

## ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

*Сильвистрович В. И.<sup>1</sup>, Призенцов А. А.<sup>1,2</sup>, Дмитриенко А. А.<sup>2</sup>*<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное 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  $5 \times 3$  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-