

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

РЕФЕРАТ

Тема: Кишечные свищи

Выполнила: ординатор 1 года обучения

Шелемова Анна Андреевна

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского
(наименование кафедры)

Рецензия кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского
Здзитовецкого Дмитрия Эдуардовича на реферат ординатора первого года обучения
специальности «Хирургия» Шелемовой Анны Андреевны по теме: Кишечные
свищи.

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Актуальность	да
3	Соответствие текста реферата его теме	да
4	Владение терминологией	да
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	да, полностью
6	Логичность доказательной базы	основано
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	аргументировано
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	соответствует
9	Наличие общего вывода по теме	есть
10	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата « 19 » / ноября / 20 20

Подпись рецензента

Шелемова А.А.
(подпись)

доц. Томашов Н.В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

(ФИО ординатора)

Введение

Кишечный свищ - сообщение просвета кишки с поверхностью тела, просветом другого полого органа или забрюшинной клетчаткой.

Данное заболевание известно с глубокой древности, однако до середины XIX в. о них имеются единичные сообщения в литературе. Это связано с небольшим числом операций на органах брюшной полости в прежние времена.

Наружные кишечные свищи - понятие емкое, включает свищи разной локализации, формы, интенсивности функционирования и происхождения. Они давно известны в хирургической практике как тяжелое осложнение повреждений и заболеваний пищеварительного тракта. Несмотря на огромные достижения в хирургии, кишечные свищи продолжают оставаться сложной проблемой.

Актуальность

Кишечные свищи являются сложным разделом современной хирургии. Несмотря на появление новых хирургических технологий, проблема лечения свищей остается актуальной, поскольку при их лечении не удастся избежать новых осложнений, рецидивов и летальных исходов. Послеоперационная летальность при хирургическом лечении кишечных свищей составляет 11,7-26,2%. Наиболее часто кишечный свищ представляет собой послеоперационное осложнение, являющееся угрозой жизни больного. Результаты лечения кишечных свищей зависят от своевременной диагностики, установления причин их образования и правильности выбранного лечения. При высоких несформировавшихся свищах на фоне перитонита летальность увеличивается до 82%. Нельзя не согласиться с высказыванием Б.А. Вицына: «Кто хоть раз пережил момент, когда операция осложняется кишечным свищом, кто видел трагическую динамику этого осложнения, прилагая неимоверные усилия, чтобы спасти больного, тот может понять значение этой проблемы».

Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно. Если учесть, что формированию кишечного свища предшествует, как правило, выраженный гнойно-воспалительный процесс, приводящий к тяжелой интоксикации, то формирование кишечного свища на таком фоне приводит не только к истощению, но и к дополнительному инфицированию раны, образованию

затеков, распространению инфекции, тем самым усугубляя гнойно-воспалительный процесс и увеличивая интоксикацию.

Лечение кишечных свищей является наиболее трудным разделом хирургии желудочно-кишечного тракта. Если лечение сформированных кишечных свищей в какой-то мере можно признать уже хорошо разработанным разделом хирургии с выработанными четкими показаниями и противопоказаниями к оперативному лечению соотносительно низкой послеоперационной летальностью, то в лечении больных с несформированными кишечными свищами много спорных и недостаточно разрешенных вопросов.

Наиболее трудным является лечение высоких тонкокишечных свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, особенно протекающими на фоне перитонита, межкишечных абсцессов и непроходимости кишечника. В подобных случаях приходится решать не только сугубо хирургические задачи, но и проводить коррекцию патофизиологических нарушений водного, электролитного, белкового и ферментного обменов, восстановление функции пищеварительного тракта. Больные требуют тщательного и трудоемкого ухода.

Операции ликвидации кишечных свищей, в особенности множественных, относятся к числу сложных, требующих мастерства и высокой квалификации хирурга, способного подойти творчески к каждому больному и выбрать индивидуальный вариант оперативного вмешательства.

Цель реферата: — *работы.*

Изучить особенности наружных и внутренних кишечных свищей, причины их образования, клиническую картину, морфологию, патогенез, способы лечения. *и профилактики.*

Задачи:

1. Классификацию свищей желудочно-кишечного тракта.
2. Клиническую картину кишечных свищей.
3. Методы диагностики.
4. Основные методы лечения кишечных свищей.

Классификация

В литературе, посвященной лечению кишечных свищей, некоторые авторы употребляют термины «несформировавшийся» и «сформировавшийся свищ», другие — «несформированный» и «сформированный свищ». Ряд авторов используют и тот и другой варианты. По мнению Н.Н. Каншина (1999), сформированные кишечные свищи в большинстве случаев оказываются

следствием несформированных свищей, являясь фазой единого патологического процесса, кроме того, иногда их создают искусственно. Впервые кишечные свищи на сформированные и несформированные были разделены Б.А. Вицыным и Е.М. Блажитко (1974). В дальнейшем это деление было закреплено в классификации кишечных свищей, опубликованной ими в монографии «Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи».

В литературе можно найти ряд различных классификаций свищей.

Классификация П.Д. Колченогова включает семь характеристик кишечных свищей:

- 1) по этиологии: врожденные, приобретенные, наложенные с лечебной целью;
- 2) по морфологии: губовидные, трубчатые, переходные формы или несформировавшиеся, с возможным образованием из губовидных или трубчатых;
- 3) по количеству свищевых отверстий: одиночные, множественные соседние и множественные отдаленные;
- 4) по локализации: д кишки, подвздошной, слепой, восходящей, поперечной, нисходящей, сигмовидной;
- 5) по функции: полные (противоестественный задний проход), неполные;
- 6) по выделяемому из свища экскрету: каловые, слизистые, гнойно-каловые, гнойно-слизистые;
- 7) по осложнениям: неосложненные, осложненные (местные осложнения - дерматит, абсцесс, флегмона, пролапс стенки кишки, общие - истощение, депрессия и т. д.).

В 1977 году опубликована классификация Р.Н. Богницкой, которая попыталась упростить классификацию свищей, но в то же время сохранить в ней выделение их основных особенностей, которые оказывают влияние на выбор тактики лечения. Среди тонкокишечных свищей она различает высокие и низкие, а в зависимости от количества потерь кишечного содержимого характеризует их как обильно, умеренно или незначительно функционирующие.

В классификации И.З. Козлова и Т.А. Андросовой в монографии «Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике» под редакцией Э.Н. Ванцяна, включающей в себя две основные характеристики - этиологическую и морфологическую, авторы различают сформировавшиеся и несформировавшиеся свищи, однако степень сформированности не учитывают. Не указаны также отдельные осложнения.

в практической деятельности пользуемся следующей классификацией кишечных свищей.

Классификация наружных кишечных свищей.

I. Этиология:

1. Врожденные.

2. Приобретенные:

- а) воспалительные;
- б) травматические;
- в) послеоперационные.

II. Морфология:

1. Несформировавшиеся:

- а) свищ на фоне распространенного перитонита;
- б) свищ, открывающийся в полость внутрибрюшного недренируемого абсцесса;
- в) свищ, открывающийся в полость внутрибрюшного, дренируемого наружу абсцесса;
- г) свищ, открывающийся в гнойную рану брюшной стенки с эвентрированными кишечными петлями;
- д) свищ, открывающийся в гнойную рану.

2. Сформировавшиеся:

- а) губовидные;
- б) трубчатые.

3. Сформированные - искусственные:

- а) губовидные - энтеростома, колостома (пристеночная, петлевая, одноствольная, двухствольная, разгрузочная);
- б) трубчатые.

III. Локализация:

- 1. Дуоденальные (концевые, боковые).
- 2. Тонкокишечные (критически высокие, высокие, средние, низкие).
- 3. Толстокишечные (слепая, восходящая, правый изгиб, поперечная ободочная кишка, левый изгиб, нисходящая, сигмовидная, прямая).

IV. Количество:

1. Одиночные.

2. Множественные свищи на одном отделе кишечника:

- а) тонкокишечные; б) толстокишечные.

V. Смешанные (тонкотолстокишечные):

1. Одиночные.

2. Множественные.

VI. Комбинированные: кишечный свищ в сочетании с мочевыми, желчными, маточными и т. д., свищи при несостоятельности билиодуоденальных и билиоеюнальных анастомозов.

VII. Функция:

1. Полные.

2. Неполные.

VIII. Осложнения:

1. Местные:

- а) язвенный дерматит;
б) гнойные затеки;
в) абсцесс;
г) флегмона;
д) эвагинация;
е) кровотечение из свища.

2. Общие:

- а) нарушения обмена (белкового, водного, электролитного);
б) органная недостаточность;
в) кахексия;
г) сепсис.

IX. Заболевания, способствующие образованию и усугубляющие течение свища:

1. Распространенный перитонит;
2. Ограниченный перитонит;
3. Кишечная непроходимость;
4. Спаечная болезнь брюшной полости;
5. Панкреонекроз и др.

Этиология и патогенез кишечных свищей

*раздел очень подробный
харак. все виды свищей
исключительно!*

Причины образования кишечных свищей многообразны. Анализ литературы и, соответственно, наблюдения различных хирургов позволили классифицировать кишечные свищи по этиологическому признаку.

Кишечные свищи могут быть врожденными и приобретенными. **Врожденные** кишечные свищи встречаются относительно редко. Они являются следствием пороков развития желудочно-кишечного тракта. При аномалиях, связанных с задержкой обратного развития желточного протока, не происходит заращения желточно-кишечного протока и кишечное содержимое выделяется наружу в области пупка. Кроме того различные нарушения в развитии анальной и ампулярной части прямой кишки приводят к тому, что конечный отдел кишечника открывается во влагалище, мошонку или в мочевого пузырь.

Частота возникновения кишечных свищей меняется в зависимости от конкретного исторического периода. До 30-х годов нашего века в связи с недостаточным охватом широких слоев населения квалифицированной медицинской помощью и низким уровнем развития медицины преобладали случаи спонтанных кишечных свищей у неоперированных больных с ущемленными грыжами, запущенными формами острого аппендицита, аппендикулярных инфильтратов и абсцессов, непроходимости кишечника.

Во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. и в ближайшие годы после нее преобладали кишечные свищи огнестрельного происхождения [Баженова А.П., 1947].

В настоящее время отмечается увеличение частоты возникновения кишечных свищей после различных абдоминальных хирургических вмешательств, и контингент больных с данной патологией существенно изменился. Относительное и абсолютное увеличение числа пациентов с послеоперационными свищами кишечника связано с ростом обширных и вследствие этого травматичных операций.

Особую группу составляют тонкокишечные свищи вследствие подвешной энтеростомии, выполненной в “классическом” виде, т. е. когда кишка не подшивается к брюшине, а фиксируется “подвешиванием” с помощью резиновой трубки к передней брюшной стенке в расчете на склеивание кишки с пристеночной брюшиной. Подвешная энтеротомия направлена на борьбу с парезом кишечника при перитоните.

Техника подвешной энтеростомии (Рис. №1): вокруг намеченного центра прокола тонкой кишки накладывается шелковый кисетный шов (строго посередине края кишки, противоположного прикреплению брыжейки кишки). Возле центра кисета кишечную стенку приподнимают двумя пинцетами и вскрывают просвет кишки. В полученное отверстие вставляют длинную (50-60 см) трубку с достаточным числом боковых отверстий. Трубку фиксируют к стенке кишки одиночным кетгутовым швом; после этого кисетный шов затягивают. В стороне от основного (срединного)

операционного разреза троакарном или узким скальпелем делается прокол всех слоев передней брюшной стенки и через этот прокол резиновая трубка выводится наружу. Трубка подтягивается до полного соприкосновения кишечной стенки к париетальной брюшине. Трубку удаляют на 8—10-е сутки. Свищ должен перестать функционировать и постепенно зажить, но, к сожалению, это бывает не всегда. В результате снижения пластических свойств брюшины у ослабленных больных кишка может отойти от передней брюшной стенки и кишечное содержимое будет поступать не только наружу, но и в брюшную полость. Нередко кишечный свищ после извлечения резиновой трубки не заживает в предусмотренный срок, а продолжает обильно функционировать и ведет к истощению и даже смерти больного.

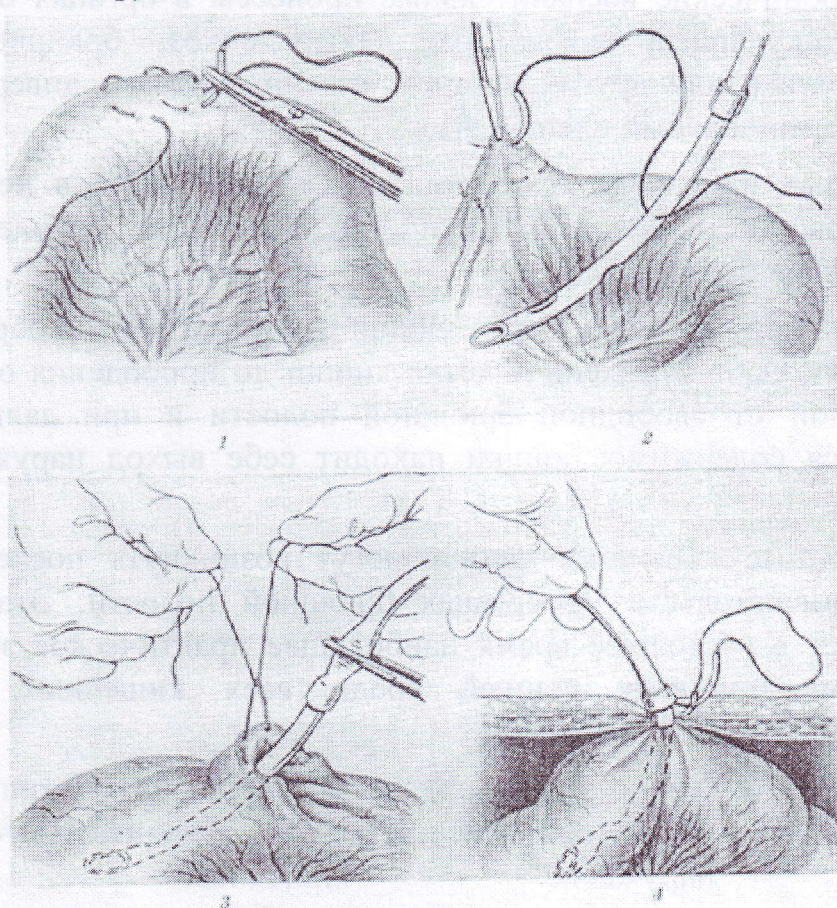


Рис. №1: Техника подвесной энтеростомии.

Формирование противоестественного заднего прохода применяется при ранениях, рубцовом сужении или раке прямой кишки. Это не относится к сложным хирургическим вмешательствам, тем не менее ряд технических погрешностей может привести к тому, что вместо желаемого искусственного заднепроходного отверстия образуется толстокишечный свищ, осложненный каловой флегмоной и даже перитонитом. Противоестественный задний проход накладывается на сигмовидную кишку, реже на поперечную ободочную. Предложено много способов этой операции: Медля, Ламбре, Гердалазде, но даже самые распространенные из них (Медля и Ламбре) несут

за собой ряд осложнений. Одним из неперенных условий благоприятного исхода операции является хорошее кровоснабжение выведенного конца кишки и надежная фиксация ее к передней брюшной стенке.

Свищи, возникшие самопроизвольно, могут быть следствием как повреждений, так и различных заболеваний.

Заболевания, которые могут привести к образованию самопроизвольных кишечных свищей, следующие:

а) злокачественные опухоли (прободение кишки вследствие распада опухоли, развившейся как в самой стенке кишки, так и по соседству с ней);

б) острые и хронические воспалительные процессы в органах брюшной полости (аппендикулярный инфильтрат, актиномикоз, брюшной тиф, туберкулез кишечника или других органов, язвенный колит, дивертикулит толстой кишки, терминальный илеит и др.);

в) деструктивные изменения в стенке кишки, возникшие в результате расстройства кровообращения в ней (ущемленная грыжа, заболевания и повреждения сосудов брыжейки и др.).

Во всех случаях наружные кишечные свищи самопроизвольно образуются лишь при условии, если пораженная петля кишки до прободения оказалась уже отграниченной от свободной брюшной полости и при дальнейшем развитии процесса содержимое кишки находит себе выход наружу через брюшную стенку.

Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Эта группа осложнений имеет в настоящее время наибольшее практическое значение. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,92 [Грицман Ю. Я., 1972].

Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии. На 6-м Всероссийском съезде хирургов отмечено наличие значительного числа наблюдений наружных кишечных свищей аппендикулярного происхождения, что может быть расценено как свидетельство неадекватного использования тампонов, длительного нахождения дренажных трубок из малосовместимых с биологическими тканями материалов и погрешностей хирургической техники.

Наибольший практический интерес представляет разбор этиологических и патогенетических факторов образования кишечных свищей в послеоперационном периоде, так как именно с выяснением этого вопроса связаны пути профилактики. Однако решить этот вопрос нередко достаточно сложно. Факторы, приводящие к нарушению целостности кишечной стенки в послеоперационном периоде, весьма многообразны.

Т. Н. Богницкая (1977) представила интересные данные о причинах образования наружных кишечных свищей после операции. Выделены две категории ведущих причин: первая — наличие в брюшной полости к

моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением кровообращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая — тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении послеоперационного периода.

Одной из ведущих причин кишечных свищей после операции является прогрессирование основного гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого больной оперирован. Образование кишечных свищей наблюдается после вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости вследствие перфоративных неоперабельных злокачественных опухолей, запущенных форм острого аппендицита с нарастающей инфильтрацией, а иногда деструкцией купола слепой кишки. В таких случаях хирург опасается образования в послеоперационном периоде кишечного свища, но, несмотря на это, он даже способствует иногда его формированию, туго тампонируя илеоцекальную область, например, при кровотечении после аппендэктомии в стадии инфильтрата.

Конечно, порой очень трудно точно сказать, что именно послужило причиной образования кишечного свища, так как часто имеется сочетание различных условий, предрасполагающих к данному осложнению (анемия, интоксикация, истощение). Тем не менее к выводам о том, что тактические и технические ошибки представляют особую опасность на фоне текущего воспалительного процесса в брюшной полости и являются немаловажными причинами образования кишечных свищей, необходимо прислушаться. В таких случаях любая погрешность, допущенная во время операции или в послеоперационном периоде, может послужить предрасполагающим фактором к формированию кишечного свища.

К тактическим ошибкам, влекущим за собой технические трудности, следует отнести неправильный выбор обезболивания. Операции при деструктивных процессах в брюшной полости требуют общего обезболивания и хорошей релаксации мышц передней брюшной стенки. Поэтому даже аппендэктомию при деструктивном процессе рекомендуется производить под наркозом. Доступ для такой операции должен быть достаточно широким. Неправильно выбранный доступ или небольшой разрез создают значительные трудности для операции и тщательной ревизии брюшной полости. Необходимо бережное обращение с тканями, измененными воспалительным процессом. При разделении спаек и выделении отростка следует строго следить, чтобы не повредить стенку кишки, поэтому выделение органа из плотного инфильтрата лучше не производить. Все десерозированные привыведенииотростка участки кишечника следует перитонизировать.

Во время любой операции объем оперативного вмешательства должен быть адекватным тем изменениям, которые обнаружены. Все сомнительные в отношении жизнеспособности ткани должны быть по возможности удалены, а межкишечный анастомоз следует накладывать только в пределах здоровых

участков. Необходимы тщательный туалет брюшной полости и хорошее дренирование ее в послеоперационном периоде. Следует учитывать, что глухое зашивание раны брюшной стенки при воспалительном процессе часто приводит к нагноению с образованием кишечного свища.

Из наиболее частых технических ошибок следует отметить грубую оперативную технику, излишнюю травматизацию мягких тканей и органов, чрезмерное “скелетирование” анастомозируемых концов кишки, сквозное прошивание стенки при наложении серо-серозных швов, а также случайное подшивание кишки к ране передней брюшной стенки при наличии раздутых петель и недостаточной релаксации мышц.

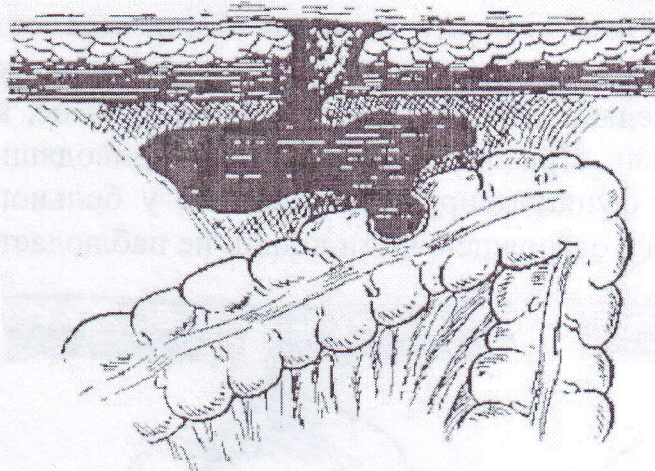
Знание наиболее частых причин образования кишечных свищей, бережное и умелое оперирование, правильное тактическое решение операции и ведение послеоперационного периода, а также необходимое комплексное лечебное воздействие на организм больного являются залогом снижения частоты этого нежелательного осложнения.

Строение кишечных свищей.

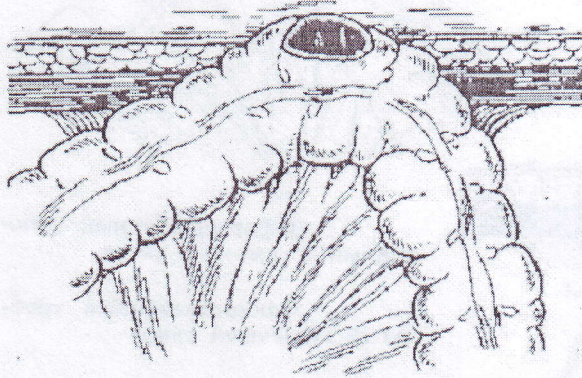
✓ Кишечным свищом называется патологическое сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или внутренним органом.

При **внутреннем** свище кишечное содержимое поступает в полость другого органа — в кишку, желчный пузырь и внепеченочные желчные ходы, мочевыводящие пути (мочеточник, мочевой пузырь), во влагалище или свищевой ход заканчивается слепо — в ограниченной полости (абсцесса). При **наружном** свище кишечное содержимое поступает во внешнюю среду и имеет выходное отверстие на коже.

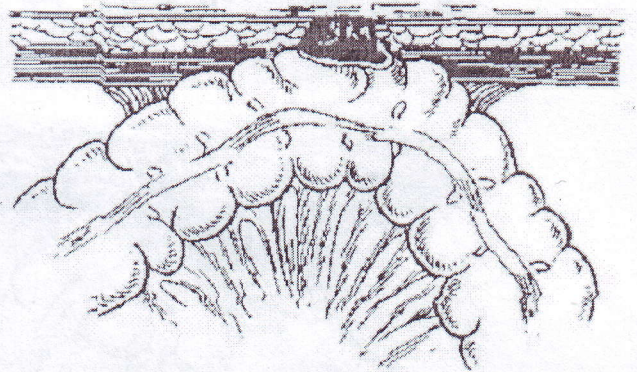
Наружные кишечные свищи могут быть сформированными и несформированными. **Несформированные** кишечные свищи встречаются в ранние сроки своего образования, когда еще не ликвидирован гнойно-воспалительный процесс и имеется разлитой или ограниченный перитонит с признаками гнойной интоксикации. Истечение кишечного содержимого усугубляет все эти явления, а также вызывает обезвоживание организма, потерю электролитов и мацерацию кожи.



Несформированный кишечный свищ через полость.



а



б

Варианты несформированных зияющих кишечных свищей.

Рис №2. Варианты несформированного кишечного свища.

Среди несформированных наружных кишечных свищей выделяют две разновидности: свищ через полость и зияющий свищ (Рис. №2). Свищ через полость в ране не виден. Просвет его сообщается с внешней средой через полость, ограниченную от свободной брюшной полости спайками, либо открывается в глубокие карманы гнойной или гранулирующей раны. При зияющем свище слизистая оболочка или просвет кишки видны непосредственно в ране. В отличие от губовидного свища слизистая оболочка зияющего не фиксирована окружающими тканями и может быть вправлена в просвет кишки. Этот вид свищей обычно встречается на частично эвентрированных петлях кишечника и на дне гранулирующих ран. Такие свищи могут со временем стать сформированными.

Сформированные кишечные свищи в свою очередь делят на губовидные, трубчатые и переходные (Рис. №3). Губовидный свищ характеризуется тем, что слизистая оболочка кишки срастается с кожей и иногда выступает над ней, образуя как бы губу. В губовидном свище различают отверстие свища, несущую это отверстие переднюю стенку, заднюю стенку, приводящий и отводящий участки кишки. Отверстие свища, может быть, различных размеров — от очень маленького, до нескольких сантиметров в диаметре. Через точечное отверстие кишечное содержимое может не выделяться наружу. Большое отверстие способствует выделению наружу почти всего кишечного содержимого. Передняя стенка кишки, принимающая участие в

образовании свища, часто имеет форму воронки. Кишечное содержимое может поступать как наружу, так и в просвет отводящей кишки. В тех случаях, когда наружу выделяется не все кишечное содержимое, кишечные свищи называют неполными. При таких свищах как приводящий, так и отводящий участки кишки функционируют нормально, у больного бывает стул и выраженной атрофии в отводящей части кишки не наблюдается.

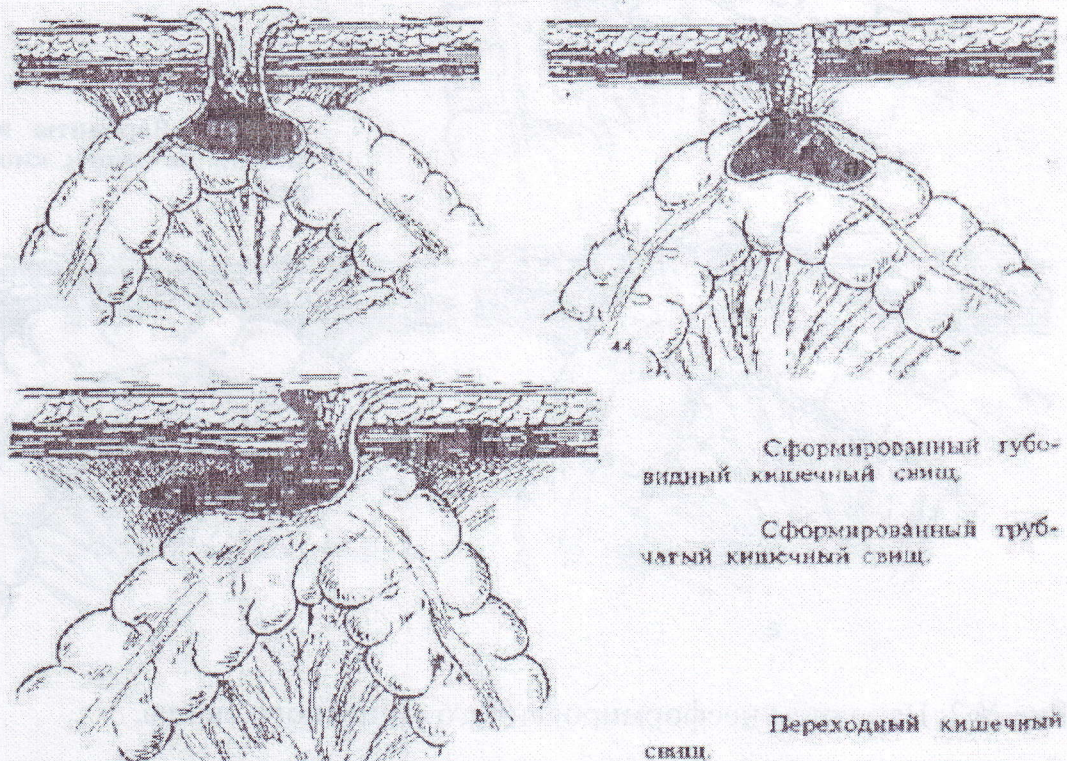


Рис. №3 Сформированные губовидный, трубчатый, переходный кишечные свищи.

В развитии и функционировании губовидных свищей большое значение имеет так называемая шпора — пролабирование задней стенки кишки через отверстие свища. Выхождению задней стенки кишки способствуют повышенное внутрибрюшное давление, большие размеры свищевого отверстия с наличием дефекта брюшной стенки, воспалительные процессы и рубцы. Шпора препятствует попаданию кишечного содержимого в отводящую часть кишки и способствует выделению всего кишечного содержимого наружу. Свищ становится полным. Отверстие полных кишечных свищей всегда большего размера, чем неполных. В связи с тем, что все кишечное содержимое выделяется наружу и не попадает в отводящую часть кишки, в последней наступают вторичные атрофические процессы и рубцовые изменения; в приводящем участке отмечают явления гипертрофии. Они особенно выражены в мышечном слое стенки кишки. Губовидные свищи, как правило, самостоятельно не заживают. Их приходится ликвидировать только хирургическим путем.

В шпоре различают вершину, обращенную в сторону свища, и основание, обращенное в сторону брюшной полости. В образовании шпоры участвуют,

как правило, все слои стенки кишки. Шпора делит просвет кишки на две части. Шпора может быть подвижной, нефиксированной, иначе ложной, либо фиксированной — истинной. Подвижную шпору легко можно заправить в просвет кишки. Она даже может самостоятельно вправляться при положении больного лежа на спине. Фиксированную шпору вправлять не удастся, даже при значительном давлении. Иногда можно наблюдать выпадение не только задней кишечной стенки — шпоры, но и целого участка кишки. Тогда говорят о наличии пролапса кишки в области свищевого отверстия. Пролапс может захватывать как приводящий, так и отводящий отрезки кишки и подвергаться ущемлению с развитием некроза ущемленной стенки. При ущемлении пролапса необходимо его ликвидировать вправлением или путем операции.

В тех случаях, когда между дефектом в стенке кишки и кожей имеется различной длины и формы канал, кишечные свищи называются трубчатыми. В трубчатых свищах выделяют свищевой канал, наружное и внутреннее отверстие. Длина свищевого канала зависит от толщины передней брюшной стенки, подвижности кишки, длины ее брыжейки, наличия сращений. Свищевой канал образуют воспалительные или специфические (туберкулез, актиномикоз) грануляции, рубцовая или опухолевая ткань. В окружающих свищевой канал тканях имеется, как правило, хроническое неспецифическое воспаление. Трубчатые свищи с узкими свищевыми каналами часто заживают самостоятельно.

Свищи, у которых свищевое отверстие кишки в одной части выстлано слизистой оболочкой, сросшейся с кожей, а в другой — представляет грануляционную ткань, называют переходными. В переходном свище одновременно имеются признаки как трубчатого, так и губовидного свища. Если в переходном кишечном свище грануляционная ткань станет рубцовой, возможна такая деформация свищевого отверстия, при которой часть слизистой оболочки кишки, спаянная с кожей, может иногда погрузиться вглубь, а свищ превратиться в трубчатый. И наоборот, гнойно-воспалительный процесс вокруг свищевого хода может привести к отторжению окружающих тканей, увеличению размеров свищевого отверстия, приближению слизистой оболочки кишки к коже. В дальнейшем возможно формирование губовидного свища.

Свищи кишечника могут быть простыми (неосложненными), когда стенка кишки и окружающие ткани не изменены, и осложненными, когда в стенке кишки, окружающих тканях и соседних органах имеются значительные изменения — каловая флегмона, гнойники брюшной полости и брюшной стенки, последствия повреждений мочевого пузыря, костей таза и др.

Кишечные свищи могут быть единичными и множественными. Свищи, расположенные близко друг от друга по ходу кишечной петли, называют соседними множественными, а свищи, расположенные в разных отделах желудочно-кишечного тракта, — отдаленно расположенными

множественными свищами. Если свищи локализируются в тонкой и толстой кишке одновременно, их принято называть смешанными.

Губовидные свищи в зависимости от строения свищевого отверстия различают одноустные (оноствольные), либо двуустные (двуствольные). При небольшом дефекте стенки просвет кишки может сообщаться с внешней средой в виде одноустного свищевого отверстия. В противоположность этому при большом дефекте в стенке кишки свищ может иметь два отверстия, т.е. быть двуустным. При таких свищах одно отверстие принадлежит приводящему, другое — отводящему участку кишки. Нередко между этими отверстиями располагается участок задней стенки — шпора. Одноустные губовидные свищи чаще всего бывают неполными, двуустные — только полными.

Локализация внутреннего отверстия наружного кишечного свища может быть различной и зависит, как правило, от патологического очага в брюшной полости, послужившего причиной развития кишечного свища. Расположение наружного отверстия кишечного свища также может быть различным, но преимущественно в проекции или вблизи патологического очага.

Клиника и диагностика

Клиническое течение кишечных свищей зависит от характера основного патологического процесса, локализации и периода формирования фистулы, количества и состава кишечного отделяемого, присоединившихся осложнений.

В начальном периоде возникновения несформированного кишечного свища преобладает воспалительный процесс. Клинически такой процесс проявляется болями в ране, повышением температуры до 38 °С, ознобом, лейкоцитозом, гнойной интоксикацией. Усиление болей, как правило, свидетельствует о задержке гнойного отделяемого и недостаточном дренировании раны.

Чем выше расположен свищ, тем быстрее и интенсивнее наступают различные изменения в организме, характерные для высокого свища. При высоких несформированных тонкокишечных свищах в связи с тем, что в верхних отделах кишечника находится жидкое содержимое, свищ начинает бурно функционировать. Обильное выделение тонкокишечного содержимого наружу приводит к обезвоживанию организма. Появляются жажда, нарастающая слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, повышенная раздражительность. Глаза больного глубоко западают. Кожные покровы становятся сухими и теряют тургор, на коже конечностей появляется розовато-синюшная мраморность. Подкожные вены спадаются. Конечности становятся холодными на ощупь; отмечается тахикардия. Вследствие сниженной почечной фильтрации уменьшается диурез. На фоне снижения артериального давления и электролитных нарушений возникают фибриллярные подергивания мышц конечностей, нередко переходящие в судорожные сокращения. Все эти патологические сдвиги вызывают за

короткое время значительную потерю массы тела, достигающую до 50% от исходной.

У больных со свищами, локализующимися в нижних отделах подвздошной кишки, клиническая картина характеризуется тем, что в ряде случаев с момента образования свища в течение длительного срока состояние больного может оставаться удовлетворительным. Больные в этот период активны, сохраняют аппетит, у них не наблюдается значительной потери массы тела. Диурез нормальный. Функциональные и биохимические показатели крови без существенных отклонений от нормы. В этот период кишечный свищ может окончательно сформироваться.

В клинической картине толстокишечных свищей ведущее место занимают гнойно-воспалительные процессы, а расстройства водно-электролитного обмена и нарушения питания больного отходят на задний план. В ранней стадии образования толстокишечного свища, как правило, несущая свищ петля кишки лежит в гнойной, заполненной кишечным отделяемым ране. В остром периоде свищ только формируется, поэтому станет он губовидным или трубчатым — будет зависеть от дальнейшего течения воспалительного процесса. Такой период наиболее опасен для больного и требует особого внимания; в это время наиболее часто встречаются тяжелые гнойные осложнения — каловая флегмона передней брюшной стенки, забрюшинного пространства и полости малого таза. Эти осложнения характеризуются быстрым развитием воспалительного, чаще некротического, обширного и распространенного процесса в подкожной клетчатке, протекающего с тяжелой интоксикацией, длительной температурной реакцией и ознобом. Очень тяжелое течение имеют флегмоны на фоне свищей сигмовидной и прямой кишки. Они развиваются по типу некротических флегмон с резко выраженной интоксикацией.

Наряду с общими явлениями интоксикации и лихорадочного состояния у больных выражены местные воспалительные процессы. Гнойное пропитывание окружающих тканей вокруг свища сочетается с затеками, идущими глубоко в область поясницы и в малый таз. Распространение гнойно-воспалительного процесса по забрюшинной клетчатке сопровождается появлением болезненности по ходу подвздошной кости и поясницы.

Частым осложнением свищей являются абсцессы брюшной полости, которые локализуются в правой подвздошной области, подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, между петлями тонкой кишки и в полости малого таза. Такие абсцессы возникают и как сопутствующие вследствие перенесенного общего перитонита.

Изолированное скопление гноя может иногда почти ничем не проявляться на протяжении длительного времени, что, по-видимому, обусловлено ареактивностью резко ослабленного организма. Однако если абсцесс не был своевременно распознан и не принимались меры к его ликвидации, он

прорывается в свободную брюшную полость, и развивается картина быстро прогрессирующего перитонита. Реже гнойник вскрывается в просвет лежащей поблизости кишки, что может привести к самоизлечению.

В комплекс диагностики кишечных свищей входят определение вида и локализации, характера и длины свищевого хода, а также уточнение проходимости отводящего колена петли кишки, несущей свищ, и взаимоотношения ее с окружающими органами. Комплексное обследование включает визуальное исследование раны со свищом, применение красителей внутрь или через клизму, рентгенологическое и эндоскопическое исследование.

Ориентировочный диагноз обычно не представляет затруднений, так как о наличии наружного кишечного свища свидетельствует появление в ране кишечного содержимого. Насколько просто установить наличие свища, настолько значительно труднее, а часто невозможно, определить его уровень. Первые предварительные выводы в отношении уровня кишечного свища делают, исходя из осмотра его наружного отверстия. Уже по виду отделяемого можно до определенной степени судить о локализации свища по ходу кишечника. Свищи тощей кишки имеют жидкое пенистое зеленовато-желтого цвета отделяемое с большой примесью желчи, которое очень быстро приводит к мацерации кожи вокруг наружного отверстия в результате действия ферментов поджелудочной железы и кишечника. Свищи подвздошной кишки, в частности расположенные вблизи илеоцекальной заслонки, имеют отделяемое в виде жидкого кала. Свищи толстой кишки, особенно ее левой половины, выделяют более или менее оформленный кал, не обладающий “переваривающим” действием и не вызывающий так быстро мацерацию кожи. Однако такого рода диагностика недостаточно достоверна, а в ряде случаев ошибочна.

Местоположение свищевого отверстия на поверхности кожи также дает некоторые дополнительные сведения об уровне свища. Так, в эпигастральной области чаще открываются свищи поперечной ободочной кишки, в мезогастральной — тощей, в гипогастриальной — подвздошной, на боковых стенках живота и в поясничной области — толстой кишки.

В случаях сомнений в функционировании очень маленьких свищей, а также для выяснения высоты расположения заведомо тонкокишечных свищей можно провести ряд простых проб с использованием различных красителей, которые дают выпить больному. Из большого арсенала красителей наибольшее распространение получило применение метиленового синего. Ю. Я. Грицман и А. И. Борисов (1972), сопоставляя у больных время появления метиленового синего из кишечного свища с точными данными его локализации, полученными во время операции, определили приближенно скорость продвижения красящего вещества по тонкой кишке: в среднем на эвакуацию красителя из желудка в двенадцатиперстную кишку уходит 3—4 мин; в дальнейшем он продвигается по тонкой кишке со скоростью около 10 см в минуту. Эти данные не

абсолютны, возможны колебания в сторону ускорения или замедления эвакуации, что зависит от индивидуальных особенностей моторной функции кишечника. Тем не менее по времени появления метиленового синего в кишечном отделяемом при тонкокишечном свище с учетом приблизительной скорости его продвижения с определенной долей вероятности можно судить о высоте расположения кишечного свища. При свищах толстой кишки можно также воспользоваться клизмой, окрашенной метиленовым синим. Появление окрашенной воды в свищевом отделяемом подтверждает наличие кишечного свища в толстой кишке. Вытекание жидкости сильной струей через периферический отрезок кишки, несущей свищ, позволяет думать о достаточной ее проходимости, что в дальнейшем подтверждается при рентгенологическом исследовании и непосредственно во время операции.

Другой способ констатации наружного кишечного свища заключается в исследовании отделяемого из раны на наличие билирубина, диастазы или мочевины.

В большинстве случаев вид и размеры свища, наличие шпоры и ее подвижность устанавливают с помощью простых приемов визуального и пальцевого обследования. Однако в больших глубоких ранах и при свищах через полость такой осмотр затруднителен. В этих случаях можно прибегнуть к помощи эндоскопических приборов, в частности лапароскопа. Зондирование свежего свища металлическим зондом или резиновым катетером не рекомендуется.

Ведущим методом диагностики кишечных свищей является рентгенологический. В большинстве случаев с его помощью можно решить все ранее перечисленные задачи. Ввиду значительного многообразия кишечных свищей, требующих дифференцированного выбора диагностических методик, а также учитывая тяжелое состояние большинства больных, в каждом отдельном случае следует подбирать наименее травматичный метод исследования. При этом необходимо учитывать топографию и особенности свищевого хода, а также предполагаемую локализацию внутреннего отверстия.

Больные с кишечными свищами должны быть детально обследованы для выявления точной локализации свища, его характера и сопутствующих осложнений. Чем раньше проведено рентгенологическое исследование, тем быстрее будет поставлен правильный диагноз. Общее тяжелое состояние больного и наличие гнойной раны не являются противопоказанием к рентгенологическому исследованию.

Методика рентгенологического исследования зависит от периода заболевания. В ранние сроки образования свища, в острый период, эта методика должна включать обзорное полипозиционное исследование грудной клетки и брюшной полости, а также контрастные методы — фистулографию, пассаж бария по кишечнику и ирригоскопию. Если устье

свища доступно зондированию, предпочтительна фистулография. При приеме бария внутрь контрастируются тонко-кишечные свищи, с помощью ирригоскопии — свищи толстой кишки. В ряде случаев необходимо использовать тот и другой способ в 1 комплексе. Сопоставление данных рентгенологического исследования с клиническим наблюдением обеспечивает раннюю и точную диагностику не только самого свища, но и осложнений, нередко возникающих в остром периоде.

Реактивные изменения органов грудной клетки (базальные пневмонии, ателектазы нижних долей легких) выпот в плевре, высокое стояние диафрагмы и ограничение подвижности ее) — косвенный признак гнойного очага в брюшной полости. Чем ближе к диафрагме локализуется очаг, тем более выражены реактивные изменения.

При рентгенологическом обзорном исследовании больных в остром периоде образования кишечных свищей обнаруживают лишь косвенные признаки гнойного процесса в брюшной полости. Такое исследование имеет важное значение и для выявления гнойно-некротических процессов, локализующихся в забрюшинном пространстве (деструктивный панкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, тазовая флегмона и т. д.), которые имеют определенную рентгеносемиотику. Окончательно решить вопрос о наличии, характере и локализации наружного кишечного свища можно только при использовании контрастных методов исследования.

Рентгенологическая диагностика в поздние сроки при уже сформированном кишечном свище является менее сложной. К этому времени, как правило, заканчивается гнойно-воспалительный процесс и в области раны, и в брюшной полости. Следовательно, устраняется причина реактивных изменений кишечника, диафрагмы, легких и плевры, характерных для раннего этапа образования кишечных свищей. В комплексе применяемых рентгенологических методов в этот период значительно возрастает роль контрастных методов исследования, особенно фистулографии.

Фистулографию выполняют следующим образом: через тонкий катетер, находящийся в свищевом ходе, вводят жидкое контрастное вещество и производят рентгенографию. На снимках устанавливают форму хода и локализацию. Для проведения фистулографии используют различные контрастные вещества — барий, йодолипол, кардиотраст и др. Количество и выбор препарата диктуются величиной свища. В отличие от бариевой взвеси жидкие контрастные вещества хорошо проникают даже в небольшие отверстия в стенке кишки. В остальных случаях, особенно если резиновый катетер удастся ввести непосредственно в просвет кишки, предпочтительнее вводить жидкую бариевую взвесь. Резиновые дренажи для фистулографии следует подбирать с учетом наружного диаметра свища; герметичность достигается с помощью марлевых тампонов или поролоновой губки. Введение контрастного вещества не непосредственно в кишку, а через свищевой ход или полость следует осуществлять с осторожностью и при

возникновении болей в животе тотчас его прекратить, так как возможны осложнения в виде проникновения контрастного вещества в свободную брюшную полость.

Фистулография является ценным методом диагностики кишечных свищей потому, что выявленная с ее помощью конфигурация свищевого хода в ряде случаев позволяет выбрать наиболее правильный метод лечения. Однако при проведении исследования иногда необходимо выполнение с целью уточнения вида и местоположения несущей свищ кишки одновременно рентгенофистулоскопии с участием специалиста рентгенолога. Ирригоскопию или рентгенологическое исследование с приемом бария внутрь проводят обычным способом. При ирригоскопии возможно ориентировочно установить уровень свища толстой кишки и патологические изменения ее стенки. На рентгенограммах, произведенных при фракционном пассаже с заданными интервалами времени от приема контрастного вещества, возможно также лишь ориентировочно определить уровень свища.

Значение рентгенологического исследования больных с кишечными свищами трудно переоценить. Тщательное обследование, выполненное хирургом совместно с рентгенологом, позволяет получить достоверные сведения, являющиеся залогом правильного выбора лечения.

Рентгенологическое исследование возможно сочетать с эндоскопическими методами. В диагностике свищей толстой кишки уже нашли применение эндоскопическая интубационная фистулография, встречная фистулография и фистулоскопия с селективной фистулографией [Ананьев В. Г., Кузьмин А. И., 1983].

Лечение

Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей. Оно затрагивает вопросы не только чисто хирургические, но и вопросы, относящиеся к парентеральному питанию и коррекции нарушений гомеостаза. Лечение должно быть комплексным и сугубо индивидуальным в зависимости от формы и стадии развития свища.

Методы консервативного и оперативного лечения кишечных свищей не исключают, а дополняют друг друга и могут применяться как одновременно, так и отдельно в соответствующих наблюдениях и в соответствующем периоде. Общие принципы лечения больных с наружными кишечными свищами складываются из трех факторов: 1) местного лечения; 2) общего лечения; 3) оперативных методов ликвидации кишечного свища.

Местное лечение. В настоящее время применяют местное лечение наружных кишечных свищей, которое складывается из: а) лечения гнойной раны; б) предохранения тканей, окружающих свищ, от воздействия кишечного отделяемого; в) уменьшения или прекращения потерь кишечного отделяемого.

Принципы лечения гнойных ран при наличии кишечного свища такие же, как и при лечении инфицированных ран. В зависимости от сроков и стадии раневого процесса применяют повязки с гипертоническими растворами, антисептиками и ферментными препаратами, различными мазями и эмульсиями.

В практических лечебных учреждениях широко распространено лечение ран с кишечными свищами мазевыми повязками. В ряде случаев это оправдано: мазь и бальзам способствуют росту грануляций, очищению раны, при небольших свищах оказывают обтурирующее действие. Однако применение мази Вишневского на обнаженных петлях кишечника должно быть сведено к минимуму, так как это может привести к дополнительной деструкции кишечной стенки. Мазь Вишневского не нейтрализует химическую и биологическую активность кишечного отделяемого, что особенно важно в лечении тонкокишечных свищей. Салфетки с этой мазью обладают гигроскопичностью и даже гипертоническим свойством, быстро промокают, создавая, таким образом, своеобразный “каловый компресс”. Поэтому следует отдать предпочтение средствам, нейтрализующим действие кишечного отделяемого.

Защита кожи от переваривающего действия кишечного отделяемого — первостепеннейшая задача хирурга. Способы профилактики и лечения изменений кожи можно разделить на физические, биохимические и механические.

Физические способы защиты кожи очень многообразны. К ним относится применение различных мазей, паст, присыпок и др., которые препятствуют соприкосновению кожи с кишечным отделяемым и способствуют адсорбции пищеварительных соков. Чаще всего для этой цели используют пасту Лассара, клей БФ-2, БФ-6, полимеризирующуюся пленку, силиконовые пасты.

Механические способы защиты кожи направлены на уменьшение или прекращение выделения из свища кишечного содержимого. Для предупреждения вытекания и обеспечения нормального пассажа кишечного содержимого существуют различные приспособления: пелоты, обтураторы, обтурирующие заслонки и повязки, специальные аппараты и др.

Закупорка свища может быть постоянной и временной. Временная обтурация свища осуществляется в течение некоторого срока, необходимого для подготовки больного к радикальной операции. Постоянная закупорка свища применяется больными пожизненно, например, при сигмостоме: обтуратор, как правило, вынимается больным только на время удаления из кишечника кала и газов. Средства, предложенные для обтурации кишечных свищей, можно разделить на несколько групп:

1. Обтурирующие средства, применяемые снаружи, без введения их в просвет кишки. К ним могут быть отнесены также калоприемники.

2. Обтураторы, вводимые в просвет кишки через свищ и закупоривающие свищевое отверстие изнутри.

3. Различные приспособления и аппараты для аспирации кишечного отделяемого и последующего введения его в отводящий отрезок кишки, несущей свищ.

Наилучшие обтураторы те, которые не только закупоривают свищ, но и одновременно обеспечивают нормальный пассаж кишечного содержимого. Непременным условием применения обтураторов является проходимость отводящей части кишки.

Для обтурации кишечных свищей снаружи применяют обтураторы из разнообразных материалов с размером больше наружного отверстия свища. Наиболее часто кишечные свищи прикрывают тампонами, пропитанными пищевыми продуктами, инактивирующими действие ферментов (масло, белки, мясной бульон и др.). Поверх тампона накладывают давящую повязку.

В профилактике дерматитов, вызванных попаданием на кожу кишечного отделяемого, и своеобразной обтурации кишечного свища ранее находили применение гипсовые повязки. Использование гипса в лечении наружных кишечных свищей особенно было распространено во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

Один из методов применения гипсовой повязки типа “бублик”, предложенный Н. М. Светом (1944), заключается в следующем: сначала формируется ватно-марлевый “бублик”, внутренний диаметр которого в несколько раз больше диаметра свища. С помощью клеола “бублик” укрепляют на коже вокруг свища. После этого внутреннюю полость “бублика” засыпают гипсовым порошком до самых краев. Гипс постепенно пропитывается содержимым кишечника и затвердевает. После затвердевания гипса такая повязка хорошо закупоривает наружное отверстие свища и препятствует вытеканию из него кишечного содержимого. Этот метод не потерял своей ценности и в настоящее время применяется в сочетании с тампонами из мяса. Применение кусочков говяжьего мяса зарекомендовало себя хорошо. Тампон из мяса, введенный в свищ, не только обеспечивает его закупорку, но и инактивирует переваривающее действие ферментов кишечного содержимого.

Калоприемники приспособлены не столько для закрытия свищевого отверстия, сколько для сбора кишечного отделяемого. С помощью бандажа и резиновой прокладки резервуар плотно фиксируется к животу.

Общее лечение. В комплекс общего лечения больных с наружными кишечными свищами входят: 1) ограничение и ликвидация воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюшной стенке; 2) Проведение рационального питания; 3) коррекция гомеостаза и уменьшение интоксикации; 4) стимуляция защитных сил организма и регенеративных процессов. Для борьбы с инфекцией и интоксикацией применяют антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.

Важную роль в лечении кишечных свищей играет питание, так как заболевание специфически затрагивает именно эту функцию организма. Основным принципом разработки диеты у таких больных, как, впрочем, и всего лечения, является индивидуальный подход в каждом отдельном случае. Наблюдения показали, что большую роль в профилактике потерь воды и электролитов имеет соответствующая диета. Измерение количества выделяющегося кишечного содержимого позволило установить, что наименьший сокогонный эффект дает белковая пища. После приема углеводов выделяется значительно большее количество кишечного содержимого, а при жировой диете выделение сока возрастает еще более. На этих принципах Н. К. Мюллер разработал оригинальную диетотерапию больных с кишечными свищами, которая с успехом применялась еще в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. [Баженова А.П., 1945]. Диета, предложенная Н. К. Мюллером, заключается в том, что больным дают пищу с большим содержанием белков и такой кулинарной обработкой продуктов, чтобы они полностью усваивались в тонкой кишке, образуя при этом как можно меньше шлаков. Из рациона исключают фрукты и овощи, богатые шлаками и ускоряющие перистальтику и секрецию. При свищах с большим количеством жидкого отделяемого ограничивают прием жидкости через рот до 400—500 мл/сут (метод сухоядения). Рекомендуют грецкие орехи, арахис, курагу, изюм, содержащие соли калия и микроэлементы.

В некоторых странах получили распространение специально созданные, почти полностью усвояемые, бесклеточные синтетические диеты. Такая пища содержит необходимые для поддержания жизнедеятельности белки, углеводы, витамины, жиры, соли и полностью всасывается, одновременно подавляя секрецию пищеварительных желез.

Парентеральное питание больных с кишечными свищами должно быть интенсивным, высококалорийным и полноценным. Для поддержания азотистого равновесия необходимо введение сбалансированных по количеству и качеству белковых препаратов (аминопептид, гидролизат казеина, протеин, набор аминокислот, альбумин). Непременным условием усвоения организмом белка является одновременное введение концентрированных растворов глюкозы, растворов этилового спирта и жировых эмульсий в количествах, необходимых для обеспечения энергии около 30 кал/кг массы тела. Введение больших доз глюкозы с инсулином является не только способом покрытия энергетических потребностей, но, как показали исследования И. Ю. Юдаева и Л. М. Полякова (1975), глюкозоинсулиновая смесь улучшает функцию печени.

Парентеральное питание не может полностью заменить естественное и при высоких тонкокишечных свищах собильным истечением кишечного содержимого не должно быть слишком продолжительным, даже при наличии полноценных белковых и жировых препаратов. Учитывая, что потери воды, белков, солей и ферментов через наружный свищ приводят к быстрому уменьшению массы тела, объема циркулирующей крови и к развитию

печеночно-почечной недостаточности, необходимо как можно раньше начинать интенсивную заместительную инфузионнотрансфузионную терапию, обеспечивающую компенсацию потерь и устранение обменных нарушений. Количество необходимых препаратов должно рассчитываться соответственно суточной потребности и дефициту, определяемому по лабораторным показателям и объему потерь из свища.

В оценке степени коррекции дефицита жидкости и электролитов помогают как данные общего клинического состояния больного, так и показатели гемодинамики и диуреза, особенно в остром начальном периоде образования кишечного свища, когда имеются не столько качественные нарушения водно-электролитного обмена, сколько количественные. Необходимо обращать внимание на исходные данные — величину артериального и центрального венозного давления, частоту пульса, объем циркулирующей крови и содержание ее компонентов, показатель гематокрита, а также на биохимические и газометрические исследования.

Для длительного парентерального введения жидкости, белковых и электролитных составов необходима хорошо развитая сеть подкожных вен. Там, где подкожные вены недостаточно выражены, рекомендуют пользоваться методикой Сельдингера для катетеризации подключичной вены, считая ее наиболее целесообразной у такой группы больных.

При больших потерях кишечного содержимого и нарастающей интоксикации инфузионной терапией не всегда удается остановить прогрессирующее истощение организма. Взвешивание больных часто указывает, что они теряют ежедневно до 500 г массы тела, несмотря на введение больших количеств растворов и белковых препаратов. Поэтому парентеральное питание должно быть по возможности скорее заменено или дополнено энтеральным, чтобы период выключения пищеварения и всасывания в кишечнике был по продолжительности минимальным.

Крайне важно для больных с кишечным свищами назначение комплекса мероприятий, направленных на мобилизацию защитных сил организма. С этой целью показано введение свежезаготовленной крови, лейкоцитной массы, иммуноактивных препаратов. Особенно показано прямое переливание крови, обладающее стимулирующим, тонизирующим и дезинтоксикационным действием.

Для повышения окислительно-восстановительных процессов в тканях надо использовать большие дозы витаминов, особенно витамина С и группы В, способствующих заживлению ран. Кроме того, должна проводиться соответствующая симптоматическая сердечно-сосудистая терапия и назначаться успокаивающие и обезболивающие средства.

Оперативные методы лечения кишечного свища. Проблема хирургического лечения кишечных свищей затрагивает вопросы определения показаний, выбора оптимального срока вмешательства и его характера. В

каждом отдельном наблюдении эти вопросы должны решаться индивидуально. Показания к операции определяются стадией развития и локализацией свища, количеством и характером кишечного отделяемого, эффективностью консервативной терапии, сопутствующими осложнениями и т. д. Сформированные губовидные свищи тонкой и толстой кишки самостоятельно не заживают, поэтому их наличие является прямым показанием к хирургическому лечению. Наибольшие трудности в установлении показаний к хирургическому вмешательству возникают при несформированных, находящихся на ранней стадии своего образования кишечных свищах.

При высоких обильно функционирующих тонкокишечных свищах, если все консервативные мероприятия по временному закрытию свища оказываются несостоятельными, больных надо оперировать как можно раньше, поскольку такие свищи ведут к очень быстрому обезвоживанию, расстройству электролитного баланса и истощению больного. Никакая инфузионная корригирующая терапия не может возместить тех потерь, которые наблюдаются при обильном истечении содержимого из высоких отделов тонкой кишки. Чем дольше сроки консервативной терапии при обильном истечении кишечного содержимого, тем тяжелее состояние больного и хуже прогноз хирургического вмешательства.

При расположении свища не в верхних отделах тонкой кишки отделяемое из него не носит профузного характера. Основным критерием показаний к операции в этом случае служит состояние раны. При наличии большой инфицированной раны хирургический доступ к свищу затруднен, и в значительной степени предопределен отрицательный прогноз операции. В то же время длительное существование кишечного свища истощает и ослабляет больного, вызывая подчас глубокие обменные нарушения. В этом случае критерием для определения срока хирургического вмешательства является возможность полноценной подготовки больного при постоянно функционирующем кишечном свище.

При толстокишечных свищах хирургическая тактика более определена. Показанием к операции служит наличие сформированных и неподдающихся консервативной терапии губовидных и рубцово-трубчатых свищей. Срок хирургического вмешательства устанавливается с учетом состояния больного и раны, а также общих противопоказаний к операции. Наиболее благоприятным местным условием для операции является полное заживление раны до устья фистулы.

При разборе клиники наружных кишечных свищей нами подчеркивалось разнообразие их течения даже при однотипной локализации, поэтому мы не считаем необходимым и возможным устанавливать какие-либо определенные сроки выполнения операции. Вопрос о времени хирургического лечения следует решать при динамическом наблюдении за больными. Если рана со свищем очищается, уменьшается в размерах, а общее состояние больного не ухудшается, несмотря на функционирование

свища, возможно удлинение срока предоперационной подготовки, вплоть до заживления раны и оздоровления кожи вокруг свища. Если же потери кишечного содержимого создают непосредственную угрозу для жизни больного, вызывая значительные и плохо поддающиеся лечению нарушения гомеостаза организма, предоперационная подготовка должна быть сведена до нескольких дней, так как удлинение этого срока еще больше увеличивает риск операции. В таких случаях, несмотря на неблагоприятные условия, операция проводится по жизненным показаниям.

Все производимые при кишечных свищах хирургические вмешательства можно подразделить на предварительные, направленные на устранение сопутствующих гнойно-воспалительных процессов (вскрытие абсцессов, гнойных затеков), и основные, целью которых является выключение или ликвидация кишечного свища. Выключение кишечного свища относят к паллиативным операциям. Смысл операции заключается в отключении приводящей и отводящей петель кишки, несущей свищ, и восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза. Выключение кишечного свища может быть полным и неполным. Неполное выключение свища происходит тогда, когда создается обходной путь с помощью межкишечного анастомоза между приводящим и отводящим участком кишки. Для кишечных свищей илеоцекальной области, возможно, одностороннее неполное отключение. Неполное выключение не всегда позволяет избежать всех отрицательных проявлений свища, особенно при значительном выделении кишечного содержимого. Поэтому большинство хирургов предпочитают производить полное отключение свища. Для этого приводящую и отводящую по отношению к синцу петли кишки необходимо пересечь и идущие к свищу концы ушить, а непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановить с помощью межкишечного анастомоза.

При операциях выключения свища хирургический доступ обеспечивается из разреза, отдаленного от устья наружного кишечного свища, что является более асептичным для наложения межкишечного анастомоза, хотя при выраженном спаечном процессе такой доступ затрудняет отыскание петель, несущей свищ. И все же при тонкокишечных свищах, когда операция предпринимается нередко при незаживших ранах, такой доступ следует считать предпочтительным. Для облегчения отыскания петли кишки, несущей свищ, рекомендуется вводить до операции в оба конца резиновые катетеры различного диаметра. Выключенный отрезок кишки вместе со свищем можно удалить хирургическим путем спустя некоторое время, когда гнойно-воспалительные явления пройдут и общее состояние больного улучшится.

Исходя из изложенного выше, операции выключения кишечного свища можно рекомендовать в следующих случаях.

- 1) при несформированных свищах тонкой кишки в ранней стадии образования, когда преобладают явления острого гнойно-воспалительного процесса в окружающих тканях, а обильное функционирование свища

приводит к прогрессирующему обезвоживанию, нарушениям водно-электролитного баланса и питания;

2) при несформированных свищах толстой кишки в ранней стадии образования, когда преобладают явления острых гнойно-некротических процессов и когда имеется больших размеров рана, постоянно загрязняющаяся калом;

3) при множественных, смешанных и сложных свищах, особенно если больные уже много раз оперированы, так как одномоментные операции у такой категории больных, как правило, заканчиваются неблагоприятно;

4) как вынужденный выход из положения при радикальных операциях, когда хирург встречается с большими техническими трудностями после предшествующего длительного существования разлитого или тазового перитонита.

Радикальные операции, рассчитанные на ликвидацию кишечного свища, очень просты по замыслу, но не всегда легки для исполнения. Их желательно производить только тогда, когда кишечный свищ уже сформирован, острый гнойно-воспалительный процесс стих, состояние больного стабилизировалось и, по возможности, скорректированы те нарушения, которые явились следствием функционирования кишечного свища.

Радикальные операции в ранние сроки образования толстокишечных свищей, когда не ликвидированы последствия острой гнойной инфекции, следует считать тактической ошибкой. Одновременная попытка устранения кишечного свища и гнойных осложнений увеличивает риск хирургического вмешательства. Радикальное закрытие свищей толстой кишки следует откладывать на более поздние сроки. Чем позже произведена радикальная операция, тем более обеспечен успех. Выполнять такое вмешательство целесообразно через 4—5 мес после ликвидации гнойных осложнений.

Радикальные операции могут быть выполнены как внебрюшинным, так и внутрибрюшинным доступом. Наилучшим методом является внутрибрюшинная операция, при которой можно хорошо осмотреть брюшную полость, выявить абсцессы, инфильтраты и др. и, следовательно, правильно выбрать способ оперативного закрытия свища.

Пристеночная резекция кишки вместе со свищом показана при неполных сформированных губовидных свищах. Чаще всего на толстой кишке в связи с ее большим диаметром удается произвести операцию бокового ушивания свища, иногда даже внебрюшинным доступом. В редких случаях при неосложненных свищах тонкой кишки небольшого диаметра возможно боковое ушивание после освежения краев свища. Желательно эту операцию также производить внутрибрюшинно с необходимой ревизией прилежащих петель. Следует отметить, что длительное существование свища приводит к образованию своеобразного колбовидного расширения кишки в этой зоне, что

подчас позволяет наложить боковой шов, не опасаясь сужения просвета кишки.

Методом выбора там, где это возможно, является циркулярная резекция кишки вместе со свищем. Хирургический доступ осуществляется через окаймляющий свищ разрез или лапаротомию вдали от свища. Если свищ сформирован и имеет форму губовидного без наличия гнойной раны вокруг, окаймляющий доступ является наиболее удобным и позволяет быстро найти петлю кишки, несущую свищ. При больших гнойных ранах в окружности свища целесообразен хирургический доступ вдали от свища. Если соединяемые отрезки имеют различный диаметр, а стенка кишки изменена вследствие спаек, то более показан анастомоз бок в бок. Широкое соустье обеспечивает более легкое течение послеоперационного пареза кишечника, столь часто встречающегося у этой категории больных. Из особенностей операции следует отметить необходимость герметичного ушивания наружного отверстия кишечного свища до вскрытия брюшной полости, чтобы предупредить возможное инфицирование ее. При хирургическом лечении кишечных свищей илеоцекальной области, особенно слепой кишки, вначале стоит попытаться произвести пристеночную резекцию слепой кишки (так как довольно часто выполнимо), а при несостоятельности попытки—правостороннюю гемиколэктомию. Если причиной свищей были злокачественные новообразования, туберкулез, актиномикоз или проводилась рентгенотерапия, хирургическое вмешательство должно быть более обширным. Облученные ткани не создают условий для самостоятельного закрытия свища.

Основной причиной отрицательных результатов хирургического лечения кишечных свищей является несостоятельность швов. К этому предрасполагают многие факторы и прежде всего гипопроteinемия, нарушение обменных процессов, наличие инфекции. Немаловажным звеном в патогенезе осложнения является послеоперационный парез кишечника. У больных, находящихся в тяжелом состоянии, особенно на фоне ограниченных гнойников или инфильтратов, локализующихся в брюшной полости, может быть рекомендована резекция петли кишки, несущей свищ, с последующим восстановлением проходимости кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза по типу конец в бок или бок в бок и одновременным формированием разгрузочной энтеростомы на проксимальном отрезке кишки. При наличии выраженного пареза кишечника такая энтеростома может предохранить кишечный анастомоз от возможной несостоятельности. Энтеростома в дальнейшем может самостоятельно закрыться или быть ушита.

Послеоперационное ведение больных существенно не отличается от такового при операциях на кишечнике вообще, только необходимо тщательно следить за состоянием послеоперационной раны в связи с довольно частыми нагноениями у этой группы больных.

Заключение

В данной работе мной была достигнута поставленная цель: разобрать особенности наружных и внутренних кишечных свищей, этиологию и патогенез их образования, клиническую картину, морфологию, все аспекты диагностики, способы лечения.

Информационные данные из различных литературных источников подтверждают актуальность темы кишечных свищей. В настоящее время все чаще в практике хирургов встречаются клинические случаи с данной патологией. На сегодняшний день сформирована и структурирована классификация данной патологии, разработана четкая тактика действия при кишечных свищах, с учетом всех возможных особенностей заболевания и осложнений, хорошо изучены методы диагностики и лечения кишечных свищей, как медикаментозные, так хирургические.

Таким образом, следует признать, что даже при самой совершенной технике выполнения операций на органах брюшной полости возможность возникновения кишечных свищей всегда будет омрачать жизнь хирурга и висеть дамокловым мечом над пациентами. Высокая стоимость лечения этих больных и колоссальные трудозатраты не позволяют концентрировать их в специализированных центрах. Следовательно, каждый крупный хирургический стационар должен обладать материальными резервами и иметь квалифицированных хирургов, способных оказывать помощь этой категории тяжелобольных.

Список литературы

1. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с
2. Белоконев В.И., Измайлов Е.П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение. Хирургия. 2000. № 12. С. 8-11.
3. Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. Новосибирск: Наука, 1983. 141 с.
4. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). М. 1999. 115 с.
5. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина; 1986; 144.
6. Кригер А.Г., Звягин А.А., Королев С.В. и др. Хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей. Хирургия. 2011;7:4-13.

Реферат написан на английском
языке, отражает все аспекты:
этиологию, классификацию и лечение,
поэтому, это автор хорошо усвоил
тему и тему урока.

Н.В.Бессен