

по брыжеечному краю кишок. Интрамуральные сосуды, являющиеся продолжением концевых артерий и проходящих перпендикулярно просвету кишки, попадают в зону шва, нарушая тем самым кровоснабжение зоны анастомоза. Термино-латеральная реконструкция лишена этих недостатков, позволяет выбрать, не вызывающий сомнений в плане кровоснабжения участок ободочной кишки, независимо от диаметра приводящего и отводящего участков кишок.

Выводы. Несостоятельность илеотрансверзоанастомоза после правосторонней гемиколэктомии является наиболее частым осложнением операции и основной причиной послеоперационной летальности. Выбор метода реконструкции должен основываться на опыте хирурга. Тем не менее, при наличии признаков нарушения пассажа по кишечнику предпочтение следует отдавать термино-латеральному анастомозу.

ВЕНОЗНЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Харьков Д. П., Руммо О. О., Пикиреня И. И., Щерба А. Е.,
Авдей Е. Л., Кирковский Л. В., Богушевич О. С.,
Глинник А. А., Жданович Ю. Ю., Коротков С. В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Заболеваемость раком поджелудочной железы ежегодно увеличивается и занимает шестое место по распространённости среди онкологических заболеваний взрослых. Инвазия воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен является частым осложнением у пациентов с аденокарциномой головки поджелудочной железы, ухудшает результаты хирургического лечения и прогноз, становится основным и наиболее трудным препятствием на пути выполнения радикальной операции и последующей сосудистой реконструкции.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с инвазивной аденокарциномой головки поджелудочной железы

(ТЗ) путем использования дифференцированного подхода при выборе типа сосудистой реконструкции.

Материал и методы. С 2008 по 2018 гг. в УЗ «9-я ГКБ» г. Минска у 56 пациентов (м:ж=31:25) с инвазивной аденокарциномой головки поджелудочной железы (ТЗ) выполнены разные типы резекций/реконструкций воротной вены (ВВ), верхней брыжеечной вены (ВБВ), селезеночной вены (СВ). В зависимости от уровня инвазии по высоте (ВВ, СВ, ВБВ) и длины инвазии по окружности (более или менее $\frac{1}{4}$) планировали тип сосудистой резекции/реконструкции. При инвазии ВВ менее $\frac{1}{4}$ по окружности выполняли тангенциальную резекцию (V1). Сегментарная резекция ВВ с первичным анастомозом «termino-terminal» выполнялась при инвазии ВВ более $\frac{1}{4}$ по окружности (V2). Сегментарную резекцию ВВ, СВ и ВБВ с использованием донорского аллогraftа (V3) выполняли при значительном диастазе и невозможности наложения первичного анастомоза. Использовали 2 типа венозных кондуитов (подвздошная вена, ВБВ) из банка донорских сосудистых аллогraftов ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». При инвазии ВБВ всегда использовали трансмезентериальный доступ по Накао. Все резекции вен (кроме тангенциальной) производили после выполнения мобилизации печени (для уменьшения длины дефекта вены и ее натяжения).

Результаты и обсуждение. Резекции/реконструкции вен V1, V2 и V3, были выполнены у 23, 14 и 19 пациентов, соответственно. Время сосудистой изоляции при наложении анастомоза не превысило 40 минут. Послеоперационные осложнения у пациентов следующие: нарушение эвакуации из желудка – у 7 (12,5%) пациентов, пневмония – у 6 (10,7%), несостоятельность панкреатикоеюноанастомоза – у 4 (7,1%), патологическое внутрибрюшное скопление жидкости – у 4 (7,1%), внутрибрюшное кровотечение у 3 (5,3%), гастроинтестинальное кровотечение – у 2 (3,5%), сепсис – у 2 (3,5%), инфаркт миокарда – у 1 (1,7%), ТЭЛА – у 1 (1,7%), острая кишечная непроходимость – у 1 (1,7%). Релапаротомии были выполнены у 9 (16%) пациентов. Периоперационная летальность составила 2 случая (3,5%) в результате ТЭЛА и инфаркта миокарда. Медиана выживаемости составила 18,7 месяца. В

большинстве случаев и клиник Республики Беларусь такие погранично резектабельные процессы служат причиной отказа от хирургического вмешательства. Техническая и методическая сложность хирургической процедуры наряду с онкологической перспективой до настоящего времени являются основанием для ряда альтернативных подходов, в основе которых лежит химиолучевая или локорегиональная терапия. С другой стороны, и агрессивный резекционный подход в немалой степени обуславливает положительный результат высокотравматичной и технологичной трансплантационной хирургии. Все эти подходы являются результатом баланса выбора пациента, этических границ, опыта и умений коллектива, и имеют право на жизнь в каждом конкретном случае.

Выводы.

1. Дифференцированный подход к выбору объема панкреатодуоденальной резекции позволяет улучшить результаты лечения.
2. Использование донорских аллографтов позволяет выполнить разные типы сосудистых реконструкций.
3. Отсутствие эффективных альтернатив и исход неоперированных пациентов оправдывает агрессивный подход у пациентов с приемлемым физическим статусом и операционным риском.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Чернат М. В.¹, Донская А. Е.¹, Антош Ю. Ф.¹, Мишин И. В.,^{2,3}

¹ Отдел торако-абдоминальной хирургии, НИИ онкологии
² Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая
Тестемицану, кафедра хирургии № 1 им. Николая Анестиади,
лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии

³ Институт ургентной медицины, Кишинев, Республика Молдова

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – наиболее частые мезенхимальные новообразования в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) с наиболее частой локализацией в желудке (60-70%).