

С. Эрдэнэ, Н. Дааватсерен, Е.Н. Цыбиков, Б. Мунхтоого, О. Сэргэлэн, Б. Нэргун, Э. Бат-Улзы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ИСКУССТВЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Монгольский медицинский университет (Улаанбаатар)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

В нашей стране часто встречаются разлитой гнойный перитонит и кишечная непроходимость, осложнения, процент летального исхода которых не уменьшаются. И поэтому мы поставили цель — определить результаты операций, показаний к операции, процент летального исхода, осложнения, форму, локализацию, случаи и причины послеоперационных искусственных кишечных свищей (ПИКС). Были изучены 274 случая больных с ПИКС, проходивших лечение в Центральной Клинической Больнице города Улаанбаатара (Монголия) за период с 1998 по 2008 годы.

Из результатов исследования видно, что лечение с применением искусственного наложения кишечных свищей больным с тяжелой формой кишечной непроходимости, с парезом кишки в III–IV стадиях, с разлитым гнойным перитонитом предполагает раннее восстановление перистальтики кишки, дает возможность быстро вывести больных из интоксикации и спасти их жизнь.

Дает хороший результат наложение У-образного анастомоза на тонкой кишке, искусственное образование наружного свища и дренирование слепой кишки посредством искусственного наружного свища.

Наложение искусственного наружного свища дает возможность сделать операцию через 3–6 месяцев, выбирая метод повторной резекции кишки с наложением анастомоза, закрытие брюшины без вскрытия брюшной полости.

Применение шовного аппарата для закрытия кишечного свища устраняет расхождение анастомоза и несостоятельность шва.

Ключевые слова: гнойный перитонит, кишечный свищ

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE ARTIFICIAL FISTULAS

S. Ehrdene, N. Dahavatseren, E.N. Tsibikov, B. Munkhtogoho, O. Sergelen, B. Nergun, E. Bat-Ulzi

Mongolian Medical University (Ulaanbaatar)
Buryat Branch of SCRRS SB RAMS (Ulan-Ude)

Disseminated purulent peritonitis, intestinal obstruction and their complications are very often and lethality rate does not go down. That is why the aim of the study was to define the outcomes of the surgeries, indications for surgery, lethality rate, complications, form, localization, cases and causes of postoperative artificial intestinal fistulas.

We studied 274 cases of postoperative artificial intestinal fistulas, the patients were treated in Central Clinical Hospital of Ulaanbaatar (Mongolia) over the period 1998–2008.

According to the results of the study it is clear that the treatment with the use of artificial placing of intestinal fistulas to the patients with severe form of intestinal obstruction with enteroparesis of III–IV stages, with disseminated purulent peritonitis gives opportunity to take patients out of intoxications and save their lives.

The good results are achieved with placing U-shaped anastomosis on small intestine, artificial formation of external fistula and drainage of cecum with the help of artificial external fistula.

Artificial external fistula gives opportunity to make operation in 3–6 months, choosing the method of repeated intestinal resection with anastomosis, closure of peritoneum without opening abdominal cavity.

Application of suturing device for closure of intestinal fistula eliminates separating of anastomosis and suture failure.

Key words: purulent peritonitis, intestinal fistula

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения, форм, причин послеоперационных искусственных кишечных свищей на собственном материале.

Мы поставили задачу провести анализ результатов и методов хирургического лечения, показаний оперативного лечения, процент летального исхода, осложнения, формы, локализацию, процент случаев и причины послеоперационных искусственных кишечных свищей.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Были пролечены 274 пациента с ПИКС, находившихся в стационаре Центральной Клинической больницы за период с 1998 по 2008 годы. Из них 188

(68,61 %) мужского и 86 (31,39 %) женского пола. Причины свищей: острый аппендицит — 154 (56,2 %), кишечная непроходимость — 46 (16,8 %), перитонит, абсцесс брюшной полости и другие — 74 (27,0 %).

176 (64,23 %) случаев были с ПИКС, а в 98 (35,77 %) случаях свищи были наложены с лечебной целью. Мы включаем искусственный свищ в число сформированных послеоперационных кишечных свищей.

Для уменьшения интоксикации, для профилактики и лечения пареза кишки мы поставили ПИКС больным с разлитым гнойным перитонитом и осложненной кишечной непроходимостью.

Из 146 обследованных больных с разлитым гнойным перитонитом, тяжелой формой кишечной

непроходимости, парезом кишки и множественными свищами 98 больным мы поставили наружный кишечный свищ искусственно. Из них в 37 (37,7 %) случаях поставили верхний и нижний У-образный анастомоз, 9 (9,1 %) больным конец тонкой кишки вывели наружу как илеостому, 52 (53 %) больным нарочно дренировали слепую кишку. В 48 случаях из 146 были больные с искусственными свищами, образованными после ранее перенесенных операций. Если рассмотреть эти 48 случаев, то 28 случаев имели искусственный наружный свищ на слепой кишке, 12 случаев с У-образным анастомозом и наружным свищом, 8 случаев — с илеостомным наружным свищом.

К показаниям образования искусственного наружного свища на тонкой кишке после У-образного анастомоза и на слепой кишке, дренирование через илеостому относятся следующие случаи:

- скопление гнойной жидкости в брюшной полости и образование налета на серозной оболочке кишок, межкишечные абсцессы, парез кишки в терминальной стадии при затяжном остром гнойном перитоните;
- при отеке стенки кишки и безнадёжности появления перистальтики после расширения кишки выше непроходимости, которая длилась долго;
- при опасности усугубления интоксикации, при повторном появлении непроходимости вследствие пареза кишки или спайки в случаях, когда устранили причину непроходимости;
- для сохранения анастомоза при паретическом вздутии кишки, при безнадёжности состоятельности анастомоза после резекции кишки или ушивания свища;
- при релапаротомии после рецидива перитонита или непроходимости после первой операции;
- при риске появления осложнений после операции наложения анастомоза на множественных свищах, образованных после травмы или заболеваний;
- при необходимости проведения питания через тонкую кишку или долгого лаважного лечения после химического ожога пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Спасает жизнь больного после дренирования тонкой кишки через У-образный анастомоз или дренирование тонкой кишки после образования искусственного свища на слепой кишке. И эти операции были проведены в случае, когда хирург недоволен своей сложной операцией на брюшной полости, при имеющимся сомнении риска появления послеоперационных осложнений или возможности релапаротомии.

Трудоемка работа резекции тонкой кишки, наложение У-образного анастомоза и образование искусственного наружного кишечного свища, трудно дренирование тонкой кишки через свищ после повторного анастомоза. И мы выбирали эти ответственные методы операций при трудных и рискованных ситуациях. Операция выведения слепой кишки с последующим искусственным свищом была относительно легче при отеке и воспалении стенки

тонкой кишки вследствие непроходимости, при гнойном налете на стенке кишки при перитоните, при возможности расхождения шва анастомоза кишки, чем наложение У-образного анастомоза. Потому что нет необходимости резекции кишки и опасности расхождения или несостоятельности швов анастомоза. Не бывает втяжения петли кишки во внутрь, потому что стенка слепой кишки выводится наружу. Сложность заключается в том, что бывает трудно вводить дренаж в баугиниевую заслонку через слепую кишку и это требует умения врача.

Операция ликвидации наружного искусственного кишечного свища намного легче, чем закрытие свища, образованного после У-образного анастомоза на тонкой кишке. В случае образования искусственного наружного кишечного свища после У-образного анастомоза нужно сделать операцию закрытия свища через 4–6 месяцев. Для этого обязательно надо вскрыть брюшную полость, освободить конец тонкой кишки от свища и ушивать наглухо.

Если не ликвидировать конец кишки свища, то остается слепой конец кишки и в нем накапливается кишечное содержимое и вызывает воспаление. При резекции конца выведенного наружу кишки нужно ушивать наглухо или поставить новый анастомоз после резекции старого анастомоза.

Для ликвидации искусственного наружного кишечного свища нужно не только сначала вскрыть брюшную полость, освободить конец кишки от свища и ушивать его, но и не вскрывая брюшную полость, сначала ликвидировать свищ и ушивать стенку кишки. Последний способ имеет преимущество.

Из 98 случаев с ПИКС 18 больных умерли от эвентрации и нагноения операционной раны, 12 больных — от интоксикации, глубокого нарушения водно-электролитного обмена, повторного образования кишечного свища и продолжающегося перитонита.

Высокой процент летального исхода больных после дренирования ПИКС зависит от разлитого перитонита, позднего получения медицинской помощи при непроходимости, пареза кишки 3–4 степени и от многократных операций у особо тяжелых больных. Результат нашего исследования близок к средним результатам зарубежных исследователей.

Для полной ликвидации ПИКС необходимо закрывать свищ после полного формирования свища через 3–6 месяцев, и для этого нужно вскрывать брюшную полость, отрезать кишку со свищом и наложить анастомоз, или не вскрывая брюшную полость, ушивать свищ вне брюшины.

Мы сделали операцию закрытия свища 48 больным с ПИКС. Провели операцию после предоперационной терапии. Для этого провели терапию антибиотиками, ввели жидкости для устранения и уменьшения интоксикации, для коррекции минералов, витаминов, белков, углеводов, кислотно-щелочного равновесия.

Выбор метода операции закрытия ПИКС зависит от характера свища. Из 48 больным с ПИКС мы

сделали операцию ушивания свища вне брюшины 29 (60,4 %) больным и операцию вскрытия брюшной полости с последующей резекцией кишки и ушиванием свища 19 (39,6 %) больным.

Из последних 19-и больных 6 больных были с У-образным анастомозом и наружным свищом, 4 больных — с илеостомой, 9 больных — с наружным свищом на слепой кишке. Этим больным сделали операцию вскрытия брюшной полости, резекцию кишки со свищом, ушивание свища, наложение анастомоза между тонкими кишками или между тонкой и толстой кишками. 4-м больным применили аппарат ушивания, после чего не наблюдалось расхождения и несостоятельности швов анастомоза.

При проведении операции ушивания свища после образования ПИКС через 3 — 6 месяцев наблюдалось полное стихание воспалительного процесса в брюшной полости, легче было разъединить спайку, и даже отмечалось полное рассасывание некоторых спаек. И это дает возможность сделать резекцию кишки с последующим наложением анастомоза.

В 29 случаях мы сделали операцию ушивания ПИКС вне брюшины 17 больным, освобождение кишки и закрытие свища через рану свища 12 больным. В 2-х случаях наблюдалось расхождение шва и образование нового свища, что было обуслов-

лено неправильным выбором шовного материала и формы шва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод лечения образования послеоперационного искусственного наружного кишечного свища при тяжелой форме непроходимости, при парезах кишки в 3 — 4 стадиях, при разлитом гнойном перитоните дает возможность быстро вывести больных из интоксикации, рано восстановить перистальтику кишки и спасти жизнь больных.

Дает хороший результат образование искусственного наружного кишечного свища после У-образного анастомоза на тонкой кишке и дренирование тонкой кишки через искусственный свищ, наложенный на слепую кишку.

Хирургическое лечение послеоперационного искусственного наружного кишечного свища через 3 — 6 месяцев дает возможность выбрать метод повторной резекции кишки и ушивание свища вне брюшины.

Нет опасности расхождения или несостоятельности швов анастомоза в случаях применения аппарата ушивания для резекции кишки и ушивания свища и это дает возможность широкого применения его.

Сведения об авторах:

Сэргэлэн О. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии Монгольского государственного медицинского университета, г. Улаанбаатар

Цыбиков Еши Нянюевич — д.м.н., РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 23-34-24