

полисегментарная пневмония – 3,2% (2/63), кровотечение – 1,6% (1/63).

Поздняя рубцовая стриктура пищеводно-толстокишечного анастомоза развилась в 8,3% (3/30) случаев. Общая 1, 3 и 5-летняя выживаемость составила 85,3%, 55,3% и 23,7%, соответственно. Медиана выживаемости – $23,9 \pm 4,8$ (95% ДИ 14,5–33,3) месяца.

Заключение. Реконструктивная (повторная и отсроченная) толстокишечная пластика пищевода является сложным вмешательством, позволяющим добиться удовлетворительных отдаленных результатов лечения, сопоставимых с таковыми после выполнения стандартных операций (резекция пищевода или эзофагэктомия с одноэтапной эзофагопластикой) и должна выполняться при дефиците пластического материала, обеспечивая потенциал долговременной выживаемости за счет улучшения качества жизни и создания условий для проведения специального лечения в случае прогрессирования злокачественной опухоли.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА

Касюк А.А., Зарецкий С. В.

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, п. Лесной, Республика Беларусь

Введение. Удельный вес послеоперационных гнойно-септических осложнений у пациентов с метастазами в позвоночнике варьирует от 10 до 40% и не имеет тенденции к снижению.

Цель: изучить частоту и структуру послеоперационных инфекционных осложнений у пациентов с метастазами в позвоночнике.

Материал и методы. Материалом для ретроспективного анализа послужили данные о 274 пациентах, прооперированных в 2005-2017 гг. в Республиканском научно-практическом центре онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова по

поводу метастазов в позвоночнике. Этим пациентам, первично отобраным для анализа, всего было выполнено 300 оперативных вмешательств (1 операция – у 254 пациентов, 2 – у 14, 3 – у 2, 4 – у 3). Итоговому анализу были подвергнуты данные о 300 операциях (искусственная группа пациентов, сформированная для статистической обработки из расчета 1 пациент – 1 операция).

Мужчин в анализируемой группе было 196 (65,3%), женщин – 104 (34,7%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 83 лет (медиана – 59 лет). Распределение пациентов в зависимости от диагноза: рак почки – 80 (26,7%), рак предстательной железы – 42 (14,0%), рак легкого – 41 (13,7%), рак молочной железы – 39 (13,0%), метастазы рака из неустановленного первичного очага – 20 (6,7%), другие – 78 (25,9%).

Структура операций: спондилэктомия – 6 (2,0%), паллиативная резекция – 8 (2,7%), декомпрессивная операция – 189 (63,0%), декомпрессивно-стабилизирующая операция – 97 (32,3%). Продолжительность операции варьировала от 30 до 425 мин. (медиана – 145 мин.), объем интраоперационной кровопотери варьировал от 100 до 6500 мл (медиана – 350 мл).

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения развились у 70 (23,3%) пациентов: у 28 (40,0%) были осложнения инфекционного характера, у 36 (51,4%) – неинфекционного, у 6 (8,6%) – смешанного характера.

В целом послеоперационные гнойно-септические осложнения развились у 34 (11,3%) пациентов. Число осложнений у одного пациента варьировало от 1 до 4, при том суммарно было выявлено 47 осложнений.

Структура послеоперационных гнойно-септических осложнений (n=47): пневмония – 16 (34,0%), нагноение послеоперационной раны – 15 (31,9%), гнойный цистит – 4 (8,5%), сепсис – 2 (4,3%), гнойный трахеобронхит – 1 (2,1%), эмпиема плевры – 1 (2,1%), менингит – 1 (2,1%), обострение хронического обструктивного заболевания легкого – 1 (2,1%), фебрильная нейтропения IV степени – 1 (2,1%), глубокие инфицированные пролежни ягодичных областей – 2 (2,1%),

энтероколит – 1 (2,1%), гнойный спондилодисцит – 1 (2,1%), нагноение стернотомной раны – 1 (2,1%).

Таким образом, наиболее частыми послеоперационными гнойно-септическими осложнениями в анализируемой группе пациентов оказались пневмония (16 (47,1%) пациентов) и нагноение послеоперационной раны (15 (44,1%) пациентов).

В целом частота развития пневмонии в послеоперационном периоде составила 5,3%, инфекции в области хирургического вмешательства – 4,7%.

Тактика лечения послеоперационных раневых гнойно-септических осложнений определялась нами в зависимости от глубины поражения и наличия металлоконструкции.

Так, всем пациентам с поверхностной раневой инфекцией и локальной глубокой инфекцией без металлоконструкции на первом этапе проводилось консервативное лечение: вскрытие и дренирование гнойного очага с эмпирической антибиотикотерапией (при высоком риске развития сепсиса) до получения результата бакпосева, далее – согласно антибиотикограмме. При отсутствии эффекта от консервативного лечения выполнялась ревизия всей раны с ее приточно-отточным дренированием.

У пациентов с глубокой раневой инфекцией, развившейся после декомпрессивно-стабилизирующей операции, на первом этапе сразу проводились демонтаж металлоконструкции, некрэктомия с приточно-отточным дренированием раны, постоянной перфузией раны на фоне антибиотикотерапии. Дренажи удалялись нами на 7-14 сутки после реоперации.

Все повторные оперативные вмешательства были выполнены 5 (14,7%) пациентам по поводу глубокой инфекции в области хирургического вмешательства: у 3 пациентов выполнен демонтаж металлоконструкции, у 2 – ревизия раны, некрэктомия, дренирование.

Согласно результатам микробиологического исследования, наиболее частым возбудителем раневой инфекции был *S.aureus* (70%).

Ни у кого из пациентов послеоперационные гнойно-септические осложнения не привели к летальному исходу.

Выводы:

1. Частота развития послеоперационных гнойно-септических осложнений у пациентов, прооперированных по поводу метастатического поражения позвоночника, составила 11,3%.
2. Удельный вес инфекционных осложнений в структуре всех послеоперационных осложнений – 40,0%.
3. Самыми частыми послеоперационными осложнениями инфекционного характера были пневмония и нагноение послеоперационной раны, частота развития которых составила 5,3 и 4,7%, соответственно, а удельный вес в структуре осложнений гнойно-септического характера – 47,1 и 44,1%, соответственно.
4. Сепсис в послеоперационном периоде выявлен у 2 (0,7%) пациентов.
5. Летальных исходов от гнойно-септических осложнений не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С. Е., Журавлев А. В., Чернов А. А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. При осложненных формах КРР (кровотечение, непроходимость, перфорация) в 40-80% выполняются двухэтапные хирургические вмешательства, заканчивающиеся формированием одностольной кишечной стомы. В плановой хирургии рака прямой кишки в последнее время отмечается значительное увеличение числа радикальных сфинктеросохраняющих операций (низких передних резекций прямой кишки) при которых в большинстве случаев формируется превентивная трансверзостома или илеостома. Восстановительные операции по устранению одностольной колостомы относятся к наиболее сложным оперативным вмешательствам на толстой кишке.