

Лысенко И.О., Сенько П.В.

**РЕЛАПАРОТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФОРМИРОВАНИЕМ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ
ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Гаин Ю.М.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Частота ранних релапаротомий по поводу интраабдоминальных осложнений после операций на органах брюшной полости составляет 0,5-7%, летальность достигает 23,6-71,2%, при послеоперационном перитоните – 90 и более процентов.

Цель: провести анализ структуры ранних послеоперационных осложнений, обусловленных формированием межкишечных анастомозов в условиях неотложной и плановой хирургии.

Материалы и методы. По материалам работы хирургических отделений 2-й и 4-й клинических больниц г. Минска в 2023-2024 гг. проанализированы результаты оперативного лечения 146 пациентов с различной экстренной и плановой патологией, которым в процессе операции сформирован межкишечный анастомоз (после резекции кишки и без неё). Мужчин было 72 (49,3%), женщин – 74 (50,7%). 49,3% пациентов были трудоспособного возраста, старше 60 лет – 50,7%. По неотложным показаниям оперировано 66 (45,2%), в плановом порядке – 80 (54,8%) пациентов.

Результаты и их обсуждение. После экстренных операций с формированием межкишечных анастомозов повторные вмешательства потребовались 21 пациенту (31,8%), всего «по требованию» и «по программе» выполнено 25 релапаротомий (4 пациентам произведено по 2 повторных вмешательства). В 8 наблюдениях (38,1%) причиной релапаротомии стала несостоятельность швов межкишечного анастомоза. У 4 больных (50%) её развитие было обусловлено прогрессированием ишемии тонкой кишки на фоне окклюзии системы верхней брыжеечной артерии. У 4 пациентов (50%) несостоятельность илеотрансверзоанастомоза, трансверзоректоанастомоза и трансверзотрансверзостомы после правосторонней гемиколэктомии, левосторонней гемиколэктомии и резекции поперечноободочной кишки была обусловлена тяжёлой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией с системным нарушением кровообращения у пациентов в возрасте 90, 91, 86 и 56 лет. Другими причинами релапаротомий стали: продолжающийся перитонит «при держащих швах» (28,6%), гнойная эвентрация (9,5%), острые язвы кишечника с перфорациями (9,5%), ранняя спаечная кишечная непроходимость (9,5%), межкишечный абсцесс брюшной полости с деструкцией стенки тонкой кишки (1,4%). После релапаротомий умерло 12 пациентов (57,1%), общая летальность в экстренной группе пациентов составила 18,2%. У оперированных в плановом порядке после формирования межкишечных анастомозов повторные вмешательства потребовались 9 пациентам (11,3%). В 5 наблюдениях (56% от всех релапаротомий и 0,63% в группе всех пациентов после плановых операций) причиной релапаротомии стала несостоятельность швов межкишечного анастомоза. Другими причинами повторных вмешательств стали кишечная непроходимость в раннем послеоперационном периоде (33%) и гнойная эвентрация (11%). После релапаротомий умерло 5 пациентов (55,6%), общая летальность в этой группе пациентов после формирования межкишечных соустьев составила 6,3%.

Выводы.

1. Ведущей причиной повторных вмешательств после формирования межкишечных соустьев в плановой и экстренной абдоминальной хирургии продолжает оставаться несостоятельность кишечного шва (достигая 50-56% всех релапаротомий).

2. В условиях неотложной операции нуждается в серьёзном осмыслении необходимость формирования кишечного анастомоза при перитоните (даже на тонкой кишке), особенно у пациентов пожилого и старческого возраста при наличии признаков нарушения системной гемодинамики.

3. Вопросы повышения надёжности кишечного шва при формировании анастомозов на тонкой и толстой кишке нуждаются в дальнейшем изучении.