



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.34-007.253-07

А.В. ВОЛЕНКО¹, А.И. ЛОБАКОВ², И.А. ВОЛЕНКО²¹Российская медицинская академия последипломного образования, 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 1/2²Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

Диагностика несформированных наружных кишечных свищей

Воленко Александр Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры неотложной и общей хирургии, тел. (495) 686-05-14, e-mail: volenko.a@mail.ru**Лобаков Александр Иванович** — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения абдоминальной хирургии, тел. (495) 681-96-17, e-mail: volen-m101@yandex.ru**Воленко Иван Александрович** — младший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии, тел. (499) 189-01-87, e-mail: volen-m101@yandex.ru

В статье представлен анализ лечения 158 больных с несформированными тонкокишечными свищами, на основе которого были сформулированы принципы лечения этой патологии и разработаны объективные методы исследования — прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография и дуоденоэнтерография. Алгоритм диагностики несформированных кишечных свищей включает: определение количества и локализации кишечных свищей, определение объема потерь кишечного химуса, проходимости отводящих отделов кишечника, а также изучение точной топографии относительно раны и свищевого отверстия отводящего и приводящего отрезка тонкой кишки.

Ключевые слова: несформированный кишечный свищ, фистулоэнтерография, дуоденоэнтерография, диагностический алгоритм.

A.V. VOLENKO¹, A.I. LOBAKOV², I.A. VOLENKO²¹Russian Medical Academy of postgraduate education, 2/1 Barrikadnaya St., Moscow, Russian Federation, 123995²Moscow Regional Research and Scientific Clinical Institute named after M.F. Vladimirovskiy 61/2 Schepkin St., Moscow, Russian Federation, 129110

Diagnostics of unformed enterocutaneous fistulas

Volenko A.V. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Urgent and General Surgery, tel. (495) 686-05-14, e-mail: volenko.a@mail.ru**Lobakov A.I.** — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of abdominal surgery, tel. (495) 681-96-17, e-mail: volen-m101@yandex.ru**Volenko I.A.** — junior researcher of the Department of Abdominal Surgery, tel. (499) 189-01-87, e-mail: volen-m101@yandex.ru

The article represents the analysis of treatment of 158 patients with immature outer intestinal fistulas. Therefore, principles of treatment of that pathology were formulated and objective diagnostic techniques were worked out based on that analysis — straight radiopaque fistula enterography and duodenography. The algorithm of immature intestinal fistulas diagnosis consist of: determination of the number and localization of intestinal fistulas, determination of the number of loss in value of intestinal chymus, airway of abductive part of the intestine, as well as study of the direct topography relative to the wound and sinus opening of adductive and abductive part of the intestine.

Key words: immature intestinal fistula, fistula enterography, duodenography, the algorithm of diagnosis.

Лечение больных с наружными кишечными свищами является сложной хирургической проблемой [1-4]. Прежде всего, это касается группы больных с высокими несформированными тонкокишечными свищами, для которых характерны тяжелые расстройства водно-электролитного и белкового обме-

на, быстрое истощение и кахексия, сочетания несформированных свищей с перитонитом, кишечной непроходимостью, абсцессами брюшной полости и высокие показатели летальности [5-7]. Успех лечения несформированных тонкокишечных свищей в значительной мере зависит от своевременной и точ-

ной их диагностики. Рентгенологический метод является ведущим в диагностике кишечных свищей [8, 9].

Выделение из лапаротомной раны или по дренажу из брюшной полости отделяемого желтого, желто-коричневого, коричнево-зеленоватого или зелено-го цвета заставляет хирурга заподозрить наличие кишечного свища. В этих случаях пациенту чаще всего дают выпить *рег ос* интенсивно окрашенную жидкость, а появление в ране содержимого соответствующей окраски убедительно доказывает наличие кишечного свища. При подозрении на наличие толстокишечного свища окрашенную жидкость вводят в клизме [6, 10].

Из рентгеноконтрастных методов диагностики кишечных свищей чаще других используют пассаж контрастного вещества по кишечнику, реже различные варианты фистулографии [6, 10]. Пассаж контраста по кишечнику, особенно выполненный в графическом режиме, выявляет выхождения контраста за пределы кишечной стенки — кишечный свищ, может определить принадлежность свища к тонкой или толстой кишке. Но этих сведений недостаточно для объективной диагностики наружных кишечных свищей и выработки оптимальной хирургической тактики [6, 9, 10].

Под наблюдением было 158 больных с несформированными тонкокишечными свищами. В этой группе в среднем (по данным анамнеза) было выполнено 5,7 релапаротомий. У 45 (28,5%) свищи были полными, с потерями более 1,5 литра тонкокишечного химуса, и у 113 (71,5%) свищи были неполными, с потерями в среднем 534+61,2 мл химуса. В последние годы преобладают больные с большими дефектами передней брюшной стенки, свищи у которых локализовались на эвентрированных в рану петлях тонкой кишки. Только у 4 из 158 больных рана на передней брюшной стенке была несколько больше размеров самого свища.

Опыт лечения несформированных тонкокишечных свищей показал, что они плохо подлежат obturации, а использование obtураторов чаще приводит к увеличению размеров свища и превращению его из неполного в полный. Ушивание несформированного свища в гнойной ране никогда не приводит к его заживлению. Попытки ушивания свища в гнойной ране приводят к увеличению его размеров и несут

в себе опасность образования дополнительных несформированных кишечных свищей.

У больных с несформированными тонкокишечными свищами в сочетании с большими дефектами передней брюшной стенки радикальные операции характеризуются чрезвычайно высокой летальностью — в 82-97 % случаев [6].

У этих больных более перспективны ранние не-радикальные операции, направленные на прекращение поступления кишечного содержимого к зоне кишечного свища и выполняемые из доступа вне гнойной раны — операции выключения из пассажа участка кишки, несущей свищ. С успехом операцию по отключению несформированного тонкокишечного свища можно выполнить только в изолированном от гнойной раны участке брюшной полости и исключительно из доступа вне гнойной раны. При условии нахождения в этом изолированном участке брюшной полости приводящего и отводящего колена петли тонкой кишки, несущей свищ. Успех таких операций зависит от точных знаний топографии тонкой кишки, несущей свищ, в брюшной полости, а также расположения ее относительно гнойной раны и самого свища.

Алгоритм диагностических мероприятий у больного с несформированными кишечными свищами включает: определение количества и локализации кишечных свищей и местоположения свищевого отверстия относительно основных анатомических ориентиров кишечника, определение объема потерь кишечного химуса, длины приводящей кишки, проходимости отводящих отделов кишечника, а также изучение точной топографии и локализации (относительно раны и свищевого отверстия) отводящего и приводящего отрезка кишки. Для такой диагностики нами использованы следующие методы исследования:

Пальцевое исследование через кишечный свищ — простое, доступное и весьма информативное исследование, которое необходимо выполнять у всех больных с кишечными свищами, доступными визуализации и пальпации, и размером свищевого отверстия, позволяющим свободно пропустить палец хирурга (рис. 1). Специально расширять свищ небольшого размера для этого исследования нецелесообразно. Пальцевое исследование позво-

Рисунок 1.
Пальцевое исследование наружного кишечного свища



Рисунок 2.
Моделирование размеров раны на передней брюшной стенке металлической проволокой при проведении прямой рентгеноконтрастной фистулоэнтерографии

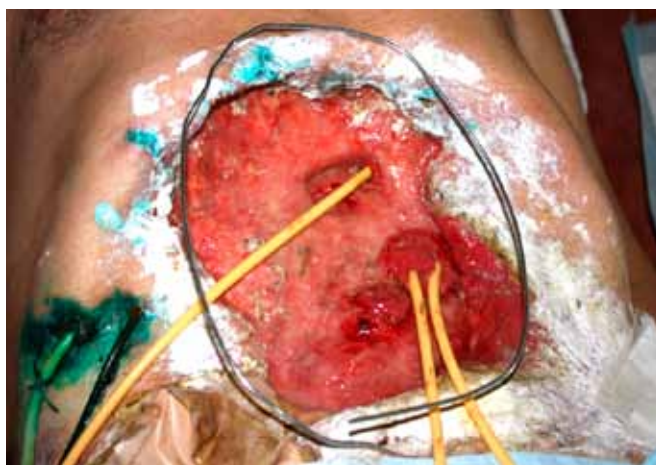


Рисунок 3.
Введение жидкой взвеси сульфата бария по катетеру Фолея



ляет уточнить ход и направление приводящего и отводящего колена кишки, несущей свищ, определить наличие в брюшной полости инфильтратов и их локализацию, характер шпоры, подвижность кишечных петель, плотность и массивность спаечного процесса.

Для этого в оба устья кишечного свища вводим катетеры Фолея, заполняем баллоны катетеров Фолея слабоконтрастной жидкостью (рис. 2). С этой целью шприцом вводим в них 10-20 мл раствора водорастворимого контраста, ориентируясь на ширину просвета кишки, болевые ощущения у пациента и блокирование катетера с раздутым баллоном в петле кишки, несущей свищ. Это позволяет надежно фиксировать катетер в просвете кишки и предупредить обратный выброс контрастного вещества в свищ. Важно при проведении рентгеноконтрастной фистулоэнтерографии уложить на края раны или на свищ рентгенокон-

Рисунок 5.
Прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография. Непроходимость отводящей петли тонкой кишки

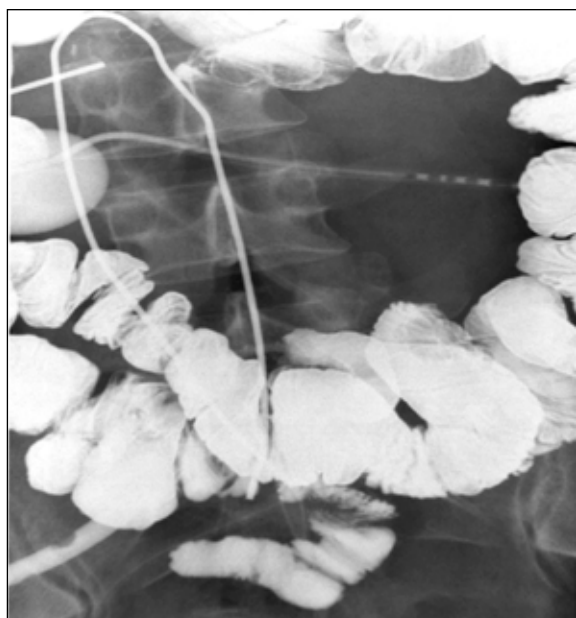
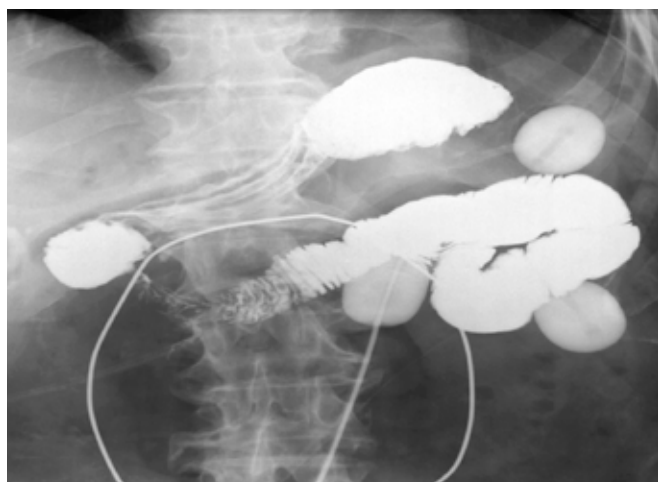


Рисунок 4.
Прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография



Примечание: На рентгенограмме видны размеры раны, приводящая петля тонкой кишки, ее длина и локализация относительно гнойной раны

трастный материал, лучше металлическую проволоку, для моделирования размеров раны и ее визуализации на рентгенограммах (рис. 2). В рентгеновском кабинете последовательно через широкие каналы катетеров Фолея вводим жидкую взвесь сульфата бария (рис. 3). Контрастное вещество необходимо вводить, пока, например, оно не попадет в желудок, и мы точно получаем представление о длине, локализации в брюшной полости и топографии относительно раны и свища приводящей петли тонкой кишки (рис. 4). В отводящем направлении контрастное вещество вводим до тех пор, пока контраст не попадет в толстую кишку. Это свидетельствует о проходимости отводящей петли тонкой кишки.

Рисунок 6.
Прямая рентгеноконтрастная дуоденоэнтерография через зонд Блэкмора



Примечание: Скрепкой отмечена локализация свища на передней брюшной стенке



Такая фистулоэнтерография позволяет туго заполнить кишечные петли, точно определить локализацию свища, его высоту (расстояние от связки Трейца), проходимость тонкой кишки ниже свищевого отверстия, определить принадлежность, локализацию и расположение приводящих и отводящих отделов кишечника, обнаружить дополнительные недоступные осмотру кишечные свищи и их локализацию и получить полное представление о топографии приводящей и отводящей петли кишки, несущей свищ, относительно раны передней брюшной стенки и самого кишечного свища.

При невозможности выполнения описанной выше фистулоэнтерографии, когда свищ расположен в глубоком кармане и в него невозможно ввести катетеры Фолея, а также при множественных свищах тонкой кишки выполняем прямую рентгеноконтрастную дуоденоэнтерографию. Для этого исследования используем зонд Блэкмора, конец которого прошиваем толстой лигатурой, завязывая последнюю в виде петли, а затем заводим зонд через рот в желудок. При фиброгастродуоденоскопии обнаруживаем кончик зонда в желудке, захватываем его за лигатурную петлю щипцами и максимально глубоко проходим в двенадцатиперстную кишку (ДПК), протаскивая за собой и зонд Блэкмора с баллонами. Дистальный баллон зонда раздуваем 60-80 мл воздуха. После раздувания баллона зонда, блокировки и фиксации его в ДПК фиброгастроскоп извлекаем

наружу. Раздутый воздухом баллон зонда Блэкмора препятствует забросу контраста из ДПК в желудок и позволяет туго заполнить приводящие петли кишечника, определить локализацию кишечного свища, контрастировать (при неполных свищах) отводящие кишечные петли и получить полноценную топографию приводящей кишки относительно свища и раны (рис. 6).

При поступлении кишечного отделяемого по дренажным трубкам и отсутствии разлитых явлений перитонита целесообразно выполнение рентгеноконтрастных исследований, в том числе и фистулографии с введением водорастворимого контрастного вещества по дренажной трубке.

Всем больным выполняли УЗИ органов брюшной полости, по показаниям КТ и МРТ исследования, используя эти методы для диагностики жидкостных скоплений, инфильтратов и абсцессов в брюшной полости.

Таким образом, прямая рентгеноконтрастная фистулоэнтерография и дуоденоэнтерография позволяют точно определить локализацию свища, проходимость кишечных петель ниже свищевого отверстия, а также принадлежность, локализацию и расположение приводящих и отводящих отделов кишечника, обнаружить дополнительные недоступные осмотру кишечные свищи и наконец топографию приводящей и отводящей петли кишки, несущей свищ, относительно раны и самого кишечного свища.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Триада-Х., 2005. — 470 с.
2. Филимонов М.И., Подачин П.В., Стойко Ю.М., Французов В.Н. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения перитонита и состояния, требующие повторного оперативного лечения // Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфонда, М.И. Филимонова. — М.: Литтерра, 2006. — С. 102-115 (Серия «Практические руководства»).
3. Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Сформированные и несформированные кишечные свищи. — Новосибирск: Зап.-Сиб. кн. изд-во, 1983. — 141 с.
4. Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. — М., 1985. — 38 с.

5. Белоконов В.И., Измайлов Е.П. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта (Серия «Трудные вопросы практической хирургии»). Монография. — Самара: Перспектива, 2005. — 240 с.
6. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. — М., 1999. — 115 с.
7. Колченогов П.Д. Обтурация кишечных свищей. — М., 1957. — 87 с.
8. Левчик Е.Ю. Совершенствование методов оперативного лечения наружных кишечных свищей: автореф. ... дис. канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2004. — 47 с.
9. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1986. — 144 с.
10. Воленко А.В., Рудин Э.П., Куприков С.В. и др. Наружные свищи толстой кишки: принципы диагностики и лечения. Современные технологии диагностики и лечения хирургических заболеваний. — Сб. науч. тр. — М., 2013. — С. 41-45.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ИТАЛЬЯНСКИЙ НЕЙРОХИРУРГ УТВЕРЖДАЕТ: ПЕРЕСАДКА ГОЛОВЫ ЧЕЛОВЕКУ — «ОСУЩЕСТВИМЫЙ ПРОЕКТ»

Как заявляет нейрохирург Серджи Канаверо, пересадка головы от человека человеку возможна с использованием уже существующих методов медицины, пишет Independent. Канаверо назвал свой проект «Попытка анастомоза головы» (Head Anastomosis Venture, сокращенно HEAVEN), сообщает журналист Адам Уитнэлл. Заявка опубликована в научном журнале Surgical Neurology International.

Газета излагает подробности: следует одновременно ампутировать головы двум людям, используя «сверхострое лезвие». Голову, предназначенную для пересадки, нужно охладить и промыть, а затем прикрепить на новое тело — либо полимерным «клеем», либо путем так называемого электрослияния.

По словам Канаверо, проект основан на эксперименте с пересадкой головы обезьянам в 1970-е годы. Тогда обезьяна с пересаженной головой прожила 8 дней.

Источник: Inopressa.ru