

УДК 616.33-007.253:616.37-002-036.11

НАРУЖНЫЙ НЕСФОРМИРОВАННЫЙ СВИЩ ЖЕЛУДКА, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И. Ославский, Н.И. Батвинков, К.Н. Жандаров, В.А. Мицкевич,
А.В. Кухта, А.В. Шарко

Кафедра хирургических болезней №1

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Наружные свищи желудочно-кишечного тракта являются одной из сложных проблем в современной абдоминальной хирургии. Наиболее трудным является лечение свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами в брюшной полости, требующие коррекции патофизиологических нарушений и восстановления функций желудочно-кишечного тракта. Мы представляем случай успешного лечения обширного свища проксимального отдела желудка у больного панкреонекрозом.

Ключевые слова: гнойно-некротический панкреатит, панкреонекроз, желудочный свищ, энтеростома, кисты поджелудочной железы.

External bypass of the gastro-intestinal tract is one of the most complex issues in current abdominal surgery. Treatment of fistulas is the most difficult task and is accompanied by the rapid emaciation of patients and by severe pyo-inflammatory processes in the abdominal cavity, which necessitates correction of pathophysiological impairments and restoration of the gastro-intestinal tract. We describe the case of the successful extensive fistula treatment of the proximal gastric part in the patient with pancreatic necrosis.

Key words: pyonecrotic pancreatitis, pancreanecrosis, gastric fistula, enterostoma, pancreatic cysts.

Свищи желудочно-кишечного тракта являются одной из сложных проблем современной хирургии. Особую опасность для жизни больного представляют наружные осложненные свищи желудка, развившиеся на фоне воспалительного процесса в брюшной полости. В доступной нам литературе мы не встретили успешного лечения больного панкреонекрозом, осложнившимся несформированным свищем дна и тела желудка, потребовавшим многократных оперативных вмешательств. Ввиду этого, представляем случай успешного лечения обширного свища проксимального отдела желудка.

Больной Ш., 34-х лет, поступил в реанимационное отделение Гродненской областной клинической больницы 14 апреля 2007 г. с диагнозом острый панкреатит, гнойно-некротический парапанкреатит, абсцесс левого поддиафрагмального пространства, деструкция задней стенки дна и тела желудка.

Из анамнеза известно, что больной страдает хроническим панкреатитом. В январе 2006 г. перенес операцию по поводу кисты поджелудочной железы, осложненной кровотечением с перфорацией в просвет желудка. 3 апреля 2007 г. у больного появилась острая боль в животе, тошнота и рвота, в связи с этим был госпитализирован в районную больницу. 12 апреля возникло профузное желудочное кровотечение, был срочно вызван хирург «санавиации», который подверг больного оперативному вмешательству по поводу кисты поджелудоч-

ной железы, осложнившейся профузным кровотечением в полость желудка через панкреатоцистогастральную фистулу, нагноившейся гематомой левого поддиафрагмального пространства; гнойно-некротического парапанкреатита. Были произведены резекция задней стенки желудка с ушиванием дефекта, наружное дренирование кисты, дренирование поддиафрагмального пространства. Через 2 дня больной был переведен в областную клинику больницы.

При поступлении состояние пациента тяжелое. Кожные покровы бледные, пульс 102 удара в 1 минуту. АД = 100/60 мм рт.ст. В области левого подреберья через рану выходят дренажная трубка и тампоны, которые обильно промокли гнойным отделяемым с коричневым оттенком. Со стороны анализа крови: анемия, токсическая зернистость нейтрофилов, сдвиг формулы влево, СОЭ = 60 мм/час. Результаты УЗИ – в левом поддиафрагмальном пространстве определяется образование повышенной эхогенности с нечеткими контурами.

14 апреля, т.е. в день поступления, больному было проведено экстренное оперативное вмешательство из верхнесрединного и левого подреберного доступа, во время которого санирована гнойная полость в поддиафрагмальном пространстве слева, удалены некротические ткани. После этого было установлено, что на задней стенке желудка, напротив кардии, имеется дефект диаметром 5см. С большими техническими трудностями удалось

мобилизовать пораженные воспалительным процессом края указанного дефекта и сшить их между собой до катетера Фолея, введенного через рану в просвет желудка, т.е. операция закончена формированием гастростомы. Однако уже через 2 дня констатирована негерметичность швов в стенке желудка. 18 апреля больной снова был взят на операцию, во время которой повторно производится санация поддиафрагмального пространства, удаляется некротически измененная селезенка, накладываются дополнительные швы на стенку желудка, катетер Фолея сохранен. При этом выявляется дефект стенки левого угла толстой кишки и делается попытка его ушивания. Подобное вмешательство эффекта не дало, содержимое желудка поступало в рану, больной истощался из-за невозможности приема пищи и интоксикации. В связи с этим, 25 апреля, пациент в 4-й раз подвергается оперативному вмешательству, во время которого трансназально проводится зонд в 12-перстную кишку, ушиваются края дефекта стенки желудка на катетере Фолея. Однако в ближайшие дни после операции швы на желудке снова прорезаются и принятая через рот пища поступает в рану, энтеральное питание через зонд также оказывается неэффективным. Наряду с этим, имеется толстокишечный свищ, открывающийся в области левого подреберья. Принимается решение применить воронкообразный obturator типа Колченогова для закрытия желудочного свища, однако эффекта он не дает, дефект стенки желудка увеличивается до 8 см. в диаметре. Состояние больного становится критическим, т.к. быстро прогрессирует истощение. В связи с этим решено сформировать энтеростому для питания. 7 мая 2007 г. выполняется операция наложения еуностомы по Майдлю в модификации клиники. Одновременно формируется петлевая илеостома по Торнболу, т.к. у пациента продолжает функционировать несформированный толстокишечный свищ, препятствующий санированию поддиафрагмального пространства. Указанное оперативное вмешательство имеет временный успех. Наряду с парентеральной терапией пациент получает энтеральное зондовое питание, что сопровождается улучшением общего состояния, более успешно санируется поддиафрагмальное и забрюшинное пространство. Однако к концу 5-й недели функциональные возможности энтеростомы по Майдлю резко снижаются, не представляется возможным вводить достаточное количество пита-

тельной смеси, что сопровождается ухудшением состояния больного, прогрессированием истощения. Встает вопрос о необходимости и характере дальнейшей хирургической тактики в условиях, когда желудок находится в плотном инфильтрате, замурован в эпигастрии, а обширный дефект задней его стенки расположен вблизи пищевода. Решено больного оперировать, а характер операции определить по картине анатомических окружающих тканей. 12 июня пациент подвергся релапаротомии в 6-й раз. После вскрытия брюшной полости оказалось, что желудок, печень, поперечная ободочная кишка и левый купол диафрагмы представляют единый плотный инфильтрат. С трудностями выделен желудок по его большой кривизне. Со стороны задней стенки определяется свищ 10 x 7 см с оmozолелыми краями и вывернутой слизистой. Свищ левого угла толстой кишки ушит. Желудочный свищ иссечен, и рана желудка ушита двухрядным швом. Из-за больших размеров раны в левом подреберье потребовалась иммобилизация кожно-фасциального лоскута в области нижней трети грудной клетки и 4 послабляющих разреза левой половины брюшной стенки. На 7-й день после операции диагностирована микронесостоятельность швов желудочной раны, которая ликвидирована, благодаря консервативному лечению. Пациент выписан из клиники 12.07.07 г. в удовлетворительном состоянии. В последующем рекомендовано закрытие илеостомы. Во время лечения больной был осмотрен специалистами Республиканского центра гастроэнтерологии и других клиник.

Таким образом, наружные свищи желудочно-кишечного тракта являются одной из сложных проблем в абдоминальной хирургии, их лечению посвящён ряд работ отечественных и зарубежных авторов, и данный пример еще раз подтверждает это. Сохраняющаяся высокая летальность выводит её в разряд наиболее актуальных проблем в хирургии и заставляет изыскивать более эффективные способы как временного, так и постоянного закрытия наружных свищей. Операции по их ликвидации относятся к числу сложных, требующих мастерства и высокой квалификации хирурга, способного подойти творчески к каждому больному и выбрать индивидуальный план оперативного вмешательства.

Поступила 22.11.07