

© CC 0 Коллектив авторов, 2019
УДК 616.33/.34-007.253:616.381-002+616.94
DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-52-55

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВЫСОКИМИ СВИЩАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИТОНИТА И ТЯЖЕЛОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

А. Е. Демко, С. А. Шляпников, Г. И. Синенченко, В. И. Кулагин, И. М. Батыршин,
В. М. Луфт, Г. А. Пичугина, Д. С. Склизков*, Ю. С. Остроумова, А. В. Осипов

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 15.01.19 г.; принята к печати 27.02.18 г.

Показан случай успешного лечения пациента с такими тяжелыми осложнениями перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, как тяжелый абдоминальный сепсис, с последующим формированием свищей желудочно-кишечного тракта. Применение методики «открытого живота» с использованием вакуум-ассистированных повязок позволило в данном случае реализовать принцип «source-control» и добиться стабилизации состояния при явлениях полиорганной недостаточности и септического шока. Стоит отметить преимущество этапных реконструктивных хирургических вмешательств для данной категории больных, что позволяет постепенно улучшать качество жизни пациента без высоких операционных рисков больших симультанных реконструктивных операций.

Ключевые слова: кишечный свищ, третичный перитонит, абдоминальный сепсис, терапия локальным отрицательным давлением

Для цитирования: Демко А. Е., Шляпников С. А., Синенченко Г. И., Кулагин В. И., Батыршин И. М., Луфт В. М., Пичугина Г. А., Склизков Д. С., Остроумова Ю. С., Осипов А. В. Успешное лечение пациента с высокими свищами желудочно-кишечного тракта на фоне третичного перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(2):52–55. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-52-55.

* **Автор для связи:** Дмитрий Сергеевич Склизков, ГБУЗ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», 192242, Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А. E-mail: dsklizkov90@mail.ru.

Case report of successful treatment of patient with high gastrointestinal fistulas with tertiary peritonitis and severe abdominal sepsis

Andrey E. Demko, Sergey A. Shlyapnikov, Georgiy I. Sinenchenko, Vladimir I. Kulagin, Ildar M. Batyrshin, Valeriy M. Luft, Galina A. Pichugina, Dmitriy S. Sklizkov*, Julia S. Ostroumova, Alexey V. Osipov

Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Russia, St. Petersburg

Received 15.01.19; accepted 27.02.19

This article is about the successful treatment of the patient with such heavy complications of a perforative duodenal ulcer as heavy abdominal sepsis, with the subsequent formation of fistulas of gastrointestinal tract. Application of the technique of «open abdomen» using vacuum assisted closure, allowed in this case to realize the principle of «source-control» and to achieve stabilization of the condition in multiple organ failure and septic shock. It is worth noting the advantage of stage reconstructive surgical interventions to this category of patients that allows to gradually improve quality of life of the patient without high operational risks of big simultaneous reconstructive operations

Keywords: intestinal fistula, tertiary peritonitis, abdominal sepsis, negative pressure wound therapy

For citation: Demko A. E., Shlyapnikov S. A., Sinenchenko G. I., Kulagin V. I., Batyrshin I. M., Luft V. M., Pichugina G. A., Sklizkov D. S., Ostroumova Ju. S., Osipov A. V. Case report of successful treatment of patient with high gastrointestinal fistulas with tertiary peritonitis and severe abdominal sepsis. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2019; 178(2):52–55. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-2-52-55.

* **Corresponding author:** Dmitriy S. Sklizkov, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, 3 Budapeshtskaya street, St. Petersburg, Russia, 192242. E-mail: dsklizkov90@mail.ru.

Лечение пациентов с кишечными свищами является чрезвычайно сложной задачей, требующей мультидисциплинарного подхода. Летальность при данной патологии остается на очень высоком уровне и может достигать 40 %. Летальный

исход чаще всего является результатом тяжелого сепсиса на фоне раневых инфекций и истощения на фоне электролитного и белково-энергетического дисбаланса у пациентов с высокопродуктивными свищами [1]. Успех в лечении больных с данной



Рис. 1. Вид передней брюшной стенки на момент перевода
Fig. 1. View of abdominal wall in the time of transfer

патологией достигается нечасто из-за ограниченно-го опыта у многих хирургов и отсутствия специализированных центров, где концентрировались бы такие пациенты.

Пациент П., 37 лет, был переведен 04.09.2017 г. в НИИСП им. И. И. Джанелидзе из иногороднего стационара в крайне тяжелом состоянии с клиникой тяжелого абдоминального сепсиса. Оперирован 20.08.2017 г. по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), выполнено ушивание язвы и пилоропластика по Гейнике – Микуличу. На 8-е сутки течение послеоперационного периода осложнилось несостоятельностью швов пилоропластики. 28.08.2017 г. были выполнены релапаротомия, резекция пилорического отдела желудка, наложена дуоденостома и сформирована лапаростома. Далее 30.08.2017 г. и 01.09.2017 г. выполнены этапные санирующие операции с наложением пункционной холецистостомы и ушиванием несостоятельности культи желудка. 03.09.2017 г. (14-е сутки после первичной операции) пациенту произведено наложение заднего позадиободочного гастроэнтероанастомоза по Ру. 04.09.2017 г. пациент переведен в отделение реанимации городского центра по лечению тяжелого сепсиса НИИСП им. И. И. Джанелидзе. На момент поступления состояние больного тяжелое, имеются признаки системной воспалительной реакции, явления полиорганной дисфункции с развернутой картиной тяжелого сепсиса (SIRS=4, SOFA=6). При осмотре пациента определяется лапаростома, сформированная посредством металлоконструкции строительного назначения (рис. 1). Также у больного имеется функционирующая транспеченочная холецистостома и дуоденостома, через которую выполнено дренирование тонкой кишки зондом Миллера – Эббота. После предоперационной подготовки 05.09.2017 г. выполнена релапаротомия, в ходе которой выявлены некроз нисходящей

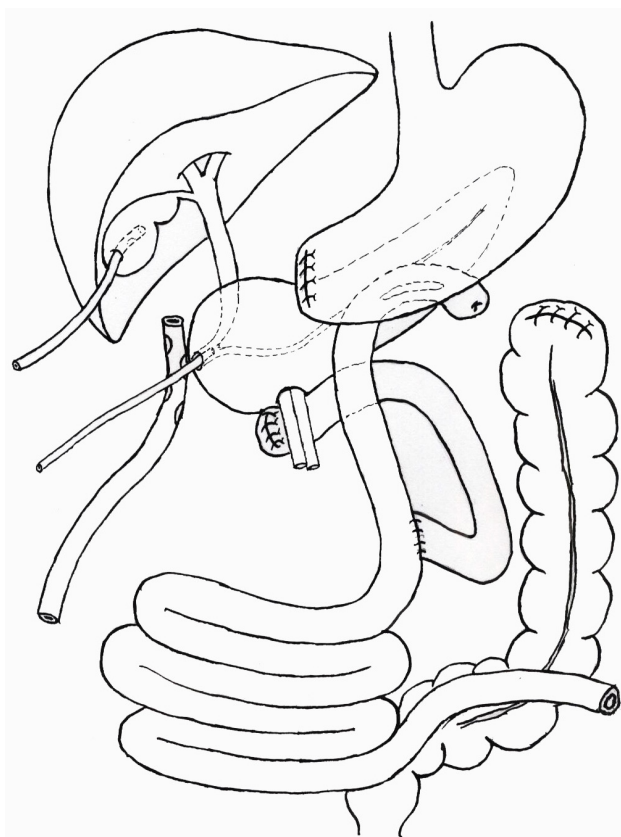


Рис. 2. Схема желудочно-кишечного тракта после операции
Fig. 2. Scheme of the gastrointestinal tract after surgery

ветви ДПК, некроз сегмента поперечной ободочной кишки с перфорацией, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Объем операции: расширенная правосторонняя гемиколэктомия с выведением концевой илеостомы. Резекция ДПК и ушивание ее нижней горизонтальной ветви с наружным дренированием внепеченочных желчных протоков через сохраненный большой дуоденальный сосочек с установкой активного двухпросветного дренажа к этой зоне (рис. 2). Санация брюшной полости с формированием вакуум-ассистированной лапаростомы (рис. 3).

В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в виде регресса органной дисфункции и признаков SIRS. 07.09.2017 г., на 2-е сутки, выполнены этапная санирующая операция и замена системы NPWT (SIRS=1, SOFA=3). 09.09.2017 г. – программная релапаротомия: явления перитонита купированы, введен зонд для питания за Ру-анастомоз и выполнено устранение лапаростомы путем наложения кожных швов. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Осуществлялся сбор желчи и сока поджелудочной железы из свища большого дуоденального сосочка (БДС) и холецистостомы с последующей реинфузией в зонд, введенный за Ру-анастомоз. На 19-е сутки сформировался наружный панкреатобилиарный свищ. Объем отделяемого за сутки составлял до 1500 мл, при этом отделяемое по холецистостоме полностью прекратилось. 25.09.2017 г. (20-е сутки) пациент переведен на хирургическое отделение. В течение следующего месяца отделяемое по свищу стало прогрессивно уменьшаться. При фистулографии диагностирован внутренний билиарнопанкреатодуоденальный свищ. Дренаж удален. Наружный свищ закрылся, пациент выписан на амбулаторное лечение 20.10.2017 г., на 45-е сутки.

Через 3 месяца пациент был госпитализирован в экстренном порядке по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, в результате которой произошло разрушение внутреннего



Рис. 3. Вид сформированной вакуум-ассистированной лапаростомы

Fig. 3. View of formed vacuum-assisted laparostomy

билиарнопанкреатодуоденального свища с развитием перитонита и септического шока (SIRS=3, SOFA=10). Ситуация потребовала двухэтапных санирующих операций и повторного формирования наружного панкреатобилиарного свища по прежней методике с реинфузией отделяемого в зонд. Кроме этого, течение заболевания осложнилось перфорацией пептической язвы ГЭА с последующим формированием наружного свища.

После стабилизации белково-энергетического состояния, компенсации водно-электролитного дисбаланса и выжидания минимально необходимых сроков адгезиолиза 06.03.2018 г. в плановом порядке выполнено наложение папиллоэюнонастомоза по Ру и реконструкция гастроэнтероанастомоза. Холецистостома удалена. Рана зажила первичным натяжением.

В плановом порядке 16.07.2018 г. наложен илеотрансверзоанастомоз. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан на амбулаторное лечение (рис. 4).

Данное наблюдение демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению пациентов с несформированными свищами желудочно-кишечного тракта и тяжелым абдоминальным сепсисом. Применение тактики «открытого живота» с использованием вакуум-ассистированных повязок позволяет реализовать принцип «source-control» и добиться стабилизации состояния больного в условиях полиорганной недостаточности и септического шока [2]. Этапные реконструктивные хирургические вмешательства

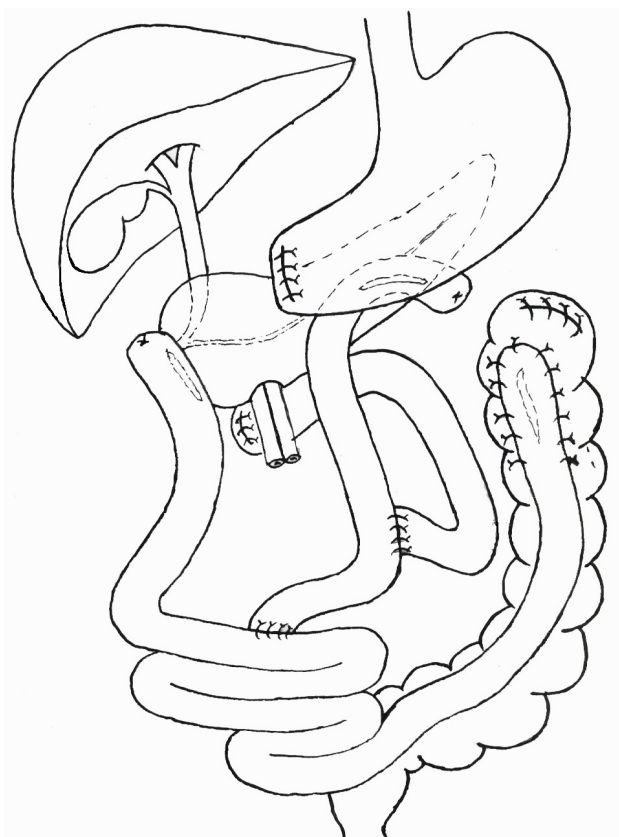


Рис. 4. Схема желудочно-кишечного тракта после всех этапов реконструктивных операций

Fig. 4. Scheme of the digestive tract after all stages of reconstructive operations

в сочетании с рациональной комбинированной нутритивной терапией позволяют достичь выздоровления столь тяжело больных [3].

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов. / The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Карсанов А. М., Маскин С. С., Слепушкин В. Д. и др. Клинико-эпидемиологическое значение системного воспаления и сепсиса // Вестн. хир. им. И. И. Грекова. 2015. Т. 174, № 4. С. 99–103. [Karsanov A. M., Maskin S. S., Slepushkin V. D., Karsanova Z. O., Derbenceva T. V., Salamova F. T., Karaev T. R. Kliniko ehpide-miologicheskoe znachenie sistemnogo vospaleniya i sepsis. Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova. 2015;174(4):99–103. (In Russ.).]
- Бенсман В. М., Савченко Ю. П., Щерба С. Н. и др. Способ закрытия лапаротомной раны при распространенном перитоните // Хирургия : Журнал им. Н. И. Пирогова. 2016. № 7. С. 30–35. [Bensman V. M., Savchenko Ju. P., Shherba S. N., Golikov I. V., Triandafilov K. V.,

- Chajkin V. V., Pjatak S. N., Saakjan A.S. Sposob zakrytija laparotomnoj rany pri rasprostranennom peritonite. *Khirurgija: Zhurnal im. N. I. Pirogova*. 2016;(7):30–35. (In Russ.).
3. Ромашенко П. Н., Майстренко Н. А., Сидорчук П. А. Хирургическое лечение и реабилитация больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки // *Росс. биомед. журн.* 2014. Т. 15, № 4. С. 755–769. [Romashhenko P. N., Majstrenko N. A., Sidorchuk P. A. Khirurgicheskoe lechenie i reabilitacija bol'nyh s perforativnoj jazvoj dvenadcatiperstnoj kishki. *Rossijskij biomedicinskij zhurnal*. 2014;15(4): 755–769. (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Демко Андрей Евгеньевич (e-mail: demkoandrey@gmail.com), д-р мед. наук, профессор, зам. главного врача по хирургии; *Шляпников Сергей Алексеевич* (e-mail: shlyapnikov@gmail.com), д-р мед. наук, профессор, руководитель городского центра по лечению тяжелого сепсиса; *Синенченко Георгий Иванович* (e-mail: Huv2@vmeda.org), д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела неотложной хирургии; *Кулагин Владимир Иванович* (e-mail: VladimirKulagin@yandex.ru), канд. мед. наук, зав. 5-м хирургическим отделением (отделение панкреатологии); *Батыршин Ильдар Муллаянович* (e-mail: onrush@mail.ru), канд. мед. наук, зав. 11-м хирургическим отделением (отделение хирургических инфекции); *Луфт Валерий Матвеевич* (e-mail: lvm-asper@mail.ru), д-р мед. наук, профессор; *Пичугина Галина Александровна* (e-mail: gal-gal2000@mail.ru), канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реаниматологии № 7 (в составе городского центра по лечению тяжелого сепсиса); *Склизков Дмитрий Сергеевич* (e-mail: dsklizkov90@mail.ru), врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник отдела хирургических инфекций; *Остроумова Юлия Сергеевна*, врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник отдела хирургических инфекций; *Осипов Алексей Викторович*, канд. мед. наук, врач-хирург 3-го хирургического отделения (колопроктологии); Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 192242, Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.