

в среднем 71x61x67 мм. Многоочаговое поражение регистрировалось в 11% случаев, количество очагов — от 2 до 4. Наблюдала метастатические очаги в головной мозг ( $n=3$ ), в спинной мозг ( $n=3$ ).

**Выводы.** Нейровизуализация ПНЭО у детей имеет значение для диагностики, распространения процесса, наблюдения в динамике и выборе доступа при оперативном вмешательстве.

### **РОЛЬ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ АНГИОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

*Ильин И.А., Малькевич В.Т., Акинфеев В.В.  
РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Вступление.** Индивидуальные особенности ангиоархитектоники, несомненно, влияют на выбор определенного типа висцеральной реконструкции пищевода у онкологических пациентов. В этом состоит принцип персонализированного подхода при планировании реконструкции пищевода у данной категории пациентов. Причем особенности кровоснабжения выступают в роли главных лимитирующих факторов при выборе того или иного варианта реконструкции пищевода из толстой кишки. Планирование повторной или отсроченной реконструкции пищевода требует знания индивидуальных особенностей кровоснабжения потенциально возможного пластического материала.

**Цель** — оценить роль предоперационной селективной ангиографии при планировании изоперистальтической реконструктивной толстокишечной пластики пищевода у онкологических пациентов.

**Материалы и методы.** В исследование вошел 41 пациент, которым выполнялись повторные и отсроченные реконструкции пищевода трансплантатом из толстой кишки после радикальных операций по поводу рака пищевода и гастроэзофагеального рака. Из них сформированы две группы пациентов по принципу наличия (исследуемая,  $n=20$ ) или отсутствия (контроль,  $n=21$ ) выполненной предоперационной селективной мезентерикографии (верхней и нижней). Селективное ангиографическое (артериографическое) исследование включало изучение вариантов кровоснабжения толстой кишки (варианты отхождения и деления ободочно-кишечных артерий, состояние маргинальных сосудов по обоим флангам толстой кишки и дуги Риолана).

**Результаты исследований и их обсуждение.** В основной группе пациентов правый фланг толстой кишки в изоперистальтической позиции для пластики чаще использован, чем в группе контроля, — 90% против 47,6% соответственно ( $p=0,004$ ), что было обусловлено целью создать функциональный трансплантат и расположить его по физиологическому направлению перистальтики в изоперистальтической позиции. В группе контроля для реконструкции чаще применялся левый фланг толстой кишки в антиперистальтической позиции — 52,4% против 10% ( $p=0,004$ ).

Индивидуальные особенности ангиоархитектоники определяли варианты формирования трансплантата на основной (питающей) сосудистой ножке из левых или средних ободочных сосудов. Перерыв краевого сосуда по левому флангу толстой кишки встретился в 2 раза реже (12% против 24%) по сравнению с таковым по правому флангу, что говорит об относительном постоянстве кровоснабжения левой половины толстой кишки и большей устойчивости к гипоксии.

Пересечение правых ободочных сосудов чаще выполнялось пациентам основной группы (75% против 42,9%,  $p=0,039$ ). Это определялось необходимостью формирования трансплантата в изопозиции. По этой же причине пересечение средних ободочных сосудов также чаще выполняли пациентам основной группы — 80% против 42,9% ( $p=0,016$ ). При этом полная перевязка средних ободочных сосудов потребовалась в основной группе в 60% случаев против 28,6% случаев в группе контроля ( $p=0,021$ ).

В свою очередь, пересечение левых ободочных сосудов чаще выполняли пациентам контрольной группы — 47,6% против 10% ( $p=0,009$ ). Этот факт объясняется более частым формированием толстокишечного трансплантата в антиперистальтической позиции из левого фланга на основной питающей ножке из средних ободочных сосудов.

Реконструкция пищевода с учетом данных предоперационной ангиографии позволила снизить травматичность вмешательства за счет уменьшения объема мобилизации толстой кишки с тотального в контрольной группе (85,7%) до субтотального (60%) в основной группе ( $p=0,003$ ). В результате объем кровопотери уменьшился с 400 (300; 600) мл до 300 (262,5; 400,0) мл ( $p=0,007$ ). При этом общая частота развития послеоперационных осложнений снизилась с 57,1 до 15% ( $p=0,006$ ). Некроз и/или несостоятельность анастомоза в контрольной группе развивались значительно чаще, чем в основной, составив 33,3 и 5% соответственно ( $p=0,024$ ). Показатели послеоперационной летальности (госпитальной и 60-дневной) не различались в группах сравнения ( $p=0,329$ ).

Оценена техническая возможность формирования изоперистальтического трансплантата из обоих флангов толстой кишки. Установлено, что формирование достаточного по длине трансплантата из правого фланга толстой кишки в изопозиции оказалось возможным чаще, чем возможность использования для этих целей левого фланга (нисходящая ободочная кишка) в изопозиции: 90% против 10% ( $p_2 < 0,001$ ).

**Выводы.** Персонализированный подход к толстокишечной пластике пищевода у пациентов онкологического профиля с учетом данных предоперационной селективной ангиографии (верхняя и нижняя мезентерикография) позволяет выбрать наиболее эффективный вариант изоперистальтической реконструкции на основании знаний об индивидуальных особенностях сосудистой анатомии толстой кишки.