

ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДРЕНАЖА АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ОБТУРАТОРА ИЗ ПЕНОПОЛИУРЕТАНА

Екимов А.В., Шестопалов С.С., Рышков И.Л.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, ГБУЗ ЧОКБ, г. Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение больных с несформированными свищами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остаётся очень серьёзной проблемой в абдоминальной хирургии. Накопленный нами опыт, позволил провести анализ результатов лечения пациентов с использованием данной системы активной аспирации.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения и оптимизация алгоритма ведения пациентов с высокими несформированными свищами ЖКТ путём применения дренажа активной аспирации с насадкой из пенополиуретана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2003 по 2013 гг. в отделении гнойной хирургии Челябинской областной клинической больницы пролечено 70 больных с высокими свищами ЖКТ различной локализации. Мужчин было – 43, женщин – 27. Возраст больных от 17 до 77 лет. Сроки госпитализации – от 3-х до 20 суток от начала заболевания. Наиболее частые причины появления высоких свищей ЖКТ: разлитой гнойный перитонит, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, травма органов брюшной полости. Состояние больных при поступлении было тяжелым или очень тяжелым. У 56 больных подтвержден клинически и лабораторно сепсис с явлениями полиорганной недостаточности (ПОН). В день поступления или на следующие сутки проводилась ревизия раны с целью определить размеры свища, его отношение к окружающим тканям, полный свищ или неполный, сообщение его со свободной брюшной полостью. Пациентам проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, ревизия раны под наркозом, сбор и возврат потерь из свища. Лечение кишечных свищей начинали с консервативной терапии с применением дренажно-поролоновой системы с активной аспирацией. В обязательном порядке всем больным установлен зонд в тощую кишку для возврата потерь из свища и энтерального питания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При потерях из кишечного свища до 1000 мл в сутки у 17 (24,2%) больных удалось купировать явления ПОН и добиться формирования трубчатого, либо губовидного свища. Эти пациенты оперированы через два-четыре месяца в плановом порядке. Послеоперационной летальности не было. У 44 (62,9%) больных, где потери были от 1000 до 2000 мл в сутки, консервативная терапия оказалась мало эффективной. Больные истощались, явления ПОН не купировались. Все они прооперированы после краткосрочной подготовки. После операций умерло 9 (20,4%) больных. Основная причина смерти – несостоятельность швов, гнойный перитонит. И 9 (12,9%) больных не оперированы. Это была самая тяжелая группа с суточными потерями свыше 2000 мл в сутки. Несмотря, на проводимую интенсивную терапию, все больные умерли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Тактика ведения больных зависит от их состояния при поступлении и от объёма потерь по свищу. Если потери не превышает 1000 мл в сутки и полностью возвращаются можно добиться формирования трубчатого или губовидного свища и опери-

ровать больных в плановом порядке с наименьшей летальностью. При потерях свыше 1000 мл за сутки и прогрессирующем истощении больного, оперативное лечение показано после интенсивной подготовки, которая не должна превышать 7-10 дней. Если потери более 2000 мл в сутки, выражены явления ПОН, вопрос о тактике лечения представляет сложнейшую задачу. На наш взгляд, единственным шансом на выздоровление является оперативное лечение.

2. Применение активной аспирации с обтуратором из пенополиуретана способствует более быстрому формированию свищей в условиях обширных гнойных ран и перитонита.

3. Предлагаемый нами способ является методом выбора при лечении данной патологии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на внедрение новых технологий, расширение показаний к сложным оперативным вмешательствам, и сегодня нередко возникают послеоперационные осложнения. Особое место в абдоминальной хирургии среди них занимают кишечные свищи, возникающие как следствие расхождения, несостоятельности швов анастомоза или в результате развившегося гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Особые сложности возникают при лечении несформированных кишечных свищей, летальность при этом достигает 20-71,1%, при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита – 82-90,1%. Предложены различные методы консервативного и оперативного лечения наружных кишечных свищей, однако не снижающаяся летальность свидетельствует о том, что эта проблема далека от разрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 33 больных с наружными кишечными свищами: мужчин было 21 (65%), женщин – 12 (35%). Средний возраст – 39,2±5,3 года. Методы исследования этих пациентов включали: обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с досмотром через 18-24 часа, применение «бариевой» клизмы с досмотром через 9-18 часов, фистулография, УЗИ плевральной и брюшной полостей, общий и биохимический анализ крови, мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мы придерживались тактики двухэтапного лечения: на первом этапе – выведение больного из тяжелого состояния, восстановление энтерального питания; на втором – проведение хирургического лечения в оптимальные сроки в условиях разрешения перитонита и нормализации гомеостаза. Консервативное лечение заключалось в компенсации обменных процессов, применении обтурирующих устройств, адекватной санации раны (с применением препарата Тизоль), энтеральном питании, восполнении потерь по свищу. Оперативное лечение было возможно после интенсивной терапии и компенсации водно-электролитных, белковых потерь. Операция заключалась в «выключении» свища из пассажа пищи. Умерло 3 (8,8%) больных, причиной летального исхода явилось гнойно-раневое истощение, полиорганная дисфункция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Соблюдение предлагаемого алгоритма диагностики и лечения больных с наружными кишечными свищами позволило значительно улучшить результаты лечения этой группы пациентов.