

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЁННЫМ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ

Крот С.Я., Денисов А.С., Лин В.В., Майоров В.М.

У «Гомельская областная клиническая больница»,

У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,

г. Гомель

Введение. Летальность при остром панкреатите определяется долевым участием деструктивно-некротических форм и колеблется в широком диапазоне - от 20 до 80 %, что ставит задачу лечения этой категории пациентов в ранг приоритетной. Актуальность обсуждаемой проблемы определяет большое число больных ОДП, высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений, закономерно определяющих высокий процент неблагоприятных исходов. Развитие кишечного свища в послеоперационном периоде характеризуется развитием тяжелых водно-электролитных расстройств, прогрессированием белково-энергетической недостаточности вплоть до развития кахексии. Успех лечения во многом зависит от своевременной диагностики и корректной лечебной тактики в отношении этого осложнения.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения несформированных толстокишечных свищей.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 149 пациентов, оперированных по поводу гнойно-некротического парапанкреатита. Все пациенты были оперированы по «открытой» методике, предусматривающей наложение широкой оментобурсостомы и дренирование гнойно-некротических очагов забрюшинного пространства марлевыми салфетками. В послеоперационном периоде развитие несформированных толстокишечных свищей наблюдали у 19 пациентов. Алгоритм диагностических мероприятий при наличии свища включал определение его локализации, определение объема потерь, оценку проходимости отводящего отдела кишечника. Наличие кишечного свища устанавливалось на 10-14 сутки после операции (2-3 перевязка под наркозом) во время выполнения очередной некрсеквестрэктомии. При этом интраоперационное пальцевое исследование в ряде случаев позволяло уточнить ход свища и конфигурацию приводящего и отводящего колена петли, несущей свищ.

Результаты и обсуждение. Анализу подвергнуты результаты лечения 149 пациентов, оперированных по поводу гнойно-некротического парапанкреатита. Все пациенты были оперированы по «открытой» методике, предусматривающей наложение широкой оментобурсостомы и дренирование гнойно-некротических очагов забрюшинного пространства марлевыми салфетками. Развитие несформированных толстокишечных свищей в

послеоперационном периоде мы наблюдали у 19 пациентов. Диагностика их не представляла сложности и была основана на выделении толстокишечного отделяемого в рану. Это осложнение регистрировалось на 10-14 сутки послеоперационного периода (2-3 перевязка под наркозом). Большая часть свищей локализовалась в левой половине ободочной кишки. Применение мазей на воднорастворимой основе привело к закрытию свищей при условии ненарушенной проходимости нижележащих отделов толстой кишки.

Оперированы 6 пациентов. У одного из них в послеоперационном периоде открылся свищ поперечно-ободочной кишки в области оментобурсостомы. Во время релапаротомии наложена петлевая илеостома. После санации забрюшинного пространства пациент был выписан, повторно госпитализирован для закрытия свища через 2 месяца. 5 пациентов были оперированы по поводу несформированных свищей левой половины толстой кишки, консервативное лечение успеха не имело, свищи фактически трансформировались в полные наружные. Выполнено выключение участка кишки, несущего свищ, путем наложения петлевой илеостомы. После выписки свищи закрыты через 2,5 месяца.

Выводы. На основании нашего клинического опыта считаем необходимым в этиопатогенезе несформированных свищей ободочной кишки выделить предрасполагающие и производящие факторы. К первой группе факторов следует отнести распространенный и инфицированный характер панкреонекроза с развитием распространенных форм парапанкреатита, обуславливающих развитие стойкого пареза ЖКТ и закономерно возникающие на этом фоне нарушения венозного оттока.

Кроме того, при образовании свища в толстой кишке важное значение придается сосудистому фактору, когда при прогрессирующем некрозе в забрюшинном пространстве некротические изменения переходят на брыжейку толстой кишки и развитием критической ишемии отдельных сегментов кишечной стенки. К основным производящим факторам развития ограниченной несостоятельности стенки толстой кишки относим травматическую компрессию последней тампонами и манипуляциями, связанными с перевязками, заменой тампонов и этапными некрсеквестрэктомиями.

Наложение разгрузочной петлевой илеостомы является малотравматичной и эффективной методикой, которая в короткие сроки позволяет создать максимально благоприятные условия для заживления несформированного толстокишечного свища.