



**А.В.Воленко, В.Н.Тонкоглаз, Б.Е.Титков – Послеоперационные осложнения в хирургии толстой кишки.**

Высокая частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при хирургических вмешательствах на ободочной и прямой кишках диктует необходимость дальнейшего изучения структуры этих осложнений, зависимости ее от различных методик операций и способов послеоперационного ведения, а также разработки новых эффективных методов профилактики и лечения раневой инфекции.

Мы проанализировали данные о прооперированных 752 больных с заболеваниями толстой кишки (395 мужчин и 357 женщин,

средний возраст – 63,9 года). Большинство пациентов (77,3%) были первично оперированы по поводу рака толстой кишки.

Послеоперационные осложнения имели место у 213 (28,3%) больных. У 141 пациента (18,8% от всех прооперированных) отмечено 1 осложнение, у 43 (5,7%) было по 2 осложнения и у 31 больного (4,1%) встретились 3 и более осложнений. По поводу послеоперационных осложнений повторно оперированы 97 (12,9%) больных.

Все виды послеоперационных осложнений были разделены на 4 группы: раневые,

**Частота послеоперационных осложнений после вмешательств на толстой кишке в зависимости от методики кишечного шва, абс. число (%)**

Осложнения	Ручные n=176	НЖКА n=102	АКА n=53	АСК n=104
Раневые:	38 (21,6)	21 (20,6)	11 (20,8)	5 (4,8)
Нагноения послеоперационной раны	27 (15,3)	16 (15,7)	6 (11,3)	4 (3,8)
Серома послеоперационной раны	5 (2,8)	3 (2,9)	3 (5,7)	1 (0,96)
Эвентрация кишечника	5 (2,8)	2 (1,96)	2 (3,8)	–
Другие	1 (0,6)	–	–	–
Интраабдоминальные:	31 (17,6)	15 (14,7)	4 (7,6)	5 (4,8)
Абсцесс брюшной полости	8 (4,6)	6 (5,9)	2 (3,8)	–
Послеоперационный перитонит	2 (1,2)	–	–	1 (0,96)
Несостоятельность межкишечного анастомоза	12 (6,8)	6 (5,9)	2 (3,8)	2 (1,9)
Прочие	9 (5,1)	3 (2,9)	–	2 (1,9)
Экстраабдоминальные:	23 (13,1)	12 (11,8)	4 (7,5)	5 (4,8)
Послеоперационная пневмония	13 (7,4)	7 (6,9)	1 (1,9)	2 (1,9)
Тромбоэмболия легочной артерии	3 (1,7)	1 (0,98)	1 (1,9)	–
Острый тромбоз вен нижних конечностей	2 (1,2)	3 (2,9)	1 (1,9)	1 (0,96)
Прочие	5 (2,8)	1 (1,0)	1 (1,9)	2 (1,9)
Количество больных с послеоперационными осложнениями	58 (33)	32 (31,4)	13 (24,5)	11 (10,6)
Повторные операции	27 (15,3)	11 (10,8)	4 (7,5)	5 (4,8)
Летальность	18 (10,2)	10 (9,8)	2 (3,8)	2 (1,9)



интраабдоминальные, экстраабдоминальные и осложнения со стороны кишечных стом. Раневые осложнения отмечены в 17,8% случаев, интраабдоминальные – в 12,5%. Экстраабдоминальные послеоперационные осложнения были у 76 (10,1%) больных.

Осложнения со стороны кишечных стом отмечены у 29 (9,4%) прооперированных. Нагноение было у 16 (5,4%) больных, из них у 4 нагноение носило характер обширной флегмоны брюшной стенки. У 5 пациентов имелся ограниченный некроз стомы и у 8 – ретракция стомы, приведшая к миграции кишки в брюшную полость и развитию послеоперационного калового перитонита, с летальным исходом у 5 больных. Наибольшее число осложнений наблюдали при выведении колостом столбиком с подшиванием кишки к коже и плоских колостом.

Летальность после хирургических вмешательств на толстой кишке составила 10,1% (76 больных). Основными причинами летальных исходов были перитонит (56,8%), сердечно-легочная недостаточность (22,4%). Летальность после экстренных операций (21,4%) была более чем в 8 раз выше, чем после плановых вмешательств (2,6%).

Частота послеоперационных осложнений при экстренных вмешательствах на толстой кишке была существенно выше, чем при плановых операциях.

В среднем длительность стационарного лечения больных с хирургической патологией толстой кишки составила 30,5 койко-дня. При этом послеоперационный койко-день составил 20,0 дня, при неосложненном течении послеоперационного периода эти показатели составили 17,0 дня и при развитии послеоперационных осложнений 34,1 койко-дня соответственно, т. е. увеличивалась почти вдвое.

По результатам лечения части больных оценена зависимость характера и частоты послеоперационных осложнений от методики формирования кишечного шва (см. таблицу).

Межкишечные анастомозы были сформированы ручным нитяным швом, аппаратом НЖКА-60 с силиконовыми фиксаторами компрессии, аппаратом АКА-2 или АКА-4 и аппаратом АСК (аппарат сшивающий компрессионный). У больных с ручным нитяным кишечным швом имела наибольшая доля послеоперационных осложнений, несостоятельности кишечного шва, послеоперационного перитонита, включая абсцессы брюшной полости, летальности и повторных операций. Наименьшее число осложнений было при формировании круговых компрессионных толстокишечных анастомозов аппаратом АКС. Частота несостоятельности кишечных швов при использовании АСК была в 3,5 раза ниже, чем при ручном нитяном кишечном шве.

Таким образом, частота послеоперационных осложнений после операций на ободочной и прямой кишках остается высокой (29,7%). Послеоперационные осложнения обуславливают высокую летальность (10,4%), удлиняют сроки стационарного лечения, приводят к значительным материальным затратам. При операциях на толстой кишке обязательно использование комплексной профилактики осложнений, включающей в себя профилактику инфекции, раневых осложнений, бронхолегочных осложнений, использование эффективных методик антибиотикотерапии и современных антибиотиков, надежных методик формирования кишечного шва, выведения колостом, дренирования брюшной полости, назоинтестинальной интубации.