

оправдано проведение радикальных операций (ПДР) пациентам, страдающих раком головки поджелудочной железы, осложненным обструктивной желтухой.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Гедревич З. Э., Прохоров А. В., Лабунец И. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на совершенствование хирургической техники, использование современных сшивающих материалов, формирование толстокишечных анастомозов почти в 40% случаев, по данным ряда исследователей, приводит к осложнениям, ухудшающим исход операции.

Цель настоящего исследования – изучение основных причин, ведущих к осложнениям, и способов их профилактики.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 986 пациентов с колоректальным раком, хирургическое лечение которых сопровождалось формированием толстокишечных анастомозов. Среди пациентов преобладали лица женского пола – 1:1,4. Средний возраст пациентов – $69 \pm 8,3$ года. По типу формирования анастомоза чаще (63%) выполнялись соустья «конец в конец», в 13% – случаев «бок в бок» и 24% – «конец в бок». По способу наложения в 86% случаев использован инвертированный шов, в 9% случаев сформировано эвертированное соустье и в 5% случаев выполнен погружной шов. По виду соединения швов в 84% использован непрерывный вариант, в 12% – механический и в 4% – узловый. По рядности предпочтение в 98% случаев отдано двурядному шву. В 23% случаев пациенты получили предоперационный курс лучевой терапии – 20 Гр. в режиме крупного фракционирования дозы. В качестве мер профилактики несостоятельности швов анастомоза использовали предоперационную подготовку кишечника фортрансом, трансанальное дренирование, формирование превентивной колостомы, обработку анастомоза биологическим клеем.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения составили 8,2%. Летальность – 1,8%. По структуре послеоперационных осложнений случаи распределились следующим образом: кровотечение – 0,5%, кишечная непроходимость – 0,5%, эвентрация – 0,3%, мезотромбоз – 0,4%, нагноение раны – 0,7%, несостоятельность швов анастомоза – 4,9%, полиорганная недостаточность – 0,9%. Ретроспективный анализ причин несостоятельности анастомозов как наиболее грозных осложнений показал, что риск возникновения несостоятельности выше в группе пациентов, получавших лучевое лечение, имеющих возраст старше 75 лет, с низко расположенными от ануса анастомозами, страдающими выраженными сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также в случаях возникновения профузного кровотечения в ходе вмешательства. В то же время оказалось, что превентивная колостома, трансанальное дренирование, использование биологического клея достоверно не влияют на состоятельность толстокишечного анастомоза.

Вывод. Причиной несостоятельности толстокишечных анастомозов является одновременное сочетание нескольких неблагоприятных факторов.

НАВИГАЦИОННАЯ СИСТЕМА «DECLIPSESPEКТ» ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ «СИГНАЛЬНЫХ» ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Гладышев А. О., Кондратович В. А.

УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»

Республиканский центр опухолей щитовидной железы,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Визуализация сигнальных лимфоузлов при опухолях разных локализаций необходима для определения показаний к выполнению регионарной лимфодиссекции. Навигационная система «DeclipseSPECT», основанная на изотоп-ассоциированном методе детекции, позволяет точно определить