

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России»**

Реферат:

Кишечные свищ

**Выполнил: ординатор Петряев Михаил Валерьевич
Кафедральный руководитель: д.м.н. проф. Кафедры
общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана
Тюхтева (Маркелова) Надежда Михайловна**

Красноярск 2019

План реферата:

- 1. Определение понятия кишечного свища.**
- 2. Классификация кишечных свищей.**
- 3. Осложнения кишечных свищей.**
- 4. Клиника и диагностика.**
- 5. Лечение кишечных свищей.**
- 6. Питание**
- 7. Результаты лечения больных со свищами ЖКТ**
- 8. Список литературы.**

Определение понятия кишечного свища.

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

Классификация кишечных свищей.

1. По времени возникновения: врожденные, приобретенные
2. По этиологии: травматические, наложенные с лечебной целью, возникшие при заболеваниях.
3. По функции: полные, неполные
4. По характеру: губовидные, трубчатые
5. По уровню расположения на кишке: высокие, низкие
6. По наличию осложнений: неосложненные, осложненные

Осложнения кишечных свищей:

1. Истощение возникает вследствие недостаточного всасывания в укороченном резекцией сегменте кишечника, потерь кишечного содержимого при образовании высоких свищей (например, при высоких тонкокишечных свищах или желудочно-ободочном свище).
2. Нарушения водного и электролитного баланса. Потеря свищевым отделяемым приводит к тяжелым нарушениям баланса, выраженность которых зависит от характера и количества отделяемого. Особенно быстро нарушения наступают при высоких кишечных и панкреатических свищах. При панкреатическом свище объем насыщенного бикарбонатом свищевым отделяемым может достигать 700 мл, что быстро приводит к дегидратации и метаболическому ацидозу.
3. Сепсис возникает в результате инфицирования окружающих тканей и внутренних полостей (брюшной, плевральной) отделяемым различных органов.
4. Мацерация кожи вокруг свища в связи с раздражающим действием его отделяемого (особенно при высоких кишечных и панкреатических свищах). Зона дерматита характеризуется резкой болезненностью и может послужить причиной развития сепсиса.
5. Кровотечение - редкое осложнение, представляющее серьезную угрозу жизни пациента. Возникает в результате перехода воспалительного процесса на стенку кровеносного сосуда с последующей ее эрозией.

Свищи могут быть врожденными (например, при незаращении желчного протока) и приобретенными. Приобретенные свищи возникают в результате травмы, болезней (болезнь Крона), операции, при которых свищ накладывают с

лечебной целью (еюностомия при неоперабельном тотальном раке желудка, противоестественный задний проход при неоперабельном раке прямой кишки). Свищи могут являться осложнением при операциях на кишечнике и других органах брюшной полости.

Свищ соединяющий просвет кишки с поверхностью тела, называют наружным, один орган с другим - внутренним. При полном свище все кишечное содержимое изливается наружу при неполном - часть его проходит в отводящую петлю кишки. Когда кишка открывается непосредственно на коже, так что ее слизистая оболочка сращена с кожей, это губовидный свищ. Когда между кишкой и поверхностью тела имеется ход, это трубчатый свищ. Свищи расположенные на тощей кишке, относят к высоким, на подвздошной и толстой - к низким.

Возникающие в организме изменения связаны с потерей через свищ белков, жиров, углеводов, витаминов, воды и электролитов. Чем оральнее на кишке расположен свищ, тем больше эти потери и тем выраженнее нарушения обмена веществ и водно-электролитного баланса. На коже вокруг кишечного свища возникает мацерация.

Вокруг калового свища нередко наблюдаются флегмона подкожной клетчатки, гнойные или каловые затеки. В этом случае говорят об осложненном свище.

Клиника и диагностика.

Наружные тонкокишечные свищи проявляются выделением жидкого тонкокишечного содержимого. При свищах толстой кишки выделяется кал и газы. Уточнение локализации с помощью рентгенологического исследования, выполняемого после дачи раствора сульфата бария через рот (при тонкокишечных свищах) или введении его через прямую кишку (ирригоскопия - при толстокишечных свищах). Ценным способом диагностики является фистулография: рентгенологическое исследование после введения в просвет свища водорастворимого контрастного вещества.

Лечение.

1. Коррекция дефицита жидкости и электролитов. Проводят с учетом общего клинического состояния больного, показателей гемодинамики и диуреза, результатов биохимических и газометрических исследований.
2. Крайне важно предупреждение инфекционно-воспалительных осложнений. С этой целью выполняют оперативное дренирование абсцессов, проводят профилактическую и лечебную антибиотикотерапию.
3. Местное лечение наружных кишечных свищей
 - Лечение гнойной раны: 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 гипертоническим растворами, антисептиками и ферментными препаратами, различными мазями и эмульсиями.
 - Предохранение тканей от воздействия отделяемого

- Физические способы. Применяют различные мази, пасты, присыпки, клей БФ1, БФ2, полимерные пленки, препятствующие соприкосновению кожи с кишечным отделяемым.
- Биохимические способы
 - Предупреждение разъедающего действия ферментов кишечного отделяемого на кожу и ткани. Для этого применяют тампоны, смоченные яичным белком, молоком, раствором молочной кислоты.
 - Для подавления желудочной секреции используют гистаминоблокаторы
 - Для нейтрализации ферментов поджелудочной железы - контрикал, гордокс
- Механические способы защиты кожи направлены на уменьшение или прекращение выделения из свища кишечного содержимого. С этой целью полезны различные приспособления: аспирационные дренажи, obturаторы, obtурирующие заслон и повязки, специальные аппараты

Питание

Получили широкое распространение специально созданные растворы для парентерального питания, содержащие все необходимые компоненты (аминокислоты, жиры, углеводы, витамины), но парентеральное питание не может полностью заменить естественное, особенно при высоких тонкокишечных свищах с обильным истечением кишечного содержимого. В этих случаях необходимо обеспечить питание через зонд.

Самопроизвольное заживление трубчатого свища на сроках 2-8 недель - нередкое явление. Губовидные свищи требуют хирургической коррекции. При

лечении трубчатых свищей консервативные мероприятия не эффективны в следующих случаях:

- непроходимость кишечника дистальнее места формирования свища
- инородное тело брюшной полости, ставшее причиной формирования свища
- эпителизация свищевого хода
- высокие (до 1.5 см от связки Трейтца) тонкокишечные свищи с обильным отделяемым не поддающиеся консервативному лечению
- рубцово-трубчатые свищи толстой кишки
- воспалительные заболевания кишки или выраженное повреждение ее стенки
- раковая опухоль, ставшая причиной формирования свища

Самопроизвольное заживление трубчатого (несформировавшегося) свища на сроках от 2 до 8 недель - нередко явление. Губовидные (сформировавшиеся) свищи требуют хирургической коррекции. При лечении трубчатых свищей консервативные мероприятия не эффективны в следующих случаях:

- непроходимость кишечника дистальнее места формирования свища,
 - эпителизация свищевого хода
 - высокие (до 1.5 м от связки Трейтца) тонкокишечные свищи с обильным отделяемым не поддающиеся консервативному лечению.
 - Рубцово-трубчатые свищи толстой кишки,
 - Воспалительное заболевание кишки или выраженное повреждение ее стенки (например, ионизирующим излучением).
 - Раковая опухоль, ставшая причиной формирования свища.
- Хирургическое лечение требует полноценной предоперационной подготовки. Длительное существование высокого тонкокишечного свища с обильным отделяемого приводит к значительным и плохо поддающимся

лечению нарушениями гомеостаза. В этих случаях предоперационная подготовка должна быть сокращена до нескольких дней (операция по жизненным показаниям). Основные этапы оперативного лечения пациентов с свищами ЖКТ:

- Точное определение локализации свища,
- Иссечение свища вместе с пораженным участком кишки,
- Восстановление проходимости ЖКТ с помощью межкишечного анастомоза

Результаты лечения больных со свищами ЖКТ

Летальность. До середины 60-х годов летальность при свищах желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки составлял более 50%.

- Основное значение в тактике лечения пациентов со свищами ЖКТ придавали ранним оперативным вмешательствам (до наступления истощения).
- Основными причинами летальных исходов были тяжелые нарушения водно-электролитного баланса, истощения и перитонит.
- Современное лечение позволило снизить летальность до 2-10% (в зависимости от причин возникновения свища).
- Сепсис и почечная недостаточность - основные причины летальных исходов.
- Истощение и электролитные нарушения в настоящее время редко бывают причиной гибели пациентов (во многом благодаря своевременной диагностике и лечению нарушений гомеостаза, возможности длительного

парентерального питания, усовершенствованию способов доступа к центральным сосудам).

Обычно консервативное (трубчатые свищи тонкой кишки). Оно включает калорийное питание, коррекцию нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, обтурацию свища с помощью различных устройств (пелоты, обтураторы), более чем у 40% больных при средней продолжительности курса лечения 4-6 недель. У ряда больных хорошие результаты наблюдаются при проведении полного парентерального питания.

При незаживающих трубчатые и практически всегда при губовидных свищах приходится прибегать к хирургическим вмешательствам. При неполных трубчатых и губовидных свищах используют внебрюшинные методы их закрытия, при остальных видах свищей - внутрибрюшинные (чаще всего производят резекцию участка кишки, несущего свищ с наложением анастомоза между приводящей и отводящей петлей по типу конец в конец).

При трубчатых неполных свищах толстой кишки применяют консервативное лечение, так как они склонны к самопроизвольному закрытию. При губовидных свищах прибегают к операциям, характер которых определяется типом свища - полный или неполный. При небольших неполных губовидных свищах используют внебрюшинные способы закрытия свищей. Они заключаются в выделении стенки кишки в зоне свища и ушивании дефекта двухрядным швом. При больших неполных и при полных губовидных свищах применяют внутрибрюшинные способы их закрытия. В таком случае выделяют кишку по всему периметру свища, выводят ее в рану, после чего свищевое отверстие зашивают (при неполных свищах) или накладывают (при полных свищах). Иногда прибегают к резекции участка кишки, несущего свищ, с последующим наложением анастомоза.

Список литературы:

1. Хирургия, руководство для врачей и студентов. Геотар Медицина, 1997г. перевод с английского под редакцией Ю.М. Лопухина и В.С. Савельева;
2. Частная хирургия, учебник. Под редакцией профессора М.И. Лыткина. Ленинград, ВМА имени Кирова, 1990г.
3. Джозеф М. Хендерсон. Патофизиология органов пищеварения. Бином паблишерс, 1997 год.
4. Abraham Bogoch, Gastroenterology, New York, 1973.
5. Барбара Бэйтс, Линн Бикли, Роберт Хекельман и др. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского. Москва, Геотар медицина 1997г.
6. Привес М.Г. “Анатомия человека”, М. “Медицина”, 1985 г.