена – гиперемия и множественные эрозии и изъязвления. Имеются изменения просвета трансплантата (расширение, сужение). Функция антирефлюксного механизма нарушена: определяется Анастомозит – гиперемия, множественные эрозии (3 и более) и изъязвления слизистой нижнего анастомоза.

Таблица 2 – Распределение пациентов с искусственным пищеводом в зависимости от реабилитационного потенциала

Нозология	Реабилитационный потенциал			
	высокий	средний	низкий	всего
Атрезия пищевода	11	4	–	15
Химический и электрохимический ожоги пищевода	14	2	–	16
Всего:	25 (80,6%)	6 (19,4%)	–	31 (100,0%)

Из таблицы 2 видно, что у 25 (80,6%) из 31 обследованного пациента высокий РП, они в дополнительных хирургических (реабилитационных) манипуляциях не нуждались. У 6 (19,4%) пациентов выявлен средний РП. Им выполнялась баллонная дилатация зоны сужения эзофагоколоанастомоза. Также 2 пациента в результате проведенных реабилитационных мероприятий «перешли» из группы со средним РП в группу с хорошим РП. Низкий РП у обследованных пациентов не выявлен. При очередном освидетельствовании 4 пациентам не был продлен статус «ребенок-инвалид».

В ходе научно-исследовательской работы (НИР) 31 пациенту из группы исследования выполнена психологическая диагностика («Шкала самооценки тревоги Спилбергера-Ханина» (STAI), методика В.Е. Кагана, И.К. Шаца «Незаконченные предложения», «Диагностика отношения к болезни ребенка» (ДОБР) В.Е. Кагана, И.П. Журавлевой). Целью проведения психологического исследования было определение уровня тревоги ребенка, его отношения к своей болезни, а также отношения родителей к заболеванию своего ребенка, как фактора успешной социализации и жизнедеятельности пациента в перспективе.

Анализ результатов психологического исследования позволил отметить повышенный уровень реактивной тревоги у 5 (16%) пациентов младшей возрастной группы (до 7 лет). У остальных 26 (84%) пациентов показатели по этому параметру в норме. Показатели уровня личностной тревоги в большинстве случаев зависят от отношения близких людей (чаще матерей) к заболеванию ребенка и чаще всего повышены (у 17 (54,8%) опрошенных). Чем старше пациент, тем ниже уровень реактивной тревоги, но выше показатели личностной тревоги. Однако, с возрастом, уровень тревоги по поводу заболевания снижается и у респондентов, достигших старшего подросткового возраста (15 лет и старше), соответствует возрастной норме.

В ходе исследования выявлено, что отношение ребенка к своему заболеванию чаще формируется из личных, субъективных ощущений и мало зависит от мнения близких, независимо от возраста пациента. Следует обратить внимание на то, что если в младшем возрасте отношение к заболеванию зачастую складывается из субъективных ощущений и пережи-

ваний, то, по мере взросления, даже при отсутствии болезненных и неприятных симптомов, срабатывают выработанные годами психологические защитные механизмы и пациент продолжает «болеть». Это может выражаться подавленным состоянием большую часть времени, чрезмерной необоснованной заботой о собственном здоровье, соблюдением диеты на протяжении долгих лет без наличия на то оснований. Такие симптомы были выявлены у 2-х (6,5%) респондентов.

Также были выявлены пациенты с кардинально противоположным отношением к себе и своему заболеванию – 4 (13%). Эти пациенты, в отличие от представителей предыдущей характерологической группы, ведут свободный образ жизни, не обращая внимания на возникающие изредка симптомы своего основного заболевания, не ограничивают себя ни в чем, всячески пытаются вычеркнуть из своей памяти все, что связано с болезнью. Симптомы, которые могут периодически напоминать о заболевании, категорически с ним не связывают, не проходят плановые осмотры. По данным обследования, такого рода психологическая защита возникла у пациентов, которые слишком тяжело переносили лечение в детском возрасте, а их родители «посвятили» свою жизнь лечению ребенка.

Следовательно, по результатам начального диагностического этапа можно предположить, что для успешной социализации пациентов целесообразно опираться не только на физические ощущения пациентов, но и на психологическую составляющую всей семьи в целом, или на наиболее близких родственников. Кроме того, на раннем этапе лечения заболевания следует серьезно относиться к психологической работе с ближайшим окружением пациента для формирования адекватного восприятия заболевания и получаемого лечения.

Выводы. Создание искусственного пищевода, как следствие хирургического лечения атрезий и ожогов пищевода у пациентов в возрасте до 18 лет, приводит в большинстве случаев (80,6%) к формированию высокого реабилитационного потенциала, что подтверждает важность проведения мероприятий медицинской реабилитации с акцентом на психологический аспект для улучшения их качества жизни, успешной социализации и снижения инвалидизации.

*Список использованных источников*

- 1 Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб. : ЭЛБИ, 1999. – 143 с.
- 2 Добровольский, С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 73–76.
- 3 Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М. : ОЛМА, 2007. – 12 с.
- 4 Koivusalo, A. Health-related quality of life in adult patients with esophageal atresia – a questionnaire study / A. Koivusalo [et al.] // J. Ped. Surg. – 2005. – Vol. 40, № 2. – P. 307–312.
- 5 Аверин В.И., Качество жизни пациентов после пластики пищевода / В.И. Аверин [и др.] // Здоровоохранение. – 2013. – № 1. – С. 67–76.
- 6 Винярская, И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (компл. мед.-соц. исслед.) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33, 14.00.09 / И.В. Винярская ; Науч. центр здоровья детей РАМН. – М., 2008. – 45 с.
- 7 Матвеева, Л.Л. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из семей, подготовленных к родам по специальной программе : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Л.Л. Матвеева ; Ижев. гос. мед. акад. – Пермь, 2009. – 21 с.
- 8 Молчанова, Л.Ф. Качество жизни : учеб. пособие / Л.Ф. Молчанова. – Ижевск, 2005. – С. 3–8.
- 9 Батаев, С.-Х.М. Качество жизни пациентов после колозофагопластики, выполненной в детском возрасте / С.-Х.М. Батаев [и др.] // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 48–53.
- 10 Немилова, Т.К. Агрезия пищевода : 48-летний опыт лечения в Санкт-Петербурге / Т.К. Немилова [и др.] // Дет. хирургия. – 2003. – № 6. – С. 14–16.
- 11 Мустафин, Д.Г. Болезни искусственного пищевода и последствия эзофагогастропластики / Д.Г. Мустафин, Р.Д. Мустафин, Л.Н. Злыгостев // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии : сб. тезисов I съезда Российского Общества хирургов гастроэнтерологов, 5-7 ноября 2008г. – Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 4. – С. 59.
- 12 Ветшев, П.С. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения: обзор литературы / П.С. Ветшев, Н.Н. Крылов, Ф.А. Шпаченко // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 64–67.
- 13 Troidl, H. Pouch versus esophagojejunostomy after total gastrectomy: a randomized clinical trial / H. Troidl [et al.] // World J. Surg. – 1987. – Vol. 11. – P. 699–712.
- 14 Froberg, D.J. Methodology for measuring health-state preferences--IV: Progress and a research agenda / D.J. Froberg, R.L. Kane // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – Vol. 42, № 7. – P. 675–685.
- 15 Fletcher, A. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation / A. Fletcher [et al.] // Br. Med. J. 1992. – Vol. 305. – P. 1145–1148.
- 16 Spiegeelhalter, D. Quality of life measures in health care. III: Resource allocation / D. Spiegeelhalter [et al.] // Br. Med. J. – 1992. – Vol. 305. – P. 1205–1209.
- 17 Burgos, L. Pediatric patient in adult age. Long-term results of esophageal replacement / L. Burgos [et al.] // Cir. Pediatr. – 2007. – Vol. 20, № 3. – P. 169–174.
- 18 Metzger, J. Clinical outcome and quality of life after gastric and distal esophageal replacement with an ileocolon interposition / J. Metzger [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 1999. – Vol. 3, № 4. – P. 383–388.
- 19 Ure, B.M. Quality of life more than 20 years after repair of Esophageal Atresia / B.M. Ure // J. Ped. Surg. – 1998. – Vol. 33, № 3. – P. 511–515.
- 20 Исаков, Ю.Ф. Искусственный пищевод у детей / Ю.Ф. Исаков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 6–16.
- 21 Dhir, R. Surgical management of late complications after colonic interposition for esophageal atresia / R. Dhir [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2008. – Vol. 86. – P. 1965–1967.
- 22 Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода : рук. для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов // М. : Медицина, 2000. – 352 с.
- 23 Cheng, B.C. Colon replacement from esophagus. Clinical experience from 240 cases / B.C. Cheng [et al.] // Chin. Med. J. – 1994. – Vol. 107, № 3. – P. 216–218.
- 24 Черноусов, А.Ф. Болезни искусственного пищевода / А.Ф. Черноусов [и др.] // М. : Видар, 2008. – 673 с.
- 25 Медико-социальная экспертиза / под ред. И.Н. Денисова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 408 с.
- 26 Методика проведения медико-социальной экспертизы и формирование заключений о реабилитационных мероприятиях у детей : методическое пособие / под редакцией В.Г.Помникова, Г.О.Пениной, О.Н.Владимировой – СПб: СПбИУВЭК Минтруда России, 2014. – 281 с.
- 27 Гордеев, В.И. Шкала Пирс-Харрис модифицированная. Методические рекомендации / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович, Х.С. Шаидханова. – СПб., 1995. – 16 с.
- 28 Шац, И.К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи : учеб. пособие / И.К. Шац. – СПб., 2016. – 303 с.
- 29 Радюк, О.М. Диагностика уровней тревожности в психотерапевтической практике : учеб.-метод. пособие / О.М. Радюк, О.Г. Родцевич. – Мн. : БелМАПО, 2003. – 28 с.

*V. Averin, L. Nestsiaruk, Y. Grinevich, V. Troyan, A. Svirsky, V. Rustamov, O. Pataleta, T. Bolbas, I. Zhin, I. Vankhadlo, V. Golikova, N. Shmeleva, M. Aksenichik, Y. Kazukevich*

**MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTIFICIAL ESOPHAGUS**

*The Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery*

**Summary**

A study of rehabilitation possibilities of patients under the age of 18 after surgical treatment of atresia and esophagus burns by creating an artificial esophagus and their need for rehabilitation measures.

Materials and methods. The study is carried out on the basis of the Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery (until 2015 – Pediatric Surgical Center). The study includes 89 patients under the age of 18 years (many of whom have already reached adulthood) with atresia and burns of esophagus, who has been operated to create an artificial esophagus since 1992.

Conclusions. Creation of an artificial esophagus, as a result of surgical treatment of atresias and burns of esophagus in patients under the age of 18, leads in most cases (80.6%) to formation of a high rehabilitation potential, which confirms the importance of conducting medical rehabilitation activities with an emphasis on psychological aspect to improve the quality of life, successful socialization and reduction of disability.

*DOI: 10.31882/2311-4711.2018.24.1*