

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана

РЕФЕРАТ:

Кишечные свищи: тонкокишечные, толстокишечные

Выполнил: ординатор 1го года
Тазаян Артем Русланович
Кафедральный руководитель: д.м.н.
профессор кафедры
общей хирургии им.
проф. М.И. Гульмана Петрушко С.И,

Красноярск 2019

Актуальность. Частота кишечных свищей колеблется по данным различных авторов в пределах – от 0,04 до 5%. Лечение данной патологии трудоемкий процесс, требующий длительного пребывания больных в стационаре и проведения интенсивной консервативной терапии, а нередко выполнения многоэтапных и сложных оперативных вмешательств. Летальность при кишечных свищах составляет от 13 до 20,6%.

Основные понятия, положения темы.

Наружные кишечные свищи возникают в 2,4 % от общего числа экстренно оперированных больных по поводу острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости (Т.Н. Богницкая, 1977).

Причины образования кишечных свищей различны, однако в основе их образования лежит деструкция кишки под влиянием гнойно-воспалительного процесса, повреждения стенки во время операции, при травме, пролежни от инородных тел, несостоятельность швов и др.

Постановка и формулировка диагноза должны основываться на классификации, предложенной Б. А. Вицыным. (Б.А. Вицын, Е.М. Блажитко, Новосибирск, 1983.)

Несформированные кишечные свищи характеризуются наличием раны или полости, в которую открывается дефект в стенке кишки.

При трубчатых свищах просвет кишки сообщается с кожной поверхностью посредством узкого канала, выстланного грануляционной или рубцовой тканью.

При губовидных свищах слизистая кишки в области дефекта срастается с кожей.

Для определения уровня кишечного свища, локализации, проходимости отводящей петли, необходима рентгеноскопия с контрастными веществами в желудочно-кишечный тракт через рот, через клизменное заполнение толстой кишки и через наружное отверстие свища (фистулография). Лучше для этой цели использовать водную взвесь 20 % сернокислого бария (Б.А. Вицын, 1965).

В диагнозе должны быть отражены: этиология, морфология, локализация кишечного свища, его функция, осложнения.

Пример диагноза при наружных кишечных свищах:

- "несформированный свищ слепой кишки после аппендэктомии".
- "высокий, послеоперационный тонкокишечный свищ, функционирующий как противоестественный задний проход, эвентрация, абсцесс брюшной полости после устранения кишечной непроходимости."
- "губовидный свищ подвздошной кишки после аппендэктомии".
- "трубчатый свищ слепой кишки после аппендэктомии".

Классификация наружных кишечных свищей по Б.А. Вицуну

Этиология	I. Врожденные	1. Огнестрельная и другого рода рана	Самопроизвольно возникшие Искусственно наложенные
	II. Травматические	2. Закрытая травма	
	III. Послеоперационные	1. Недостаточность швов	1. Недостаточность швов 2. Незамеченные ранения 3. Искусственно наложенные
		2. Незамеченные ранения	
		3. Искусственно наложенные	
	IV. Воспалительные	1. Аппендицит	1. Аппендицит 2. Гинекологические заболевания 3. Язвенные процессы кишечника 4. Забрюшинные флегмоны и др. гнойные процессы в прилегающих тканях и полостях 5. Межкишечные абсцессы 6. Туберкулез 7. Актиномикоз
		2. Гинекологические заболевания	
	3. Язвенные процессы кишечника		
	4. Забрюшинные флегмоны и др. гнойные процессы в прилегающих тканях и полостях		
	5. Межкишечные абсцессы		
	6. Туберкулез		
	7. Актиномикоз		
V. Пролежни от инородных тел брюшной полости			
VI. После ущемленной грыжи			
VII. Злокачественные опухоли			
Морфология	I. Несформированные		1. Трубоччатые 2. Губовидные 3. Решетчатые
	II. Сформированные		
Функция	I. Свищ		
	II. Противоестественный задний проход		
Локализация	I. Тонкая кишка	1. Двенадцатиперстная	1. Двенадцатиперстная 2. Тощая (высокие) 3. Подвздошная (низкие)
		2. Тощая (высокие)	
	3. Подвздошная (низкие)		
II. Толстая кишка	1. Слепая	1. Слепая 2. Восходящая 3. Печеночный изгиб 4. Поперечно-ободочная 5. Селезеночный изгиб 6. Нисходящая 7. Сигма 8. Прямая	
	2. Восходящая		
	3. Печеночный изгиб		
	4. Поперечно-ободочная		
	5. Селезеночный изгиб		
	6. Нисходящая		
	7. Сигма		
	8. Прямая		
Осложнения	I. Осложненные		
	II. Неосложненные		

В основе патофизиологических нарушений у больных с кишечными свищами лежат потери кишечного содержимого, интоксикация и нередко то заболевание, которое повлекло за собой оперативное вмешательство.

При значительных потерях кишечного содержимого, на фоне воспалительных явлений в организме больного возникает глубокий дефицит воды, калия, натрия, белка, энергетических ресурсов. Вследствие этого резко снижается объем циркулирующей крови и ее компонентов: глобулярный объем, объем плазмы, объем циркулирующего белка, альбумина. Развивается гипокалиемия, гипонатриемия. Наступают расстройства микроциркуляции. Развиваются истощение, дистрофические изменения паренхиматозных органов. Снижается регенерация и сопротивляемость организма. Все это ведет к прогрессированию существующих и проявлению новых осложнений: сепсиса, пневмонии, эрозивного кровотечения, печеночной, почечной недостаточности.

В стадии сформированного кишечного свища наступает относительная компенсация обменных процессов, отмечается положительная динамика веса. Заканчиваются воспалительные процессы и ликвидируются осложнения.

При лечении больных с наружными кишечными свищами приходится решать множество сложных задач. Первостепенными из них являются следующие:

- прекращение потерь кишечного содержимого;
- восполнения дефицита воды, электролитов, белков, энергетических ресурсов, необходимых для поддержания жизненно важных процессов на оптимальном для организма уровне;
- ликвидация гнойно-воспалительного процесса и других осложнений;
- создание условий для скорейшего заживления ран, формирования свища и его закрытия.

У 80 % больных с несформированными кишечными свищами и у большинства больных со сформированными кишечными свищами потеря кишечного содержимого может быть прекращена путем обтурации кишечных свищей.

У больных с несформированными кишечными свищами, открывающимися в рану, на эвентрированных петлях кишечника, при свищах, открывающихся в полость, применяется устройство для обтурации несформированного кишечного свища В.В. Атаманова.

У больных со сформированными кишечными свищами используются обтураторы Б.А. Вицына, Е.Н. Митрохина.

Устройство для обтурации несформированного кишечного свища имеет пластинку-обтуратор желобчатой формы со скошенными краями в 3,5-4 раза превышающими диаметр свища, а по ширине равная 1/2-2/3 окружности кишки.

В том случае, если сегмент кишки, несущей свищ, имеет S-образную или V-образную форму, требуется изготовление конгруэнтной со стенкой кишки пластины-обтуратора, повторяющей форму сегмента кишки.

После установки устройства для обтурации несформированного кишечного свища края раны сводятся друг с другом и фиксируются лейкопластырем.

Сближение краев раны и их длительная фиксация в условиях обтурации ускоряет формирование свища и его заживление. Оптимальные сроки обтурации - это первые 10 дней с момента возникновения свища. В более поздние сроки обтурации формирование свища идет медленнее.

В процессе лечения и обследования больных с кишечными свищами необходимо выявить и ликвидировать сопутствующие осложнения: пневмонию, сепсис, абсцессы брюшной полости, истощение и т. д.

Наилучших результатов в лечении удается добиться при длительном (в сроки от 4 до 8 месяцев) применении обтурирующих конструкций.

Длительное прекращение кишечных потерь позволяет ликвидировать нарушение гомеостаза, истощение, воспалительные процессы в брюшной полости и создать благоприятные условия для выполнения одномоментных органо-сводящих операций.

После формирования свища и компенсации обменных процессов и смены фиксации

пластины obtуратора по Б.А. Вицыну, Е.Н. Митрохину лечение до операции может быть продолжено в амбулаторных условиях.

В тех случаях, когда obtурация кишечного свища неосуществима, а кишечные потери превышают возможности восполнения и угрожают жизни больного, необходимо прибегать к операции, направленной на прекращение кишечных потерь. Наилучшие результаты в этой ситуации дают двухэтапные операции.

Лучшие результаты приносит полное выключение кишечной петли, несущей свищ.

Различают внебрюшинный и внутрибрюшинный способ закрытия кишечных свищей.

При несформированных кишечных свищах внебрюшинные способы закрытия кишечных свищей неприменимы, они могут выполняться только у больных со сформированными кишечными свищами при отсутствии противопоказаний. К противопоказаниям относятся:

- деформации (шпора, сужение) просвета кишки в области свища, сужение отводящего сегмента кишки;
- рубцовые изменения в стенке кишки;
- не стихшее воспаление в тканях. Внебрюшинное закрытие свищей легче осуществляется при свищах толстой кишки.

В тех случаях, когда obtурация кишечного свища невыполнима, а потери кишечного содержимого не угрожают жизни больного, необходимо для улучшения заживления свищей применять постоянное отсасывание кишечного содержимого из раны.

Из диеты исключить вещества, усиливающие перистальтику: молоко, кефир, свежие овощи и фрукты. Вводится раствор атропина 0,1% - 0,3 - 0,5 мл три раза в сутки. Очистительные клизмы ежедневно.

Инфузионная терапия, переливание крови при лечении больных с кишечными свищами должна быть направлена на восполнение объема циркулирующей крови, на борьбу с интоксикацией, нарушениями водно-солевого баланса, расстройства микроциркуляции, улучшения белкового обмена.

Для контроля за состоянием электролитного баланса необходимо осуществлять исследования не только содержания калия и натрия плазмы, но также контроля суточного диуреза калия и натрия. Введение электролитов должно осуществляться до нормализации К и Na - уреза.

Потери кишечного содержимого могут быть прекращены так же путем полного парентерального питания. Для этого взрослому человеку, в среднем, в сутки вводится 1-1,5 литра 10 % раствора альбумина, 1 литр аминаона, 1 литр липофундина. Вводятся так же растворы К, Na, магния, кальция, хлориды. Переливается кровь. Длительность такого лечения в среднем составляет около 4 месяцев до оперативного закрытия свища или до его самостоятельного заживления.

Парентеральное питание в настоящее время необходимо сочетать с энтеральным зондовым питанием Нутризоном 1500-2000 мл капельно по 100-125 мл/ч., что составит 2400 ккал и 80 грамм белка.

Полное парентеральное питание методом гипералиментации целесообразно использовать у больных, с высокими тонкокишечными свищами и не стихшего воспаления в брюшной полости, у которых чрезвычайно высок риск операции.

Уход за кожей вокруг свища подробно описан в работе: Б.А. Вицын "Наружные кишечные свищи".

Индивидуализация способов лечения больных с наружными кишечными свищами должна исходить из оценки риска операции и возможностей консервативного лечения. Умелый выбор способа лечения - ключ к успеху в лечении этой тяжелой категории больных.

После излечения больных с кишечными свищами, в ряде случаев возникает необходимость их трудоустройства. При этом рекомендуется исключить тяжелый физический труд сроком до 6 месяцев.

Литература

1. Вицын Б.А. Наружные кишечные свищи. – Новосибирск.: "Наука", 2015 г. – 168 с.
2. Вицын Б.А., Благитко Е.М. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. – Новосибирск.: "Наука", 2013. - 144 с.