

Е.Г. Григорьев, М.В. Садах, В.И. Капорский, С.А. Гельфанд,
Я.А. Дворянов, Е.Ю. Чашкова

ВЫКЛЮЧЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИЗ ПАССАЖА СТОМИРОВАНИЕМ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ КОЛИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Проведен анализ результатов оперативного лечения 60 больных инфицированным панкреонекрозом, течение которого осложнилось развитием толстокишечных свищей. Больные распределены на группы в зависимости от типа гнойно-некротического парапанкреатита, уровня поражения толстой кишки, летальности. В диагностике инфицированного панкреонекроза и его осложнений использовали фистулографию, компьютерную томографию.

Наиболее оптимальным оперативным вмешательством по поводу толстокишечных свищей в условиях инфицированного панкреонекроза является ушивание свища толстой кишки с выведением протекционной кишечной стомы. Предпочтение отдаем илеостомии в варианте Брука либо Торнболла с последующим восстановлением кишечной непрерывности в плановом порядке по мере купирования гнойного процесса и прекращения функции свища. Учитывая данные летальности в группах больных, которым выполняли выведение илеостомы, колостомы и ушивание свищей соответственно (с наименьшей летальностью 41,9 % в группе больных с илеостомией), можно утверждать, что выключение из пассажа толстой кишки при ее повреждении является оправданным хирургическим маневром, который позволяет предупредить дальнейшую контаминацию забрюшинного пространства.

Ключевые слова: толстая кишка, кишечный свищ, панкреонекроз

WITHDRAWAL OF A COLON FROM A PASSAGE BY STOMA AT NECROTIC COLITIS IN PATIENTS WITH INFECTED PANCREATONECROSIS

E.G. Grigoriev, M.V. Sadakh, V.I. Kaporskij, S.A. Gelfand,
Ja.A. Dvorianov, E.Ju. Chashkova

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The analysis of results of operative treatment of 60 patients with infected pancreonecrosis which current has become complicated by development of colonic fistulas is lead. Patients were distributed on groups depending on type of purulent-necrotic retroperitoneal damage, a level of affection of a colon and mortality. Fistulography, a computer tomography were used in diagnostics of infected pancreonecrosis and its complications.

The closure of a colon fistula with withdrawal of protective intestinal stoma is the optimal operative intervention in case of colonic fistulas in conditions of infected pancreonecrosis. We give preference to Brook's or Tornball's variant of ileostomia with the subsequent restoration of an intestinal continuity in the scheduled order in process of knocking over of purulent process and the termination of function of a fistula. It is possible to approve, considering data in groups of patients which carried out deducing ileostoma, colostoma and rraphia of fistulas (with the least mortality 41,9 % in group of patients with ileostoma), that withdrawal of a colon from a passage at its damage is the justified surgical maneuver which may prevent the further retroperitoneal contamination.

Key words: colon, colonic fistula, pancreonecrosis

За последнее время отчетливо определилась тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом, в том числе его некротическими формами, осложненными забрюшинными нагноениями. Инфицированный панкреонекроз и его гнойно-септические осложнения до сих пор остаются одной из нерешенных проблем гнойной хирургии. Септические осложнения в 80 % случаев являются основной причиной смерти при панкреонекрозе [2, 4]. В тоже время, нет единой точки зрения на принципы хирургического лечения на сегодняшний день. Это касается оптимальных сроков оперативного вмешательства, его технических решений и методов дренирования. Кроме того, одним из частых осложнений инфицированного панкреонекроза (наряду с септической забрю-

шинной флегмоной и гнойно-фибринозным перитонитом) является возникновение толстокишечных свищей различного уровня и локализации. По нашему мнению, это происходит в результате вовлечения в инфекционный процесс брыжейки поперечной ободочной кишки и клетчатки параколярных пространств с развитием периферического венозного тромбоза с распространением деструкции на кишечную стенку и ее некрозом. До сих пор не разработаны хирургические методы, гарантированно предотвращающие развитие данного осложнения. Кроме того, не существует общепринятого лечебного протокола ведения рассматриваемой группы больных [3, 6]. К сожалению, в реферированной литературе эта проблема не освещена в необходимом объеме. Нами не найдено пуб-

ликаций, затрагивающих данную тему. Все вышеизложенное и предопределило необходимость проведения исследования структуры и характера поражения толстой кишки и роль контаминации забрюшинного пространства в ее повреждении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и лечения 60 пациентов, течение инфицированного панкреонекроза у которых осложнилось развитием толстокишечных свищей, что составило 41,1 % от общего числа оперированных больных, находившихся на лечении в госпитальной хирургической клинике Иркутского государственного медицинского университета на базе отделения гнойной хирургии Иркутской Областной клинической больницы с 2000 по 2006 гг. Возраст пациентов от 23 до 73 лет.

Золотым стандартом периоперационного мониторинга пациентов с инфицированным панкреонекрозом традиционно является компьютерная томография (аксиальная либо мультиспиральная) [1, 8, 9], на которой верифицировали состояние паренхимы самой поджелудочной железы и распространенность поражения клетчатки забрюшинного пространства. Одним из основных моментов, определяющих тяжесть состояния этой категории больных, является обширное гнойно-некротическое поражение парапанкреального, параколярного клетчаточных пространств. Локализацию панкреатических гнойников классифицировали по типам: центральный тип — гнойник в перипанкреальной клетчатке и сальниковой сумке; левый тип — гнойно-некротическое поражение забрюшинных клетчаточных пространств слева; правый тип — гнойно-некротическое поражение забрюшинных клетчаточных пространств справа; смешанный — сочетание левого и правого типов. Данная классификация разработана в клинике и применяется с 2000 г.

Всем пациентам были выполнены оперативные вмешательства по поводу инфицированного панкреонекроза и непосредственно толстокишечных свищей. Общепринятой операцией при распространенном инфицированном панкреонекрозе с обширным поражением забрюшинного пространства является лапаролумботомия, резекция пораженных участков поджелудочной железы, некрэктомия либо некрсеквестрэктомия, с широким дренированием зоны интереса [5, 7]. В случае невозможности одномоментно выполнить весь требуемый объем операции, прибегали к программированным релапаротомиям, операциям «second look open». В послеоперационном периоде осуществляли перманентный лаваж брюшной полости и забрюшинного пространства. Каждые 7–10 суток выполняли компьютерную томографию живота для оценки динамики процесса, своевременного выявления и дренирования резидуальных гнойников тем или иным методом (парахирургически либо открыто).

О возникновении толстокишечного свища судили по появлению уклонения толстокишечного

содержимого в послеоперационном периоде по дренажам из брюшной полости или забрюшинного пространства. Это — ургентная ситуация, при которой возникает необходимость выполнения релапаротомии «по требованию».

Первые признаки уклонения толстокишечного содержимого в рассматриваемой группе пациентов отмечены на 4–11 сутки после операции по поводу инфицированного панкреонекроза. Считаем, что это критические сутки для возникновения осложнения, что подтверждено данными морфологического исследования. При выполнении релапаротомии наблюдали сохраняющийся гнойно-воспалительный процесс в забрюшинном пространстве, плоскостные некрозы клетчатки, гнойную экссудацию. Множественные свищи наблюдались у 28 (46,6 %) пациентов. Это происходило, как правило, на фоне обширного поражения стенки толстой кишки, захватывающей более одного ее отдела. Также интраоперационно наблюдалось гнойно-некротическое повреждение mesocolon и параколярной клетчатки с переходом процесса на стенку толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Половозрастная характеристика в исследуемой группе больных: мужчин — 39 (65,0 %), женщин — 21 (35,0 %), средний возраст составил 45,69 (23–73) лет. Наиболее часто толстокишечные свищи осложняли течение инфицированного панкреонекроза со смешанным типом гнойно-некротического повреждения забрюшинной клетчатки (30 пациентов — 50,0 %), причем летальность в этой группе была наиболее высокой — 63,3 %. Распределение пациентов по данному признаку представлено в таблице 1.

В группе больных толстокишечными свищами по поводу возникшего осложнения выполнены следующие операции: ушивание свища без протекционного стомирования в 16 наблюдениях (26,7 %), резекция толстой кишки с илеостомой по Бруку у 12 больных (20,0 %), резекция свищесущего участка с колостомой в 13 случаях (21,7 %). У 5 больных выполнено ушивание свища в сочетании с операцией Брука (8,3 %), у остальных (14 — 23,3 %) сделана илеостомия по Торнболлу без ушивания свища толстой кишки. Следует особо отметить, что ушивание толстокишечных свищей оказалось не всегда возможным из-за выраженного рубцово-воспалительного процесса в перифокальной области, формирования естественного отграничивающего барьера (в виде свищевой полости с грануляционным валом), что повышало риск дополнительного повреждения кишечной стенки. Как показало последующее наблюдение за этими пациентами, на фоне выключения толстой кишки из пассажа, в дальнейшем происходило купирование гнойно-воспалительного процесса, редукция свищевой полости и закрытие свища (что подтверждается данными фистулографии, ирригоскопии и компьютерной томографии) в течение 1,5–2 мес.

Летальность в зависимости от типа парапанкреальных гнояников

	Со свищами (n = 60), %	Без свищей (n = 86), %	Общие данные (n = 146), %
Летальность общая	50,0	13,4	28,8
Летальность в группе с множественными свищами	57,1		
Летальность в зависимости от типа парапанкреатита:			
смешанный	63,3	80,0	67,5
центральный	0,0	7,1	6,7
центрально-левый	30,4*	5,6*	13,0
центрально-правый	50,0*	0,0	21,4

Примечание: * – значимые различия летальности по критерию согласия ($p < 0,05$).

Итак, 25 пациентам была выполнена резекция пораженных участков толстой кишки с выведением кишечной стомы в том или варианте.

По нашим данным, наиболее часто некротическим процессом поражались восходящий и поперечный отделы ободочной кишки – 48 человек (80,0 %).

Исследование морфологии выполнено на базе Областного патологоанатомического бюро. Гистологически при исследовании макропрепаратов резецированных сегментов толстой кишки установлены различные сочетания нарушений кровообращения (тромбоз микрососудистого русла mesocolon) и воспалительной реакции. В области краевых отделов свищей в слизистой толстой кишки обнаруживали язвенные дефекты с нарушением целостности собственной мышечной оболочки слизистой. Так же отмечены полнокровие и отек сосудов стенки. В области дна на поверхности язвенных дефектов определяются фибрин, лейкоциты, детрит. Под ними выявляется разной степени развития грануляционная ткань с новообразованными сосудами. В слизистой оболочке краев язвенных дефектов выявляются как признаки атрофии, снижение высоты ворсин кишечной стенки, а так же диспластические процессы, выражающиеся в расширении пространств между криптами в строме стенки толстой кишки. Строма слизистой и подслизистой оболочек имеет разную степень инфильтрации лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками, т.е. отражает картину хронического воспаления. Морфологическая картина не выглядела однородной, а представляла собой мозаику из нарушений кровообращения, отека, воспалительной реакции как острог экссудативного, так и хронизирующего продуктивного воспаления.

Общая летальность у пациентов в группе с толстокишечными свищами составила 50,0 %. Она была связана не только с образованием кишечных свищей, но и (главным образом) с тяжестью течения основного заболевания. В группе с множественными свищами – 57,1 % (причем, при сме-

шанном типе гнойно-некротического парапанкреатита и множественных свищах летальность достигает 73,7 %).

Летальность при выведении илеостомы была меньшей (41,9 %), чем в других группах больных (при ушивании кишечных свищей – 62,5 %, при колостомировании – 53,8 %). Данные обработаны как непараметрические по критерию χ^2 , различия считали значимыми при $p < 0,05$.

После купирования патологического процесса в брюшинном пространстве и прекращения функции толстокишечного свища в плановом порядке (через 6 – 8 мес.) выполнялось восстановление кишечной непрерывности путем закрытия илео- либо колостомы одним из общепринятых способов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наложение протекционной кишечной стомы пациентам с толстокишечными свищами в условиях инфицированного панкреонекроза является патогенетически оправданным хирургическим маневром, предупреждающим дальнейшую контаминацию брюшинного пространства, mesocolon и, соответственно, деструктивно-некротическое поражение толстой кишки. Наиболее оптимальным вариантом вмешательства является илеостомия (операция Брука или Торнболла). Данная тактика позволяет снизить послеоперационную летальность в сравнении с ушиванием без протекционного стомирования и колостомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вашетко Р.В. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей / Р.В. Вашетко, А.Д. Толстой, А.А. Курыгин – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 320 с.
2. Лечение острого деструктивного панкреатита / З.А. Топчиашвили, М.М. Кацарава, Р.М. Метревели, Б.С. Сепашвили // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 89–94.
3. Макаров Н.А. Гнойно-септические осложнения при хирургическом лечении деструктивно-

го панкреатита / Н.А. Макаров, И.Л. Ротков, С.Н. Богданов // Вестн. хир. — 1990. — № 9. — С. 55–58.

4. Нестеренко Ю.А. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита / Ю.А. Нестеренко, А.Н. Лищенко, С.В. Михайлуков. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. — 170 с.

5. Савельев В.С. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич и др. // Анналы хирургии. — 1998. — № 1. — С. 34–39.

6. Савельев В.С. Оценка современных методов лечения деструктивного панкреатита / В.С. Саве-

льев, М.И. Филимонов, В.Р. Гельфанд и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — № 1. — С. 8–10.

7. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло. — Киев: Здоров'я, 1990. — 272 с.

8. Beger H.G. Surgical management of necrotizing pancreatitis / H.G. Beger // Urg. Clin. North. Am. — 1989. — Vol. 69, N 3. — P. 529–549.

9. Livingston D.H. Management of the surgical patient with multiple system organ failure / D.H. Livingston // Am. J. Surg. — 1993. — 165 (2a suppl). — P. 88–138.