

**Оценка применения протокола ускоренной реабилитации больных после  
эзофагэктомии.**

**Научный руководитель – Ручкин Дмитрий Валерьевич**

**Ян Мария Николаевна**

*Студент (магистр)*

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Факультет  
фундаментальной медицины, Кафедра хирургии, Москва, Россия

*E-mail: podsolnuh2003@mail.ru*

**Актуальность.** Протокол ускоренной реабилитации (ПУР) основан на мультидисциплинарном подходе к лечению пациента. Командная работа хирурга, анестезиолога, реаниматолога и терапевта предполагает совместное лечение пациента до, во время и после операции. Цель ПУР состоит в уменьшении частоты послеоперационных осложнений и сроков восстановления пациентов после хирургического вмешательства. **Эзофагэктомия (ЭЭ)** является одним из сложных и травматичных торакоабдоминальных вмешательств, сопряженным с высоким риском осложнений (50-60%) и летальности (8-15%). Разработка и применение протокола периоперационного обеспечения является новым эволюционным шагом в развитии любой хирургической технологии и позволяет добиться ее наилучших результатов.

**Методы.** В период с декабря 2012 г. по декабрь 2016 г. в рамках ПУР 150 пациентам выполнена экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой. Медиана возраста пациентов составила 58 (в интервале 18-89) лет, при соотношении мужчин и женщин 2:1. Доля пациентов с тяжелой сопутствующей патологией ASA III-IV составила 60%. Потеря массы тела от 5 кг до 20 кг за период болезни отмечена у 47% пациентов. Показаниями к ЭЭ служили рак пищевода и пищеводно-желудочного перехода у 54,7% пациентов, доброкачественные заболевания пищевода (пептическая и ожоговая стриктуры, терминальная стадия ахалазии кардии) - у 45,3%. Трансторакальную экстирпацию грудного отдела пищевода (операцию McKeown) выполнили 68 (45,3%), трансхиатальную экстирпацию - 82 (54,7%) пациентам. Эзофагопластику желудочной трубкой выполнили 140 (93,3%), а пластику толстой кишкой - 10 (6,7%) больным. Ручной шейный эзофагогастроанастомоз сформировали двухрядным 139 (92,7%), однорядным - 11(7,3%) пациентам. ПУР включал в себя: амбулаторный осмотр пациента всеми членами команды, нутритивную подготовку и коррекцию сопутствующей патологии, побудительную спирометрию (до операции), рациональное использование вазопрессоров, мультимодальную анестезию, нормотермию и нормоволемию (во время операции), раннюю экстубацию, раннюю активизацию и пероральное питание с 4 сут. (после операции). Средняя длительность трансторакальной экстирпации пищевода составила  $512,8 \pm 94,0$  мин., трансхиатальной экстирпации пищевода -  $381,4 \pm 103,8$  мин.

**Результаты.** Интраоперационные осложнения отмечены у 6 (4%) пациентов: повреждение межреберной артерии (1), абдоминальных вен (1), легкого (1) и селезенки (3). Общая частота послеоперационных осложнений составила 14,0 % (21 пациент). Случаев несостоятельности шейного анастомоза не было. Однако некроз трансплантата развился у 4 (2,7%) пациентов: у 3 из них - желудочной трубки, у 1 - левой половины толстой кишки. Это осложнение (ст.

IIIb по Clavien-Dindo) потребовало экстренной резекции трансплантата с выведением стом. Пневмония диагностирована у 4 (2,7%) больных (ст. I). Дополнительное дренирование плевральной полости потребовалось 2 (1,4%) пациентам с пневмо- и гидропневмотораксом (ст. IIIa). У 1 больного тромбоз глубоких вен нижних конечностей потребовал установки кава-фильтра (ст. IIIb). Острое нарушение мозгового кровообращения возникло у 3 (2,0%) пациентов с последующим лечением в отделении реанимации (ст. IVa). Парез голосовых связок с аспирационным синдромом развился у 3 (2%) пациентов (ст. IVa). Экстренные повторные операции выполнены 5 (3,3%) больным: с эвентрацией (4) и гематомой заднего средостения (1) (ст. IIIb). Госпитальная летальность составила 3,3% (5 больных). Причиной смерти явились: респираторный дисстресс-синдром (1), гепато-ренальный синдром (1), пневмония (1), острое нарушение мозгового кровообращения (1) и ДВС-синдром (1). Медиана пребывания в отделении реанимации составила 0,7 сут., медиана пребывания в стационаре после операции составила 8,0 сут.

**Заключение.** Применение ПУР и персонализация лечения позволяет добиться снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности после ЭЭ, снизить число отказов в операции и минимизировать риски у больных с тяжелой сопутствующей патологией (ASA III-IV).