

*Н. Н. Велигоцкий, А. С. Трушин, С. Э. Арутюнов, В. В. Комарчук, И. В. Тесленко,
А. И. Сероштанов, М. В. Клименко*
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

В работе представлены результаты хирургического лечения 38 больных с панкреонекрозом, осложненным свищами желудочно-кишечного тракта различного уровня, находящихся на лечении в хирургическом отделении 26 городской больницы и Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова с 1993 по 2012 г. У 5 (14,3%) больных наблюдались свищи желудка, у 4 (10,5%) больных – свищи ДПК, у 2 (5,3%) больных – в зоне дуоденоюнального перехода, у 27 (71,1%) больных – свищи разных уровней толстого кишечника. Во всех случаях возникновение свищей происходило на фоне продолжающегося деструктивного процесса поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Ключевые слова: панкреонекроз, свищи желудочно-кишечного тракта, хирургическое лечение.

Тяжелые формы панкреонекроза в ряде случаев осложняются нарушением целостности различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1, 2]. Прогрессирование гнойно-некротических процессов забрюшинной клетчатки и возникновение свищей с избыточным дебитом является одним из наиболее сложных моментов лечения больных с панкреонекрозом. По данным разных авторов, частота формирования свищей ЖКТ на фоне панкреонекроза колеблется от 6,3 до 47,1% [3, 5, 6].

Консервативная терапия, сроки, выбор способа и объема хирургического лечения особенно у больных с тяжелыми формами панкреонекроза, вопросы послеоперационной реабилитации широко дискутируются на различных форумах [2, 4, 7]. Основной проблемой лечения панкреонекроза является развитие флегмон забрюшинной и параколической клетчатки. Неэффективность лечения и прогрессирование процесса в ряде случаев приводят к деструкции стенки различных отделов ЖКТ и возникновению свищей.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с панкреонекрозом, осложненным свищами ЖКТ.

Материал и методы

Нами проводилось лечение 38 больных с панкреонекрозом, осложненных свищами ЖКТ различного уровня. У 5 (14,3%) больных деструкция привела к возникновению свищей желудка. У 2 (5,3%) больных уровень свища – кардиальный отдел желудка (задняя стенка ближе к большой кривизне). У 3 (7,9%) больных свищи были на уровне тела желудка по задней стенке у большой кривизны. В 4 (10,5%) случаях имели место свищи двенадцатиперстной кишки (ДПК) с локали-

зацией в нисходящем отделе. У 2 (5,3%) больных свищи возникли в зоне дуоденоюнального перехода с прорывом в полость малого сальника. У 27 (71,1%) больных свищи разных уровней толстого кишечника: 5 (18,5%) – свищи печеночного угла, 3 (11,1%) – свищи восходящего отдела, 1 (3,7%) – свищ слепой кишки, 6 (22,2%) – свищи поперечно-ободочной кишки, 8 (29,6%) – свищи селезеночного угла, 4 (14,8%) – свищи сигмовидной кишки.

Результаты и обсуждение

Возникновение свищей происходило в сроки от 10 до 31 суток после выполнения оперативного вмешательства. В 20 (52,6%) случаях свищи возникли после неоднократных оперативных вмешательств по поводу недостаточно санированных очагов деструктивных процессов. Во всех случаях возникновение свищей имело место на фоне продолжающегося деструктивного процесса поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. У всех больных проводимая терапия в период до развития свищей была малоэффективна. Характерной клинической картиной являлось наличие инфильтрата и осумкованного объемного образования, сохранение высокой температуры на фоне антибиотикотерапии и неразрешенного пареза кишечника. Тяжелое течение панкреонекроза вызывало необходимость мониторинга УЗИ и компьютерной томографии, которые позволяли локализовать зону деструкции, объем гнойного очага.

Лечение уже возникших свищей требовало дифференцированного подхода с учетом многочисленных факторов. Консервативная терапия обеспечивала коррекцию водно-электролитных нарушений, при этом особенно важна коррекция

кальция, потери которого при панкреонекрозе значительны. Подавление секреторной функции желудка обеспечивалось блокаторами протонной помпы и обволакивающими слизистую желудка препаратами. Подавление ферментативной активности обеспечивалось ингибиторами ферментов поджелудочной железы. Введение аминокислот обеспечивалось аminosолом и гепасолом, особенно при полиорганной недостаточности с доминированием нарушения функции печени. Однако полноценная коррекция гипопропротеинемии возможна только при полноценном энтеральном питании и заместительной ферментной терапии. В значительной мере энтеральное питание обеспечивалось питательными смесями, вводимыми в назоинтестинальный зонд или в питательную еюностому. При свищах желудка, ДПК и дуоденоюнального перехода у 4 больных достаточным было назогастральное дренирование. У 7 больных выполнена питательная еюностома.

Основополагающим моментом лечения свищей являлось адекватное дренирование зоны деструкции, удаление участков некроза и секвестров. Дренажи устанавливали таким образом, чтобы они не вызывали возможного деструктивного влияния на стенку полого органа. Дренирование зон деструкции обеспечивало активную санацию и аспирацию в виде проточного постоянного или фракционного режимного дренирования. При свищах желудка выполнялось дренирование желудка и ДПК дистальнее зоны свища. Это позволяло обеспечивать декомпрессию, исключало воздействие агрессивного компонента на окружающие ткани. Двухпросветные зонды обеспечивали возможность раннего энтерального питания. Однако в ряде случаев накладывали питательную еюностому. Эта операция малотравматична и выполнялась при региональной анестезии. Наличие ранее выполненной холецистостомы позволяло исключить катализирующее действие желчи на ферменты ДПК и поджелудочной железы. Все хирургические манипуляции выполнялись по возможности таким образом, чтобы не было сообщения с зонами гнойной деструкции.

Одним из важных моментов является нормализация пассажа по нижележащим отделам кишечного тракта. Возникновение свищей толстого кишечника возникает обычно при длительно неразрешенных деструктивных процессах в зоне тела и хвоста поджелудочной железы и недостаточно дренированной забрюшинной клетчатки.

В подобной ситуации раскрытие зоны деструкции, особенно при объемных процессах должно синхронно сопровождаться выполнением стомы вдали от деструктивного процесса и проксимальнее свища. Этим требованиям в большой степени отвечает цекостома, выполняемая под региональной анестезией. При свищах толстой кишки под местной анестезией выполнено 11 плоских цекостом, которые в последующем были ликвидированы под местной анестезией. Предпочтение отдаем именно плоским колостомам, они позволяют полностью отключить нижележащие отделы.

Несмотря на проводимое лечение, неудовлетворительно закончилось лечение у 2 больных со свищами дуоденоюнального перехода. Распространенность деструктивного процесса, трудность санации этой зоны и значительные водно-электролитные потери – основные причины летальных исходов. В одном случае при свище кардиального отдела желудка причиной летального исхода явилась тромбоэмболия легочной артерии. В одном случае при наличии свища ДПК причиной летального исхода явилось аррозивное кровотечение из-за деструкции головки поджелудочной железы. Один летальный исход при свище селезеночного угла толстой кишки обусловлен прогрессированием забрюшинной флегмоны.

Таким образом, общими принципами лечения свищей ЖКТ при тяжелых формах панкреонекроза является адекватная санация гнойных очагов с применением проточно-фракционного дренирования, восстановлением нормальной перистальтики и пассажа по ЖКТ, проведением адекватной инфузионной терапии, направленной на восстановление ОЦК и микроциркуляторного русла.

Выводы

1. При свищах желудка и ДПК хирургические вмешательства должны обеспечить полноценную декомпрессию зоны свища эндоскопическим или оперативным путем с максимально ранним зондовым питанием.

2. При толстокишечных свищах необходима активная санация гнойного очага с использованием проточно-фракционного дренирования и декомпрессией нижележащих отделов толстой кишки (наложение декомпрессионных стом проксимальнее свищевого хода).

Список литературы

1. Балныков С. И. Лечение больных некротическим панкреатитом / Балныков С. И., Петренко Т. Ф. // Хирургия. – 2009. – № 10. – С. 24–28.
2. Белоконов В. И. Свищи желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе // Белоконов В. И., Катасонов М. В., Качанов В. А. // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 61–64.
3. Красильников Д. М. Оптимизация хирургического лечения больных панкреонекрозом / Красильников Д. М., Абдулянов А. В., Бородин М. А. // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 66–71.
4. Паскарь С. В. Дифференцированное лечение больных острым деструктивным панкреатитом / Паскарь С.

- В. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 81–86.
5. Шабунин А. В. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике и лечении больных с панкреонекрозом / Шабунин А. В., Бедин В. В., Шиков Д. В., Лукин А. Ю. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, №. 1. – С. 34–40.
6. Beger H. G. Severe acute pancreatitis. Clinical course and management / Beger H.G., Rau B.M. // *World. J. Gastroenterol.* – 2007. – V. 13, N 38. – P. 5043–5051.
7. Carroll J. K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis and treatment / Carroll J. K., Herrick B., Gipson T., Lee S. P. // *Am Fam Physician.* – 2007. – V. 75. – P. 1513–1520.

Стаття надійшла до редакції: 19.12.2013 р.

М. М. Велигоцький, О. С. Трушин, С. Е. Арутюнов, В. В. Комарчук, І. В. Тесленко, О. І. Сероштанов, М. В. Клименко
Харківська медична академія післядипломної освіти

ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ НА ПАНКРЕОНЕКРОЗ

У роботі представлені результати хірургічного лікування 38 хворих с гострими захворюваннями підшлункової залози, ускладненими норицями шлунково-кишкового тракту різного рівня, які перебували на лікуванні в хірургічних відділеннях міської лікарні № 26 і ХМКЛ ШНМД з 1993 по 2012 р. У 5 (14,3%) хворих спостерігались нориці шлунку, у 4 (10,5%) – нориці ДПК, у 2 (5,3%) – в зоні дуоденоюнального переходу, у 27 (71,1%) хворих – нориці різних рівнів толстої кишки. У всіх випадках виникнення нориць проходило на фоні продовженого деструктивного процесу підшлункової залози і заочеревинної клітковини.

Ключові слова: панкреонекроз, нориці шлунково-кишкового тракту, хірургічне лікування.

N. N. Veligotskiy, A. S. Trushin, S. E. Arutyunov, V. V. Komarchuk, I. V. Teslenko, A. I. Seroshtanov, M. V. Klymenko
Kharkov medical academy of postgraduate education

GASTROINTESTINAL FISTULAE TREATMENT IN PATIENTS WITH NECROTIZING PANCREATITIS

The work presents the results of the surgical treatment of 38 patients with acute disease of pancreas, complicated fistulas of alimentary canal of different level, were hospitalized in surgical unit of City Hospital № 26 and KCCH EA 1993 to of year 2012. For 5 (14,3%) patients were fistulas of stomach, for 4 (10,5%) patients – fistulas PNA, for 2 (5,3%) patients - in the area of duodenal transition, for 27 (71,1%) patients – fistulas of different levels of thick intestinal canal. In all of cases the origin of fistulas took a place on a background a proceeding destructive process of pancreas and extra peritoneal pace follower.

Keywords: pancreatonecrosis, fistulas PNA, surgical treatment.