

## ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Ибрагимов У.Я.,<sup>1</sup> Махмудов У.М.,<sup>2</sup>

1. Андижанский государственный медицинский институт

2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

**Актуальность.** Лапароскопическая рукавная гастрэктомия или же лапароскопическая рукавная резекция желудка (LSG) является популярной бариатрической процедурой. Несмотря на безобидный подход к процедуре, она может сопровождаться множеством серьезных осложнений. Послеоперационная недостаточность швов является причиной большей части заболеваемости и смертности, связанных с LSG. Благодаря своей простоте и эффективности LSG приобрела большую популярность и стала одной из наиболее часто выполняемых бариатрических процедур во всем мире.

К простой послеоперационной тахикардии у пациентов с ожирением следует относиться серьезно, поскольку это предупреждающий сигнал. Наиболее распространенной причиной является обезвоживание, хотя всегда следует учитывать легочную эмболию или хирургическое осложнение, такое как анастомотическая фистула. По этой причине в настоящее время принято говорить, что «тахикардия более 120 ударов в минуту является показанием к хирургическому вмешательству, если не доказано обратное». В литературе описаны лишь два случая послеоперационного тиреотоксикоза, вызвавшего тахикардию.

Послеоперационная недостаточность швов является краеугольным осложнением после LSG. Частота ее колеблется от 1 до 7%. Ее подразделяют на острую (в течение одной недели), раннюю (1-6 недель), позднюю (6-12 недель) и хроническую (более 12 недель) [25].

Westling A. (2001), считают, что наиболее частым осложнением после операции является перитонит, обусловленный образованием анастомозного свища. Обычно это возникает как раннее осложнение в течение первых 10 дней после операции и встречается в 1-6% после желудочного шунтирования и в 3-7% после рукавной гастрэктомии.

Желудочно-ободочная фистула - редкое хирургическое образование. Обычно это происходит из-за злокачественных опухолей желудка или толстой кишки, язвенной болезни, травмы или тяжелой внутрибрюшной инфекции. Желудочно-ободочная фистула является редким осложнением после рукавной гастрэктомии, возникающим в результате персистирующей внутрибрюшной инфекции, вызванной послеоперационным кровотечением. Однако, свищ после рукавной гастрэктомии может развиваться даже через 3 месяца после операции и в 90% случаев располагается на верхнем уровне скобок (кардии). Симптомы могут включать дисфагию, боль в левом подреберье или плече и, возможно, икоту. При наличии хотя бы малейшего сомнения дальнейшее хирургическое исследование следует провести как можно быстрее. Лечение состоит в основном из реанимации, дренирования любого сопутствующего внутрибрюшного абсцесса и лечения недостаточности питания с последующим окончательным вмешательством. Дренирование внутрибрюшного абсцесса может проводиться под визуальным контролем, лапароскопически, открыто или, реже, чрезжелудочно. Может помочь эндолюминальное лечение, включая установку стента и зажима через эндоскоп. Окончательное хирургическое лечение предполагает иссечение свища. Гастрэктомия и/или колэктомия требуются редко. Trelles N., et al. сообщили о желудочно-ободочной фистуле после повторной гастрэктомии. Эндоскопический стент оказался неэффективным, и фистулу удалили лапароскопически. Bhasker A.G., et al. сообщили о желудочно-ободочной фистуле после первичной ЛСГ, которую удалось вылечить лапароскопическим иссечением. Garofalo F., et al. пробовал использовать эндоскопические клипсы через эндоскоп, но безуспешно, и затем была успешно выполнена

лапароскопическая резекция фистулы. Nguyen D., et al. выполнил тотальную гастрэктомию, эзофаго-еюностомию и субтотальную колэктомия для лечения желудочно-ободочной фистулы после первичного LSG. Высокий индекс настороженности важен для выявления редких осложнений после лапароскопической рукавной резекции желудка, включая желудочно-ободочный свищ. Предпочтительна полная лапароскопическая резекция желудочно-ободочного свища. Гастрэктомию может быть окончательной операцией. Повторная бариатрическая операция должна проводиться опытным бариатрическим хирургом с многопрофильной командой в специализированном центре.