

**Ревтович М.Ю.**

## **ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИБРЮШНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ**

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Применение внутрибрюшной перфузионной термохимиотерапии (ВПТХТ) с одной стороны помогает улучшить отдаленные результаты лечения резектабельного рака желудка (РЖ), с другой стороны сообщается об увеличении количества послеоперационных осложнений, включая несостоятельность швов пищевода-кишечного анастомоза (ПКА), что ограничивает широкое применение перфузионной термохимиотерапии в рамках комплексного лечения РЖ.

**Цель** – снизить риск развития несостоятельности швов ПКА при проведении ВПТХТ путем разработки способа формирования анастомоза, предотвращающего контакт линии швов последнего с нагретым перфузатом.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования явились данные о непосредственных результатах лечения 42 пациентов, которым по поводу РЖ IIВ–IIIС стадии было выполнено радикальное хирургическое лечение в объеме гастрэктомии абдоминальным доступом в сочетании с лимфодиссекцией D2 и закрытым вариантом проведения ВПТХТ (то есть после завершения формирования анастомозов и ушивания лапаротомной раны) в режиме: цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> + доксорубицин 50 мг/м<sup>2</sup>, 42<sup>0</sup>С, 1 час. Принимая во внимание негативное влияние повышенной температуры и находящихся в полости брюшины цитостатиков во время проведения ВПТХТ на заживление анастомозов, предложен способ профилактики несостоятельности швов ПКА, заключающийся в том, что формируют в заднем средостении приблизительно на 2 см выше пищевода отверстия диафрагмы горизонтальный впередиободочный пищевода-кишечный анастомоз «конец в бок» с использованием аппарата циркулярного шва, располагая последний на уровне пищевода отверстия диафрагмы (или на 1,0-1,5 см выше его) и изолируя ПКА от свободной брюшной полости подшиванием диафрагмально-пищеводной связки к серозной оболочке тонкой кишки, взятой для формирования ПКА, и/или сшиванием ножек диафрагмы 2 швами (патент Республики Беларусь № 20169 от 25.02.2016).

**Результаты.** Формирование ПКА на уровне абдоминального сегмента пищевода без дополнительной защиты последнего от действия высокой температуры и находящихся в брюшной полости цитостатиков привело (на этапе освоения техники проведения ВПТХТ) к несостоятельности швов ПКА у 2 из 8 пациентов. Использование предложенного усовершенствованного варианта формирования ПКА позволило у 34 пациентов избежать случаев

несостоятельности швов анастомоза и летальных исходов ( $p=0,033$ ). Последнее в свою очередь обусловило приемлемые отдаленные результаты комплексного лечения РЖ, позволив увеличить показатели выживаемости в сравнении с группой хирургического контроля: скорректированной выживаемости –  $45,1\pm 6,4\%$  и  $27,0\pm 6,7\%$  ( $p_{\log\text{-rank}}=0,05$ ); выживаемости, свободной от прогрессирования –  $42,1\pm 6,3\%$  и  $16,3\pm 5,5\%$  ( $p_{\log\text{-rank}}<0,001$ ); выживаемости, свободной от диссеминации –  $45,2\pm 6,3\%$  и  $19,4\pm 5,9\%$  ( $p_{\log\text{-rank}}=0,001$ ).

**Заключение.** Изоляция ПКА от брюшной полости позволяет использовать закрытый вариант проведения перфузионной термохимиотерапии, что сокращает время проведения операции и продолжительность контакта медперсонала операционной с токсичными парами химиопрепаратов. Благодаря расположению анастомоза над диафрагмой с изоляцией его от свободной брюшной полости исключается контакт линии швов анастомоза с цитостатиком, чем предотвращается негативное воздействие последнего на репарацию тканей в зоне анастомоза, а также термическое повреждение ишемизированных тканей в зоне ПКА, что позволяет получить благоприятные непосредственные, а также в последующем и отдаленные результаты лечения.