**ОПТИМИЗАЦИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ГАСТРЭКТОМИЯХ**

Винник Ю.А., Трунов Г.В. Шаповалов Д.В., Мухамед Саед Абухасан

Харьковский областной клинический онкологический центр, Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования.

В 22,5% случаев смертельные исходы в отдаленные сроки после гастрэктомии (ГЭ) связаны не с прогрессированием злокачественного процесса, а вызваны нарушением метаболизма и развитием истощения. Разработка оптимальных способов реконструкции пищеварительного тракта, рассматривается не только как вариант улучшения функциональных нарушений пищеварения, но и как один из путей улучшения отдаленных результатов лечения больных раком желудка (РЖ).

**Цель –** улучшить непосредственные, отдаленные и функциональные результаты хирургического лечения больных раком желудка путем разработки и внедрения новых методов выполнения реконструктивно-восстановительного этапа операции.

**Материалы** – обследовано 119 больных раком желудка, которым была выполнена гастрэктомия. Больные были разделены на 2 группы. У больных 1-й группы (63 пациента) пищеводно-кишечный анастомоз сформирован по оригинальной методике однорядным ручным швом. Анастомоз у больных 2-й группы (54 пациента) был сформирован двухрядным ручным швом по методике Гиляровича. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и стадии процесса.

**Результаты**. В 1-й группе послеоперационные осложнения составили11,1% по сравнению с больными 2-й группы 22,2%. Летальность у больных первой группы отсутствовала, а у больных 2-й группы умерло 2 человека (3,7%) от несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза и от тромбоэмболии легочной артерии. Дефицит массы тела через год после операции у больных 1-й группы составил 9,5%, а у больных 2-й группы 17,6%. Энтеро-эзофагеальный рефлюкс был выявлен у 20,6% больных 1-й группы и у 25,9% больных второй группы. Однолетняя выживаемость составила 68,3% у больных 1-й группы и 51,8% у больныз 2-й группы. Трехлетняя выживаемость у больных 1группы составила 49,2%, у больных 2-й группы 37,1%.

**Выводы.** Использование однорядного ручного шва при формировании пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии по оригинальной методике позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, летальность, улучшить функциональные результаты и повысить трехлетнюю выживаемость на 12%.

Сведения об авторах

1. Винник Юрий Алексеевич – директор Харьковского онкоцентра, зав. каф. онкохирургии ХМАПО, д.м.н., профессор, тел. раб. 057-3151173. Лесопарковская ул., 4, Харьков, Украина, 61070.
2. Трунов Геннадий Витальевич – доцент кафедры онкологии ХНМУ, к.м.н., тел. 0992910422, раб. 057-3118081, [trunov\_gv@mail.ru](mailto:trunov_gv@mail.ru) .
3. Мохамед Саед Абухассан – аспирант кафедры онкохирурргии ХМАПО.
4. Шаповалов Дмитрий Владимирович – врач торакального отделения Харьковского онкоцентра, к.м.н., тел. 0503027611, тел. раб. 057-3118078