

Кравец В. Т., Сенько И. С.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Лабунец И. Н.

Кафедра онкологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Стандартным лечением рака пищевода и проксимальных отделов желудка является радикальная операция. Для восстановления целостности пищеварительного тракта после проксимальной резекции пищевода, гастрэктомии и резекции пищевода необходимо формирование пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. Самым грозным осложнением в раннем послеоперационном периоде при этом остается несостоятельность швов пищеводного соустья. Частота данного осложнения, по данным различных авторов, колеблется от 0 % до 10 %, а смертность составляет от 20 % до 60 %.

Цель: изучение эффективности и надёжности используемой нами инвагинационной методики формирования безаппаратного ручного пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомоза.

Материалы и методы. Инвагинационные анастомозы основаны на инвагинации пищевода в желудок или в тонкую кишку в виде «чернильницы-непроливайки». Их преимущество состоит в том, что, во-первых, они достаточно удобны и не удлиняют время операции; во-вторых, их внутренний и наружный ряды швов располагаются в двух уровнях, что является профилактикой одного из основных механизмов в патогенезе несостоятельности – проникновения инфекции в ткани анастомоза, а затем – в окружающее его клетчаточное пространство; в-третьих, сформированный клапан обладает антирефлюксными свойствами.

Данная методика наложения анастомоза использовалась у 301 пациента после проксимальных резекций желудка и операций типа Льюиса и у 870 пациентов - после гастрэктомии. Данные операции выполнялись в Минском городском клиническом онкологическом диспансере за период с 2003 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждения. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза наблюдалась в 9 случаях (0,8 %). При этом непосредственной причиной смерти она явилась в у 6 (0,5 %) пациентов. Чёткой зависимости от вида хирургического вмешательства, локализации анастомоза в брюшной или грудной полостях, метода пластики (желудок, тонкая кишка), а также от распространённости опухолевого процесса выявлено не было.

Выводы. Таким образом, методика формирования инвагинационного анастомоза с наложением отдельных узловых швов соответствует всем современным требованиям и обладает высокой надёжностью.