

Желенговская М.Н.

**НЕСФОРМИРОВАННЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У РАНЕНЫХ С БОЕВОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕБНАЯ СТРАТЕГИЯ**

Научный руководитель: Рамков А.Г.

Кафедра военно-полевой хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Современные боевые действия характеризуются высокой частотой абдоминальной травмы с повреждением полых органов, что обусловлено применением осколочных боеприпасов и преобладанием минно-взрывных ранений. Внедрение в военно-полевую хирургию концепции damage control и тактики «открытого живота» способствовало снижению летальности, однако привело к увеличению частоты несформированных кишечных свищей (НКС).

В отличие от сформированных свищей, НКС характеризуются отсутствием эпителизированного фистулозного хода: дефект кишки сообщается либо со свободной брюшной полостью, либо непосредственно с раной передней брюшной стенки, что сопровождается постоянным поступлением кишечного содержимого в окружающие ткани. Сроки возникновения несформированных кишечных свищей при боевой абдоминальной травме напрямую зависят от этиологии: несостоятельность швов или перитонит приводят к ранней манифестации, тогда как гнойно-деструктивные процессы – к отсроченной. Летальность при НКС достигает 25–30%. Гуманенко Е.К. и соавт. (2015) указывают, что частота НКС при боевой абдоминальной травме варьирует от 1,5 до 4,4% от всех лапаротомий, а по данным Левчука А.Л. и соавт. (2025) в группе раненых, которым выполнялись релапаротомии, данный показатель возрастает до 4,9-25%.

По данным Пантелеева В.С. и соавт. (2021) наиболее часто несформированные дуоденальные и тонкокишечные свищи возникают на 3-6 сутки послеоперационного периода – в 65,6% случаев. Основу диагностики составляют инструментальные методы, при этом современным стандартом является рентгенологическое контрастное исследование, позволяющее определить наличие кишечного свища, его локализацию и размеры, время пассажа контрастного вещества, моторные нарушения кишечника, наличие осложнений.

Лечение НКС носит этапный характер и включает интенсивную консервативную терапию с последующим отсроченным радикальным вмешательством. На первом этапе основное внимание уделяется стабилизации состояния раненого: нутритивной поддержке (преимущественно парентеральной с последующим переходом на энтеральное питание), применению препаратов для снижения объема кишечных потерь, коррекции водно-электролитных нарушений. Ключевую роль в местном лечении играют вакуумные повязки (VAC-терапия), позволяющие изолировать рану от кишечного содержимого и уменьшить воспаление. Радикальное оперативное вмешательство – резекция поражённого участка кишки с наложением первичного анастомоза или выведением стомы – выполняется только после купирования острого воспаления, исчезновения системной воспалительной реакции и нормализации нутритивного статуса. В большинстве случаев вмешательство выполняется через 6–12 недель с момента формирования свища. Ранние попытки хирургического закрытия на высоте перитонита и отёка тканей сопряжены с высоким риском несостоятельности швов и рецидива свища.

Таким образом, несформированные кишечные свищи при боевой абдоминальной травме относятся к прогностически неблагоприятным осложнениям, частота которых коррелирует с количеством выполненных релапаротомий и применением тактики «открытого живота». Сроки манифестации НКС определяются этиологией дефекта, верификация основана на применении современных методов визуализации. Лечение носит этапный характер и включает интенсивную консервативную терапию с применением VAC-технологий и последующее отсроченное хирургическое вмешательство после купирования воспаления.