

ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Сильвистрович В. И.¹, Призенцов А. А.^{1,2}, Дмитриенко А. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Кишечные свищи могут осложнять течение ряда заболеваний и травм органов брюшной полости. По данным В. И. Белоконева, наиболее частыми причинами кишечных свищей являются несостоятельность анастомозов, повреждения стенки кишки (44,5 %), острая кишечная непроходимость (14 %), химический ожог (10,7 %), ятрогенные повреждения (9,3 %), закрытая травма живота, ножевые и огнестрельные ранения брюшной полости (7,5 %) [2]. Свищи тонкой кишки составляют 42 % в структуре кишечных свищей [5]. Тонкокишечные свищи приводят к быстрому истощению пациентов, особенно в пожилом и старческом возрасте [1, 2, 3].

Несмотря на стремительное развитие хирургии вопрос лечения наружных кишечных свищей по-прежнему остается актуальным. Это обусловлено, главным образом, высоким уровнем летальности, который колеблется при данной патологии от 16,5 до 57,5 % [1, 2].

Особую сложность в лечении представляют несформированные наружные кишечные свищи. Отсутствие ограниченного свищевого хода, персистирование воспалительного процесса, наличие затеков и каналов в брюшной полости и на передней брюшной стенке делают каждый клинический случай уникальным, а подходы к лечению сугубо индивидуальным. Летальность при несформированных наружных кишечных свищах составляет от 36 до 71,7 % [4].

Уровень летальности у пациентов с несформированными тонкокишечными свищами составляет от 50 до 90 %, что обусловлено обильной потерей кишечного содержимого, длительно персистирующим воспалительным процессом в ране, гнойными осложнениями, которые ведут к выраженным нарушениям гомеостаза [5].

Среди консервативных методов лечения несформированных кишечных свищей на сегодняшний день применяют калорийное питание, коррекцию нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, уход за кожей вокруг свища. Однако до настоящего времени не существует единой тактики лечения несформированных кишечных свищей. Высокая летальность среди данной группы пациентов свидетельствует о том, что лечение таких свищей остается одной из наиболее сложных и неразрешенных задач хирургии. Для демонстрации приводим клинический пример успешного лечения несформированного наружного тонкокишечного свища.

Цель

Демонстрация случая успешного лечения несформированного тонкокишечного свища.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка Я., 1950 года рождения (66 лет), одинокая, инвалид 2 группы, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в Гомельскую городскую клиническую больницу № 3 07.02.2017 года с диагнозом: «Ущемленная грыжа передней брюшной стенки? Флегмона грыжевого мешка?». Состояние пациентки на момент поступления тяжелое, кожные покровы бледные, язык сухой, АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин. Отмечает жалобы на боли и наличие раны со зловонным отделяемым в области грыжевого выпячивания живота, общую слабость, головокружение.

Из анамнеза: со слов пациентки в возрасте 20 лет оперирована по поводу аппендицита, осложненного перитонитом. Через 2–3 года в области послеоперационного рубца появилось грыжевое выпячивание. За медицинской помощью не обращалась. В 1989 г. выполнялась аднексэктомия по поводу кист яичников. В 1990 г. выполнено грыжесечение послеоперационной вентральной грыжи, однако рецидив возник через год. Страдает сахарным диабетом 2 типа с 2002 г.

За две недели до поступления в стационар обнаружила мацерацию кожи в области грыжи, а накануне госпитализации в стационар отмечает возникновение боли в животе, повышение температуры тела до 38 °С и появление гнойного свища в области грыжевого выпячивания.

Местный статус при поступлении: в проекции послеоперационного рубца на передней брюшной стенке определялось грыжевое выпячивание 20 × 30 см, мягкоэластичной консистенции, невправимое в брюшную полость. Под грыжевым выпячиванием определялся дефект кожи 6 × 7 см с умеренным количеством зловонного отделяемого. В центре раны определялась некротизированная подкожно-жировая клетчатка. Кожные покровы вокруг раны гиперемированы, отечны, гипертермичны, пальпаторно определялась флюктуация на большом протяжении.

После предоперационной подготовки пациентка взята в операционную.

Под эндотрахеальным наркозом произведена хирургическая обработка гнойного очага, эвакуировано большое количество гнойного отделяемого со зловонным запахом, секвестрами клетчатки и примесью кишечного содержимого. При ревизии определялась многокамерная невправимая грыжа 20 × 25 см, ворота 10 × 12 см. Между камерами мешка имелись гнойные затеки до апоневроза. Выделен грыжевой мешок. Содержимое — петли кишечника обычного цвета, выпота в мешке нет. Некротизированные кожные покровы, подкожная клетчатка и края апоневроза иссечены в пределах жизнеспособных тканей. По верхней полуокружности грыжевых ворот определялся точечный ход с небольшим подтеканием кишечного содержимого. Ввиду выраженной инфильтрации тканей определить зону повреждения стенки кишки было невозможно. Учитывая тяжесть состояния пациентки, наличие обширной гнилостно-некротической флегмоны, интактное содержимое грыжевого мешка, отсутствие признаков перитонита объем операции было решено не расширять. К свищевому ходу был подведен перчаточко-марлевый тампон, затеки в подкожной клетчатке дренированы через 4 контрапертуры: в паховых областях и в мезогастррии. Гнойная полость обильно промыта растворами антисептиков, осушена. Кожа над грыжевым мешком ушита редкими адаптирующими швами. Наложена асептическая повязка.

Для дальнейшего лечения пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Консервативное лечение включало: антибактериальные (цефтриаксон, метронидазол), гипотензивные и сахароснижающие препараты, анальгетики, инфузионные растворы. Состояние оставалось тяжелым.

10.02.17 выполнена перевязка под наркозом. Удалены тампоны и выпускники, отделяемое из ран серозно-гнойное с примесью кишечного. При ревизии ран обнаружены гнойные затеки к области правого подреберья и к левому фланку — дренированы 2 контрапертурами. К свищевому ходу установлен перчаточко-марлевый тампон, раны тампонируются турундами с мазью «Меколь» и выпускниками. Дальнейшее лечение продолжилось в условиях ОАРИТ.

13.02.17 — повторная перевязка: удалены тампоны, промыта полость гнойника. Произведена некрэктомия кожи и подкожной клетчатки. В глубине раны — воспалительный инфильтрат с массивными фибринозными наложениями, из которого поступало скудное кишечное отделяемое. Более детальная ревизия не представлялась возможной из-за высокой травматичности и риска повреждения стенки кишечника. Полость дренирована через контрапертуры марлевыми турундами с мазью «Меколь».

Антибактериальная терапия скорректирована с учетом результата посева (получен рост *E. coli*).

22.02.17 для дальнейшего лечения пациентка переводится в отделение гнойной хирургии, где продолжается консервативная терапия, выполняются перевязки.

10.03.17 с целью уточнения локализации кишечного свища и определения тактики дальнейшего лечения решено провести фистулографию. Водорастворимый контраст был введен через катетер Фолея в свищевой ход. Контрастом выполнены все отделы толстой кишки и петли тонкой кишки в виде конгломерата.

Учитывая низкую локализацию тонкокишечного свища лечение пациентки продолжено консервативно.

В процессе лечения отмечалось постепенное заживление ран грыжевого мешка. Через 5 недель от момента поступления вторичным натяжением зажили раны в паховой области и области подреберья справа, еще через 4 недели — рана справа от грыжевого мешка. Через 3 месяца от момента поступления отмечалось заживление ран мезогастральной области справа, паховой области слева, а также боковой области живота слева. На момент выписки у пациентки имелась рана области мезогастрия $4 \times 5 \times 6$ см, выполненная ярко розовыми грануляциями без патологического отделяемого. По верхне-левой границе грыжевого мешка определялся свищ до 10 мм по длиннику с периодическим подтеканием кишечного содержимого. Над грыжевым мешком определялась вялогранулирующая рана 5×3 см без патологического отделяемого. 14.06.17 в удовлетворительном состоянии пациентка Я. выписана под наблюдение хирурга, терапевта и эндокринолога поликлиники по месту жительства.

На контрольном осмотре пациентки 14.08.17 выявлено заживление кишечного свища, рана эпителизовалась.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует сочетание таких тяжелых осложнений невправимой вентральной грыжи, как инфицирование содержимого грыжевого мешка с формированием гнилостно-некротической флегмоны передней брюшной стенки и развитием неполного наружного тонкокишечного свища. Данные осложнения требуют применения индивидуального подхода в сочетании консервативных и хирургических способов лечения, что позволяет, как в приведенном случае, в конечном итоге добиться купирования гнойно-воспалительного процесса, заживления раневых дефектов и устранения кишечного свища.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты лечения наружных кишечных свищей / А. В. Базаев [и др.] // Хирургия журн. им. Н. И. Пирогова. — 2004. — № 1. — С. 30–33.
2. Белоконев, В. И. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение / В. И. Белоконев, Е. П. Измайлов // Хирургия. — 2000. — № 12. — С. 8–11.
3. Черноусов, А. Ф. Опыт применения фибринового клея для лечения несформированных свищей желудочно-кишечного тракта / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, О. В. Ищенко // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2006. — № 9. — С. 21–24.
4. Хубезов, Д. А. Лечение наружных кишечных свищей в зависимости от степени сформированности / Д. А. Хубезов, А. Т. Хубезов. — Межвузовский сборник научных трактатов, Рязань, 1988. — Т. 2. — 179 с.
5. Логачев, В. К. Усовершенствование тактики и техники обтурации несформировавшихся наружных кишечных свищей / В. К. Логачев, Р. Р. Османов // Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 3. — С. 18–22.

УДК 329.7:94(100) «1915–1917»

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БЕЛОРУССКИХ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ НЕМЕЦКОЙ ОККУПАЦИИ 1915–1917 ГГ.

Сироткин А. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В начале сентября 1915 г. германские войска осуществили наступательную операцию, ставшую известной как «Свентянский прорыв». В результате продолжительных боев фронт удалось стабилизировать по линии Двинск-Поставы-Барановичи-Пинск. Беларусь была разделена линией окопов на две части. Немецкие войска оккупировали все уезды Гродненской губернии, Лидский и часть Дисненского уездов Виленской губернии, больше половины Новогрудского и Пинского уездов Минской губернии [1, С. 60–61].

Цель

Рассмотреть деятельность белорусских общественно-политических организаций в условиях немецкой оккупации.

Основная часть

В захваченном немецкими войсками Вильно братья Луцкевичи, Алоиза Пашкевич-Кайрис, Вацлав Ластовский вошли в так называемый Виленско-Ковенский Комитет, создан-