

ных исходов, связанных с лечением, не наблюдалось. 2-летняя выживаемость составила $72,9 \pm 6,41\%$ в основной группе и $58 \pm 6,97\%$ в контрольной ($p=0,18$).

Вывод. Предложенный метод адьювантного химиолучевого лечения больных РЖ характеризуется удовлетворительной переносимостью и тенденцией к улучшению отдаленных результатов лечения; необходимы большее число и длительность наблюдений. Исследование продолжается.

НОВЫЕ СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИИ

Ильин И.А., Малькевич В.Т., Подгайский А.В.
РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова
Минск, Беларусь

Цель. Разработать и внедрить в клиническую практику новые способы профилактики ишемических осложнений в реконструктивно-пластической хирургии рака пищевода и кардии с использованием для формирования искусственного пищевода толстокишечного трансплантата: 1) ликвидация факторов компрессии; 2) формирование пищеводно-толстокишечного анастомоза конец в конец; 3) разные варианты ангиотранспозиции сосудов трансплантата в сосуды грудной клетки.

Материал и методы. На секционном материале (25 трупов) изучены варианты формирования толстокишечного трансплантата из правого фланга толстой кишки на основной сосудистой ножке из левых ободочных сосудов с включением в трансплантат дополнительной сосудистой ножки. В эксперименте производили субтотальную мобилизацию ободочной кишки и формирование трансплантата. В качестве дополнительной сосудистой ножки для ангиотранспозиции изучены анатомические особенности пересеченных у основания правых, средних, добавочных средних и левых ободочных сосудов. Трансплантат перемещали на шею в ретростернальном предфасциальном тоннеле с размещением основной сосудистой ножки трансплантата слева и ретрогастрально. При формировании ретростернального тоннеля выполняли резекцию мечевидного отростка грудины и широкое рассечение группы передних прямых мышц шеи слева (грудиноподъязычной, грудинощитовидной и верхнего брюшка лопаточно-подъязычной) с целью ликвидации костного и мышечного факторов компрессии на трансплантат в наиболее узких местах (канал

верхней и канал нижней апертуры грудной клетки). На шее формировали пищеводно-толстокишечный анастомоз конец в конец. С целью осуществления этапа ангиотранспозиции формировали реципиентную зону путем резекции хрящевой части соответствующего ребра слева (на уровне расположения дополнительной сосудистой ножки трансплантата). В реципиентной зоне мобилизовали левые внутренние грудные сосуды и подвели дополнительную сосудистую ножку трансплантата из ретростерального тоннеля. Формировали микрососудистые анастомозы между сосудами трансплантата и левыми внутренними грудными сосудами грудной клетки. Одновременно продолжали абдоминальный этап операции по восстановлению непрерывности пищеварительного тракта путем формирования дигестивных соустьев (кологастро- или колоэнттероанастомоза и колоколоанастомоза). Проведенный анатомический эксперимент послужил прототипом для выполнения оперативных вмешательств у пациентов, страдающих раком пищевода и кардии, которые нуждались в реконструкции (невозможность пластики желудком).

В течение 2009–2012 гг. разработанные в эксперименте варианты ангиотранспозиции выполнены у 20 пациентов. Средний возраст – $56,56 \pm 1,58$ (от 40 до 70 лет). По поводу рака пищевода пластика выполнена у 13 (65%) пациентов, кардии – 7 (35%). В качестве источника дополнительного кровоснабжения использована левая внутренняя грудная артерия, которая анастомозирована с правой ободочной артерией в 7 (35%) наблюдениях, со средней ободочной артерией – 10 (50%), с добавочной средней ободочной артерией – 2 (10%), с левой ободочной артерией – 1 (5%). Дополнительно межвенозные анастомозы сформированы у 5 (25%) пациентов.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила $357,19 \pm 18,9$ мин. Интраоперационная кровопотеря – $415,63 \pm 62,2$ мл. Частота послеоперационных осложнений составила 25%. В структуре послеоперационных осложнений наблюдались: частичная несостоятельность швов шейного эзофагоколоанастомоза – 2 (10%); субтотальный некроз трансплантата – 1 (5%); тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – 1 (5%); поздняя рубцовая стриктура анастомоза – 1 (5%). 30-дневная послеоперационная летальность составила 10%. В структуре летальности наблюдались ТЭЛА – 1; по причинам, не связанным с вмешательством – 1.

Выводы. Разработанные в эксперименте способы профилактики ишемических осложнений позволяют достичь ряда преимуществ:

1. Ликвидировать костный и мышечный факторы компрессии на трансплантат при формировании ретростерального тоннеля.
2. Расположить трансплантат в изоперистальтической позиции и сохранить функционально важный илеоцекальный сегмент кишки.
3. Осуществить ангиотранспозицию сосудов трансплантата (правые,

средние, добавочные средние, левые ободочные сосуды) в сосуды грудной клетки (левые внутренние грудные сосуды).

4. Осуществить выбор уровня формирования реципиентной зоны в зависимости от ангиоархитектоники трансплантата на протяжении от II до IV ребра.

5. Анатомически разобщить реципиентную зону васкуляризации от зоны формирования шейного пищеводно-толстокишечного анастомоза с потенциально высоким риском развития гнойных осложнений.

6. Обеспечить адекватное кровоснабжение проксимальных отделов трансплантата, что позволяет снизить риск развития ранних и поздних рубцовых стриктур пищеводно-толстокишечного анастомоза.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОНЦЕПЦИИ МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ ЖИВОТА

Трухан А.П., Жидков С.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Концепция многоэтапного хирургического лечения (с позиций тактики «damage control» – «контроль повреждений») широко внедряется во все области медицины повреждений, в том числе и в абдоминальную хирургию. Основным принципом данной концепции является сокращение объема первого оперативного вмешательства и смещение окончательного восстановления поврежденных органов и структур до стабилизации жизненно важных функций организма.

При лечении пострадавших с травмами живота применение тактики «damage control abdomen» подразумевает:

1. Контроль кровотечения (быстрая остановка его всеми доступными способами). Обязательным является восстановление брюшной аорты, нижней полой вены, общей и наружной подвздошных артерий или временное их протезирование. Остановка кровотечения из других крупных сосудов достигается наложением зажимов и перевязкой. При обширных повреждениях печени выполняется ее тампонада, при повреждении почки и селезенки производится их удаление (при сохранности другой почки). Выполняется тампонада раневых каналов забрюшинного пространства и таза.

2. Предотвращение дальнейшей контаминации брюшной полости.