

Ю.М. Кондрацький<sup>1</sup>, І.Л. Насташенко<sup>1,2</sup>, Я.О. Свічкарь<sup>1,2</sup>, О.Ю. Добржанський<sup>1,2</sup>, І.О. Українець<sup>1,3</sup>, Є.А. Шудрак<sup>1,2</sup>, М.О. Пепенін<sup>1,2</sup>, А.В. Колесник<sup>1</sup>, В.О. Турчак<sup>1</sup>, А.В. Городецький<sup>1,2</sup>, Н.О. Коваль<sup>1</sup>

## Лікування неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу після операції за Льюїсом

<sup>1</sup>Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

<sup>3</sup>Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна

Одержано 23.01.2026

Прийнято до друку 10.02.2026

DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.35520

**Вступ.** Хірургічне лікування раку стравоходу продовжує залишатися викликом сучасної онкохірургії. Попри вдосконалення оперативних методик, особливо з упровадженням мінімально інвазивних технологій, операція за Льюїсом асоціюється з високою частотою післяопераційних ускладнень. Неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу (НСША) є одним з найтяжчих ускладнень цього оперативного втручання. Захворюваність на це ускладнення коливається в межах 11,4–21,2% з пов'язаним з цим рівнем смертності в діапазоні 7,2–35%. Сучасні підходи до лікування неспроможності анастомозу включають різні стратегії — від традиційних оперативних методів до ендоскопічних та консервативних тактик. **Матеріали і методи.** Дослідження базується на ретроспективному аналізі клінічних даних пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні пухлин стравоходу та шлунка Державного некомерційного підприємства (ДНП) «Національний інститут раку» протягом 2021–2024 рр. Усього до дослідження залучено 116 пацієнтів, які пройшли езофагектомію за методом Льюїса із формуванням інтраторакального стравохідно-шлункового анастомозу. НСША виникла у 21 особи (18,1%). Хворих розподілено на групи залежно від обраного методу лікування НСША: ендоскопічне встановлення напівпокритого саморозкривного металевго стенту (СМС) використано у 5 (23,8%) пацієнтів; ендоскопічну вакуумну терапію (ЕВТ) проведено у 8 (38,1%) осіб; хірургічне лікування (операція за Тореком) виконано у 7 (33,4%) випадках у зв'язку з вираженим медіастинітом або некрозом шлункового трансплантата; консервативну терапію здійснено у 1 (4,7%) випадку за умов стабільного загального стану, відсутності септичних явищ, незначного за розмірами дефекту анастомозу (1,0 мм) та позитивної динаміки при повторній візуалізації. Критеріями оцінки результатів були летальність, тривалість госпіталізації, кількість інтервенційних процедур, розвиток стриктур або необхідність повторного хірургічного втручання. Додатково аналізувалися побічні ефекти методів лікування, як-от міграція стента, кровотечі при ЕВТ. **Результати.** За період дослідження НСША розвинулася у 21 (18,1%) з 116 пацієнтів, яким було проведено езофагектомію за методом Льюїса. Летальність серед цієї групи хворих становила 10 випадків (47,6%). При використанні ЕВТ летальність була найнижчою і становила 1 випадок із 8 пацієнтів (12,5%). У групі осіб, яких лікували за допомогою встановлення напівпокритого СМС, летальність становила 3 випадки з 5 пацієнтів (60%). Операцію за Тореком виконували в найскладніших клінічних ситуаціях (масивний некроз, генералізований сепсис), вона супроводжувалася найвищою летальністю — 6 випадків із 7 пацієнтів (85,7%). Такий високий показник пов'язаний з тяжкістю вихідного стану хворих та значними операційними ризиками. Консервативне лікування, яке включало харчування через нутритивну мікроєюностому та антибактеріальну терапію, застосували в 1 випадку, воно зумовило повну ефективність із загоєнням дефекту без ускладнень. Однак, враховуючи рідкісне застосування цього методу через високі ризики прогресування ускладнення, ця методика не є статистично значущою. Середній термін госпіталізації пацієнтів з НСША становив 34,8 доби. **Висновки.** НСША є тяжким і небезпечним післяопераційним ускладненням з високим рівнем летальності, що потребує своєчасної діагностики та адекватного лікування. За даними нашого дослідження, найефективнішим методом лікування НСША є ЕВТ. Завдяки своїй здатності ефективно контролювати септичні процеси, сприяти загоєнню дефектів анастомозу та мінімізувати ризики додаткових оперативних втручань, ЕВТ зумовила найнижчий показник летальності (12,5%). Смертність при використанні СМС в нашому дослідженні становила 60%, що свідчить про обмежене застосування цього методу, яке повинно бути ретельно зважене відповідно до індивідуальних особливостей хворих. Хірургічна ревізія у вигляді операції за Тореком залишається методом останнього вибору, що застосовується в найтяжчих випадках некрозу анастомозу або генералізованого сепсису. Консервативна терапія, яка включає харчування через єюностому та антибіотикотерапію, може бути ефективною лише у випадках малих, клінічно незначних дефектів анастомозу. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на уточнення критеріїв вибору пацієнтів для кожного методу лікування, розробку стандартизованих протоколів лікування НСША, а також оцінку якості життя хворих у віддалений період після лікування.

**Ключові слова:** езофагектомія; операція за Льюїсом (Ivor Lewis); неспроможність стравохідно-шлункового анастомозу; ендоскопічна вакуумна терапія; саморозкривний металевий стент; операція за Тореком; медіастиніт.

### ВСТУП

Хірургічне лікування раку стравоходу продовжує залишатися викликом сучасної онкохірургії. Попри вдосконалення оперативних методик, особливо з упровадженням мінімально інвазивних технологій, операція за Льюїсом асоціюється з високою частотою післяопераційних ускладнень [1]. НСША є одним з найтяжчих ускладнень, що призводить до значного подовження терміну госпіталізації та асоціюється з високим рівнем смертності. НСША значно впливає на якість життя

пацієнтів, їх подальшу реабілітацію та соціальну адаптацію. Захворюваність на це ускладнення коливається в межах 11,4–21,2% з пов'язаним з цим рівнем смертності в діапазоні 7,2–35% [2, 3].

Європейська об'єднана клінічна група (European Collaborative Clinical Group — ECCG) визначає НСША як повностінний дефект шлунково-кишкового тракту, що включає стравохід, анастомоз, лінію шва або шлункову частину анастомозу, незалежно від клінічної картини чи способу ідентифікації [4].

До факторів ризику виникнення цього ускладнення належать доопераційне недоїдання (альбумін <3,0 г/дл), ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м<sup>2</sup>) або пацієнти з недостатньою масою тіла (ІМТ < 18,5 кг/м<sup>2</sup>), серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ниркова недостатність, вживання стероїдних препаратів та тютюну [5].

Важливим аспектом у веденні пацієнтів з НСША є своєчасна та точна діагностика ускладнення. Традиційно використовують ендоскопічні та радіологічні методи діагностики, які дозволяють визначити розмір дефекту анастомозу, наявність гнійних ускладнень та ступінь ураження навколишніх тканин.

Сучасні підходи до лікування неспроможності анастомозу включають різні стратегії — від традиційних оперативних методів до ендоскопічних та консервативних тактик [6]. Значну популярність останнім часом здобула ЕВТ, яка проявила значну ефективність порівняно зі встановленням СМС та іншими методами.

У представленому дослідженні ми аналізуємо власний досвід лікування пацієнтів з НСША після операції за Льюїсом на базі Національного інституту раку з метою оцінити ефективність різних методів терапії та розробити пропозиції для оптимізації лікувальної тактики.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження базується на ретроспективному аналізі клінічних даних пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні пухлин стравоходу та шлунка ДНП «Національний інститут раку» протягом 2021–2024 рр. Усього дослідження охоплено 116 хворих, які пройшли езофагектомію за методом Льюїса із формуванням інтраоракального стравохідно-шлункового анастомозу. НСША виникла у 21 пацієнта (18,1%).

Вік хворих коливався в діапазоні 39–74 років, середній вік — 58,25 року. Гендерний склад групи з НСША: чоловіки — 20 (95,3%), жінки — 1 (4,7%). Усі пацієнти отримували стандартне передопераційне обстеження, включуючи комп'ютерну томографію (КТ) органів грудної та черевної порожнин, езофагогастроуденоскопію з біопсією та подальшим відправленням матеріалу на гістологічне дослідження, а також ендоскопічну ультрасонографію для точного визначення розмірів новоутворення. Усім пацієнтам виведено нутритивну єюностому.

Стандартизоване післяопераційне ведення включало рутинне дренирування плевральної порожнини та середостіння, встановлення назогастрального зонда для декомпресії шлунково-кишкового тракту, а також профілактичну антибактеріальну терапію.

Діагноз НСША встановлювали на підставі клінічної симптоматики (гарячка, тахікардія, гнійні виділення по дренажу), результатів КТ-дослідження з переральним контрастуванням та ендоскопії. Після верифікації діагнозу пацієнтам обирали відповідну тактику лікування на мультидисциплінарному консилиумі за участю хірургів-онкологів, ендоскопістів та анестезіологів.

Пацієнтів розподілено на групи залежно від обраного методу лікування НСША:

1. Ендоскопічне встановлення напівпокритего СМС — застосовано у 5 (23,8%) пацієнтів. Стент встановлювався під контролем ендоскопії і тільки в разі зовнішнього дренирування асоційованої порожнини. У випадках його міграції виконували репозицію або заміну.
2. ЕВТ — проведено у 8 (38,1%) осіб. Використовували поліуретанову губку, фіксовану до дуоденального зонду з підключенням до вакуумного аспіратора (–125 мм рт.ст.). Заміна системи проводилася кожні 3–4 доби. Губка встановлювалася інтракавітарно, а при зменшенні об'єму дефекту — інтралюмінально. Середня кількість сеансів на 1 пацієнта становила 12 (діапазон 8–16).
3. Хірургічне лікування (операція за Тореком) — проведено у 7 (33,4%) випадках у зв'язку з вираженим медіастинітом

або некрозом шлункового трансплантата. Суть операції полягала у видаленні трансплантата, формуванні цервікальної стоми та гастростомі.

4. Консервативна терапія — здійснена в 1 (4,7%) випадку за умов стабільного загального стану, відсутності септичних явищ, незначного за розмірами дефекту анастомозу (1,0 мм) та позитивної динаміки при повторній візуалізації. Включала харчування через мікроєюностому, антибіотикотерапію та ретельний моніторинг стану хворого.

Критеріями оцінки результатів були летальність, тривалість госпіталізації, кількість інтервенційних процедур, розвиток стриктур або необхідність повторного хірургічного втручання. Додатково аналізувалися побічні ефекти методів лікування, як-от міграція стента, кровотечі при ЕВТ.

### РЕЗУЛЬТАТИ

За період дослідження НСША розвинулася у 21 (18,1%) з 116 пацієнтів, яким було проведено езофагектомію за методом Льюїса. Летальність серед цієї групи хворих становила 10 випадків (47,6%).

При використанні ЕВТ смертність була найнижчою і становила 1 випадок із 8 пацієнтів (12,5%). Ця методика дозволяла ефективно контролювати септичні процеси, зменшувала необхідність радикальних хірургічних втручань та демонструвала позитивну динаміку загоєння дефекту анастомозу.

У групі осіб, яких лікували за допомогою встановлення напівпокритего СМС, летальність становила 3 випадки з 5 пацієнтів (60%).

Операцію за Тореком виконували у найскладніших клінічних ситуаціях (масивний некроз, генералізований сепсис), вона супроводжувалася найвищою летальністю — 6 випадків із 7 пацієнтів (85,7%). Такий високий показник пов'язаний з тяжкістю вихідного стану хворих та значними операційними ризиками.

Консервативне лікування, яке включало харчування через нутритивну мікроєюностому та антибактеріальну терапію, проводили в 1 випадку та зафіксовано повну ефективність із загоєнням дефекту без ускладнень. Однак, враховуючи рідкісність використання цього методу через високі ризи прогресування ускладнення, ця методика не є статистично значущою.

Середній термін госпіталізації пацієнтів з НСША становив 34,8 доби. Хворі, які отримували ЕВТ, мали найдовшу тривалість госпіталізації (в середньому 41 доба), що пояснювалося необхідністю регулярної заміни вакуумної системи. У групі зі встановленням СМС середня тривалість госпіталізації становила 28 днів, у пацієнтів після операції за Тореком — 24 доби, що зумовлено високою летальністю в ранній період лікування.

У 3 осіб (14,3%) виявлено формування стриктури анастомозу: 2 належали до групи ЕВТ, 1 — до групи СМС. Усі хворі з цим ускладненням отримали 4 сеанси ендоскопічної балонної дилатації ділянки звуження з двотижневими інтервалами, після чого клінічні прояви порушення проходження їжі повністю зникли.

Міграція СМС виникла у 2 з 5 випадків (40%), що потребувало додаткового втручання — репозиції або повторного встановлення, заміни.

Кровотеч та формувань стравохідно-бронхіальних нориць під час застосування ЕВТ не було зареєстровано.

### ОБГОВОРЕННЯ

Дані нашого дослідження свідчать про чітку залежність результатів лікування від обраного методу та тяжкості стану пацієнта. Найнижчий рівень летальності був у хворих, яким проводилася ЕВТ. У багатьох дослідженнях зазначаються високий рівень успішності закриття НСША за допомогою ЕВТ, цей показник варіює в межах 86–100% [7], хоча більшість досліджень охоплювала обмежену кількість пацієнтів.

Переваги ЕВТ зумовлені декількома факторами. По-перше, ця методика дозволяє закрити дефект анастомозу та забезпечує ефективне та безпечне видалення інфікованих

тканин та рідини із зони дефекту, знижує ризик поширення інфекції, сприяє утворенню грануляцій та поступовому закриттю дефекту. По-друге, ЕВТ має мінімальний травматичний вплив на тканини порівняно з хірургічним втручанням, що дозволяє уникнути додаткових інвазивних операцій та знизити ризик післяопераційних ускладнень.

З іншого боку, використання ЕВТ потребує від ендоскопіста певних технічних навичок. Це пов'язано зі складнощами при встановленні EVAC-системи в ділянку дефекту анастомозу та її вилученням при заміні, адже відбувається адгезія губки до дна рани через ріст грануляцій.

Єдиним ускладненням ЕВТ, з яким ми зіткнулися при проведенні цього дослідження, було рубцеве звуження стравохідно-шлункового анастомозу. Ефективним і маловитратним рішенням при цьому ускладненні стала ендоскопічна балонна дилатація, що без значної інвазії та в амбулаторному режимі дозволяла розв'язати цю проблему. Недоліком методики є необхідність проходження процедури кілька разів, що викликає певний дискомфорт для хворого.

Встановлення СМС характеризується високою частотою міграцій та недостатньою герметичністю, особливо при великих дефектах анастомозу. У нашому дослідженні міграція стентів була зафіксована у 40% випадків, що потребувало повторних ендоскопічних втручань, додатково ускладнюючи перебіг лікування. Частина хворих скаржилася на біль та дискомфорт у ділянці розміщення СМС, вираженість яких збільшувалася при ковтанні.

Операція за Тореком зарекомендувала себе як метод «останньої надії» з дуже високою летальністю (85,7%). Це підтверджує її застосування лише у критичних ситуаціях, коли інші методики вже не можуть бути ефективними, або у пацієнтів з генералізованим некрозом анастомозу. Високий рівень летальності при проведенні операції за Тореком пояснюється значним тяжким септичним станом хворих, з вираженим медіастинітом та поліорганною недостатністю.

Консервативне лікування, яке включало лише антибіотикотерапію та харчування через мікроєюностому, було успішним лише в одному випадку, що підкреслює необхідність дуже ретельного відбору пацієнтів для такого методу. Ця тактика не повинна розглядатися як стандарт підходу, особливо у пацієнтів із великими дефектами анастомозу та ознаками системної відповіді на інфекцію.

Важливим аспектом є також тривалість госпіталізації пацієнтів. Найбільшим цей показник був у пацієнтів, що проходили ЕВТ, проте вони мали найкращі віддалені результати, найнижчу летальність і найвищу якість життя після виписки. Так, триваліший термін перебування у стаціонарі є виправданим за умови ефективного лікування та зниження ризиків повторних ускладнень.

Загалом результати нашого дослідження узгоджуються з міжнародними дослідженнями, що підтверджують переваги ЕВТ у лікуванні НСША [8–11]. Проте залишаються питання щодо оптимізації протоколів лікування, точного вибору пацієнтів для різних терапевтичних підходів та детальнішого аналізу віддалених результатів.

У майбутньому необхідні проспективні дослідження з більшими групами пацієнтів для більш точного визначення показань і протипоказань до різних методів лікування НСША. Важливо також оцінювати якість життя хворих у віддалений період, що дозволить розробити комплексні підходи до лікування цієї серйозної післяопераційної патології.

## ВИСНОВКИ

НСША є тяжким і небезпечним післяопераційним ускладненням з високою рівнем летальності, що потребує своєчасної діагностики та адекватного лікування.

За даними нашого дослідження, найефективнішим методом лікування НСША є ЕВТ. Завдяки своїй здатності ефективно контролювати септичні процеси, сприяти загоєн-

ню дефектів анастомозу та мінімізувати ризики додаткових оперативних втручань при ЕВТ зафіксовано найнижчий показник летальності (12,5%).

Використання СМС характеризується високим ризиком ускладнень, зокрема частими випадками міграції та недостатньою герметичністю анастомозу. Деякі джерела свідчать про можливість профілактики дислокації шляхом встановлення товстокишкових стентів, але це може бути асоційовано зі збільшенням площі дефекту. Летальність при використанні СМС в нашому дослідженні становила 60%, що свідчить про обмеженість цього методу, яке повинно бути ретельно зважене відповідно до індивідуальних особливостей хворих.

Хірургічна ревізія у вигляді операції за Тореком залишається методом останнього вибору, що застосовується в найтяжчих випадках некрозу анастомозу або генералізованого сепсису. Високий рівень летальності (85,7%) вказує на необхідність дуже ретельного відбору хворих для цього втручання та проведення його виключно в ситуаціях, коли інші методи вичерпані.

Консервативна терапія, яка включає харчування через єюностому та антибіотикотерапію, може бути ефективною лише у випадках малих, клінічно незначних дефектів анастомозу. Цей метод не є стандартним і потребує чітких показань та індивідуалізованого підходу.

Тривалість госпіталізації не повинна бути єдиним критерієм ефективності лікування. Незважаючи на найдовше перебування у стаціонарі пацієнтів, які отримували ЕВТ, саме ці хворі мали найкращі віддалені результати, найнижчу летальність та високу якість життя після виписки.

Подальші дослідження повинні бути спрямовані на уточнення критеріїв вибору пацієнтів для кожного методу лікування, розробку стандартизованих протоколів лікування НСША, а також оцінку якості життя пацієнтів у віддалений період після лікування. Це допоможе розробити комплексні та максимально ефективні підходи до лікування НСША після езофагектомії за методом Льюїса.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Oesophago-Gastric Anastomosis Study Group on behalf of the West Midlands Research Collaborative (2022). Rates of anastomotic complications and their management following esophagectomy: results of the Oesophago-Gastric Anastomosis Audit (OGAA). *Annals of Surgery*, 275(2), e382–e391. doi: 10.1097/SLA.0000000000004649.
2. Fabbì, M., Hagens, E. R. C., van Berge Henegouwen, M. I., & Gisbert, S. S. (2021). Anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: definitions, diagnostics, and treatment. *Diseases of the Esophagus*, 34(1), doaa039. doi: 10.1093/dote/doaa039.
3. Versteegen, M. H. P., Bouwense, S. A. W., van Workum, F., Ten Broek, R., Siersema, P. D., Rovers, M., & Rosman, C. (2019). Management of intrathoracic and cervical anastomotic leakage after esophagectomy for esophageal cancer: a systematic review. *World Journal of Emergency Surgery*, 14, 17. doi: 10.1186/s13017-019-0235-4.
4. Low, D. E., Alderson, D., Ceconello, I., Chang, A. C., Darling, G. E., D'Journo, X. B., ... van Lanschot, J. J. (2015). International consensus on standardization of data collection for complications associated with Esophagectomy: Esophagectomy complications consensus group (ECCG). *Annals of Surgery*, 262(2), 286–294. doi: 10.1097/SLA.0000000000001098.
5. Kassis, E. S., Kosinski, A. S., Ross, P. Jr., Koppes, K. E., Donahue, J. M., & Daniel, V. C. (2013). Predictors of anastomotic leak after Esophagectomy: an analysis of the Society of Thoracic Surgeons general thoracic database. *Annals of Thoracic Surgery*, 96(6), 1919–1926. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.07.119.
6. Turkyilmaz, A., Eroglu, A., Aydin, Y., Tekinbas, C., Muharrem Erol, M., & Karaoglanoglu, N. (2009). The management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma. *Diseases of the Esophagus*, 22(2), 119–126. doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00866.x.
7. Pines, G., Bar, I., Elami, A., Sapojnikov, S., Hikri, O., Ton, D., ... Melzer, E. (2018). Modified endoscopic vacuum therapy for nonhealing esophageal anastomotic leak: technique description and review of literature. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(1), 33–40. doi: 10.1089/lap.2017.0318.
8. Intriago, J. M. V., de Moura, D. T. H., do Monte Junior, E. S., Proença, I. M., Ribeiro, I. B., Sánchez-Luna, S. A., ... de Moura, E. G. H. (2022). Endoscopic Vacuum Therapy (EVT) for the Treatment of Post-Bariatric Surgery Leaks and Fistulas: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obesity Surgery*, 32, 3435–3451. doi: 10.1007/s11695-022-06228-0.
9. Jung, D. H., Yun, H. R., Lee, S. J., Kim, N. W., & Huh, C. W. (2021). Endoscopic Vacuum Therapy in Patients with Transmural Defects of the Upper Gastrointestinal Tract: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2346. doi: 10.3390/jcm10112346.
10. Tavares, G., Tustumi, F., Tristão, L. S., & Bernardo, W. M. (2021). Endoscopic vacuum therapy for anastomotic leak in esophagectomy and total gastrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Diseases of the Esophagus*, 34(5), doaa132. doi: 10.1093/dote/doaa132.
11. Sousa, P., Castanheira, A., Martins, D., Pinho, J., Araújo, R., Cancela, E., ... Silva, A. (2017). Treatment of postoperative leaks of the upper gastrointestinal tract

with colonic self-expandable metal stents. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology*, 24(4), 169–175. doi: 10.1159/000453115.

### Treatment of esophagogastric anastomotic leakage after Ivor Lewis esophagectomy

Y.M. Kondratskyi<sup>1</sup>, I.L. Nastashenko<sup>1,2</sup>, Y.O. Svichkar<sup>1,2</sup>,  
O.Y. Dobrzhanskyi<sup>1,2</sup>, I.O. Ukrainets<sup>1,3</sup>, Y.A. Shudrak<sup>1,2</sup>, M.O. Pepenin<sup>1,2</sup>,  
A.V. Kolesnyk<sup>1</sup>, V.O. Turchak<sup>1</sup>, A.V. Horodetskyi<sup>1,2</sup>, N.O. Koval<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nonprofit Organization National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Abstract. Introduction.** Ivor Lewis esophagectomy remains a challenging procedure with a substantial risk of postoperative complications. Esophagogastric anastomotic leakage (EAL) is among the most severe complications, reported in 11.4–21.2% of patients and associated with mortality rates ranging from 7.2 to 35%. To evaluate outcomes of different treatment strategies for EAL after Ivor Lewis esophagectomy in a tertiary cancer center. **Materials and methods.** A retrospective cohort study included 116 patients who underwent Ivor Lewis esophagectomy with intrathoracic esophagogastric anastomosis at the National Cancer Institute (Kyiv, Ukraine) during 2021–2024. EAL occurred in 21 patients (18.1%). Patients were managed with one of the following approaches: placement of a partially covered self-expanding metal stent (SEMS) (n=5), endoscopic vacuum therapy (EVT) (n=8), surgical management (Torek procedure) for severe mediastinitis and/or gastric conduit necrosis (n=7), or conservative management (n=1) in a clinically stable patient

with a small defect. Endpoints included mortality, length of hospital stay, number of interventions, development of strictures, and need for reoperation; adverse events were also recorded. **Results.** Overall mortality among patients with EAL was 47.6% (10/21). EVT demonstrated the lowest mortality (12.5%, 1/8). Mortality was 60% (3/5) after SEMS placement and 85.7% (6/7) after the Torek procedure, reflecting the critical baseline condition in this subgroup. The mean length of stay in patients with EAL was 34.8 days. **Conclusions.** EAL after Ivor Lewis esophagectomy is associated with high mortality and requires prompt diagnosis and individualized treatment. EVT was associated with the most favorable outcomes in our cohort and may be considered the preferred approach when technically feasible; SEMS should be reserved for carefully selected cases, and surgical revision remains a last-resort option for conduit necrosis or generalized sepsis.

**Key words:** esophagectomy; Ivor Lewis; esophagogastric anastomotic leakage; endoscopic vacuum therapy; self-expanding metal stent; diversion; mediastinitis.

Адреса для листування:

Добржанський Олексій

03022, Київ, вул. Здановської Юлії, 33/43

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку»

E-mail: oleksii.dobrzhanskyi@unci.org.ua.

Correspondence:

Oleksiy Dobrzhanskyi

33/43 Yulii Zdanovskoi str., Kyiv, 03022

Nonprofit Organization National Cancer Institute

E-mail: oleksii.dobrzhanskyi@unci.org.ua