

2. У этой категории пациентов предпочтение следует отдавать открытому доступу в брюшную полость, в небольшом числе случаев операция выполняема во время лапароскопии.

3. Технические приемы операции при «трудном» желчном пузыре могут быть: вскрытие пузыря и удаление огромных камней, субтотальная холецистэктомия (операция Прибрама), поочередное (от шейки и от дна) удаление пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Причины «трудных» лапароскопических холецистэктомий при остром калькулёзном холецистите и некоторые технические аспекты их выполнения / А. Н. Голомидов, С. Г. Гривенко, А. П. Калинин, А. У. Красота // Таврический медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 22, № 4. – С. 57–62.
2. Ташкинов, А. В. Нестандартные методы лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите / А. В. Ташкинов. – Хабаровск : ДВГМУ, 2014. – 102. с.

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Глабай В. П.¹, Анипченко А. Н.², Гобеджишвили В. В.¹

¹*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова*

²*Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского
Москва, Зеленоград, Россия*

Актуальность. Возникновение несформированных тонкокишечных свищей после выполненных операций оказывается трагедией для пациента и хирурга, прежде всего, из-за малой эффективности общепринятых методов лечения, часто приводящих к увеличению количества и прогрессированию свищей и, как следствие, летальному исходу, достигающему 50-90% [1. с. 42]. Обусловлено это укоренившимся среди практических хирургов мнением об опасности выполнения резекционных методов лечения несформированных тонкокишечных свищей, особенно, в условиях перитонита, «замороженного живота», тяжести состояния пациентов, выраженности инфильтрации и мацерации кожи вокруг свищей, а также о достаточной эффективности иссечения краев свища и ушивания свища, применения обтураторов и отрицательного давления с целью устранения или перевода несформированных свищей в трубчатые, различных приспособлений для реинфузии кишечного отделяемого.

Цель. Исследования: доказать эффективность применения резекционных методов лечения несформированных тонкокишечных свищей.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 30 пациентов с несформированными тонкокишечными свищами, перенесшими первичные операции по поводу заболеваний желудка (4), спаечной тонко- или обтурационной толстокишечной непроходимости (8), ранней спаечной тонкокишечной непроходимости (9) травмы органов брюшной полости (3), лапароскопической íром пластики пупочной грыжи (4), ущемленной грыжи, осложненной флегмоной грыжевого мешка (2). Во всех наблюдениях выявлены множественные, от 2 до 5 свищей, причем у 11 пациентов диагностированы многоуровневые свищи, располагающиеся в разных отделах тонкой кишки или одновременно в тонкой и толстой кишках.

Результаты и их обсуждение. Большинство пациентов (23) до поступления в клинику из других лечебных учреждений были безуспешно оперированы от 3 до 36 раз, 3 пациента наблюдались в клиниках за рубежом и им отказано в операции. Количество отделяемого было от 500.0 мл до 1.5 литров. Сроки выполнения операции были в пределах от 2 суток после возникновения свища до 4 недель. Однако, 4 пациента были оперированы в пределах 2-3.5 месяцев после образования свищей. В связи с тяжестью состояния пациентов в 3 случаях выполнено двустороннее выключение свищей, в 1 наблюдении одностороннее. Клиническая картина кишечных свищей весьма демонстративна, однако для выявления всех характеристик необходимы фистулография, рентгеноскопия и рентгенографическое исследование кишечника с водорастворимым контрастным веществом, УЗИ, КТ как с внутривенным, так и пероральным контрастированием. С целью определения степени тяжести состояния пациентов проводилось общеклиническое обследование, консультации смежных специалистов. Всего умерло 4 пациента. Резекционный метод лечения несформированных тонкокишечных свищей весьма прост по своей идеологии, но далеко не всегда легко осуществим. Прежде всего, в дооперационном периоде возникает проблема мацерированной кожи вокруг раны передней брюшной стенки. Поскольку время, затраченное на подготовку кожи, может быть фактором риска ухудшения состояния пациентов у 7 пациентов принято решение о целесообразности оперирования в подобных условиях, что и было осуществлено без возникновения серьезных осложнений. В процессе обсуждения операции оценивались 3 возможных варианта хирургического пособия. Наилучший итог операции – это удаление конгломерата петель тонкой кишки вместе с участком передней брюшной стенки и восстановление естественного пассажа по кишечнику. Другим вариантом при массивном спаечном процессе, опасности повреждения соседних органов, риске общей анестезии и ухудшении лабораторных показателей пациента, возможно одно-или двустороннее выключение свища и в последующем, вторым этапом, удаление конгломерата петель тонкой кишки, несущих свищи. Наименее

благоприятный исход вмешательства это интраоперационное выявление «замороженного живота» и невозможность выполнения какого-либо пособия. Исходя из наших наблюдений, прогрессирующее функционирование тонкокишечного свища свыше 10 суток приводит как к выраженным водноэлектролитным нарушениям, так и «замороженному животу». Справедливо отметить, что главной задачей хирургического вмешательства является создание возможности проведения полноценного энтерального питания и, по нашему мнению, наиболее предпочтительным вариантом является одноэтапная радикальная операция, направленная на удаление конгломерата петель тонкой кишки, несущей свищ. Это требует соответствующей предоперационной подготовки, раннего вмешательства, преодоления сомнений оперирования при тяжелом состоянии пациента. Также каждая операция требует соблюдения определенных особенностей выполнения. Так, технические особенности выполнения вмешательства укладываются в следующий ряд: окаймляющий прежний хирургический доступ вместе со свищевыми ходами разрез, начинающийся от мечевидного отростка и выполняющийся слева и поэтапно, после обнаружения свободной брюшной полости выделяется постоянный анатомический ориентир – печень, от которой шаг за шагом отсепааровываются сращенные между собой тонкая и толстая кишка. Таким же образом поступаем с правой половиной брюшной полости. Далее отделяются толстая кишка от тонкой, удаляется большой сальник и выделяется еще один отправной орган – связка Трейтца. Начиная от нее, осуществляем выделение тонкой кишки до проксимального свища, располагающегося в конгломерате. Затем от третьего ориентира – илеоцекального угла разделяем сращения тонкой кишки до дистального свища. Удаление конгломерата петель тонкой кишки, как правило, не представляет трудностей, однако занимает продолжительное время на обработку брыжейки тонкой кишки из-за инфильтрации. Энтероэнтероанастомоз во всех наших случаях наложен бок в бок ввиду разницы калибров при-и отводящей кишки. Общая продолжительность операций оказалась в пределах 180 – 420 минут. Наблюдения за пациентами, подвергнутым резекционным вмешательствам при несформированных тонкокишечных свищах, в сроки от 1 до 5 лет после операции, показали, что сохраненной тонкой кишки свыше 1 метра вполне достаточно для удовлетворительного питания и предотвращения развития синдрома мальабсорбции.

Выводы.

1. Консервативное лечение несформированных тонкокишечных свищей любой локализации бесперспективно.
2. Применение обтураторов, длительного энтерального питания в отводящую петлю приводит к прогрессированию размера и неэффективно при многоуровневых и множественных свищах.

3. Радикальное хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей возможно при соблюдении принципов предоперационной подготовки и технических особенностей выполнения оперативного пособия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексное лечение кишечных свищей : / Р. Р. Аляутдинов, Е. А. Ахтанин, С. В. Берелавичус, Б. Ш. Гогия ; под ред. А. Г. Кригера. – Москва, 2019. – 66 с.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Городецкий П. Д.¹, Куделич О. А.², Кондратенко Г. Г.²,
Ибрагимова Ж. А.²

¹10-я городская клиническая больница

²Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ряд исследователей считают, что, при панкреатит-ассоциированных инфекциях, необходимо выделять формы инфекции, развивающиеся на фоне острого панкреатита (ОП) (внепанкреатические), и инфекции, специфичные для данного заболевания [1, с. 1-2]. Однако большинство ученых объединяют в одну группу все инфекционные осложнения (ИО), развивающиеся при ОП. До недавнего времени внепанкреатические инфекции (ВИ), возникающие в условиях стационара, оставались вне поля зрения научного сообщества. В то же время, потенциальная связь между наличием инфекционного очага где-то в другом месте организма и развитием ИО ОП остается неизученной. Кроме того, имеющиеся сведения о влиянии таких внепанкреатических инфекций на исход заболевания неоднозначны [2, с. 1-2].

Цель. Провести анализ особенностей течения и динамику развития инфекционных осложнений у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом (ОНП).

Методы исследования. Сплошным методом произведен проспективный анализ результатов комплексного обследования и лечения 49 пациентов с ОНП, находившихся на лечении в УЗ «10 ГКБ г. Минска» с января 2025 по июнь 2026 года. Всем пациентам при поступлении выполняли стандартный объем клинических, лабораторных и специальных исследований.

Для определения тяжести заболевания использовали критерии шкалы SOFA и в соответствии с действующим клиническим протоколом МЗ РБ № 182 от 30.11.2023 «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым