

Выводы.

1. Малоинвазивные операции являются альтернативой традиционным операциям при механической желтухе различного генеза и уровня обструкции желчных протоков, так как позволяют сократить длительность пребывания больных в стационаре и срок послеоперационного периода.

2. Показанием к малоинвазивным вмешательствам на внепеченочных желчных протоках при механической желтухе является необходимость декомпрессии желчных протоков как первый подготовительный этап к радикальной операции при опухолевом поражении или рубцовых стриктурах и как окончательный вариант лечения при метастатических процессах в воротах печени, печеночно-двенадцатиперстной связке, склерозирующих поражениях протоков.

3. Наиболее рациональным является предложенный способ эндопротезирования и специальное устройство — игла-экстрактор, — позволяющее дренировать любой отдел внепеченочных желчных протоков, вне зависимости от характера патологического процесса, сократить число послеоперационных осложнений, снизить летальность, улучшить качество жизни больного за счет естественного пассажа желчи.

4. Малоинвазивные вмешательства на внепеченочных желчных протоках дают возможность установить уровень и характер обструкции желчных протоков, выбрать рациональную лечебную тактику и одновременно осуществить их декомпрессию. При проксимальном блоке и блоке в средней части ВЖП целесообразно выполнение наружно-внутреннего или внутреннего дренирования, при дистальном блоке ВЖП – возможно применение наружного, наружно-внутреннего или внутреннего дренирования.

Малоинвазивные операции являются методом выбора у больных с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем при риске проведения общего наркоза. Причиной летальных исходов в подавляющем большинстве случаев явилась механическая желтуха с развитием гнойного холангита и сепсиса, в связи с чем больных с механической желтухой необходимо вести как больных с потенциальным сепсисом и выполнять декомпрессию в короткие сроки.

С целью профилактики послеоперационных осложнений необходимы тщательное наблюдение за пациентом в первые сутки, контроль показателей крови, соблюдение режима. При развитии осложнений в результате малоинвазивных вмешательств необходимо выполнять санационные оперативные вмешательства. Профилактикой осложнений, связанных с операцией, является полноценное предоперационное обследование больных, выявление сопутствующей терапевтической и хирургической патологии, коррекция имеющихся расстройств.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ЛЕЧЕБНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

А.И. Лобаков, А.М. Савов, М.В. Мокин, В.А. Денисов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Свищи желудочно-кишечного тракта составляют важный раздел современной абдоминальной хирургии. Лечение кишечных свищей является одним из на-

и более трудных разделов хирургии желудочно-кишечного тракта. Операции ликвидации кишечных свищей относятся к числу сложных, требующих мастерства и высокой квалификации хирурга, способного подойти творчески к каждому больному и выбрать индивидуальный вариант оперативного вмешательства [5, 7, 9].

По данным литературы, послеоперационная летальность после различных восстановительных операций, выполненных с целью закрытия кишечных свищей, составляет 10-21% [8]. Это подчеркивает, с одной стороны, тяжесть данной патологии, с другой – трудности лечения таких больных и особую актуальность данной проблемы.

В процессе комплексного хирургического лечения больных с гнойно-септическими заболеваниями органов брюшной полости (распространенный гнойный перитонит, острый деструктивный панкреатит в стадии гнойно-некротических осложнений) примерно в 28-30% случаев приходится прибегать к формированию различных видов лечебных кишечных стом, чтобы создать функциональный покой определенным отделам желудочно-кишечного тракта [3]. В представленной статье систематизируются теоретические и практические вопросы выполнения восстановительных операций с целью закрытия послеоперационных лечебных кишечных свищей, сформированных в процессе лечения тяжелых гнойно-септических заболеваний органов брюшной полости.

В отделении абдоминальной хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского в период 1996-2003 гг. восстановительные оперативные вмешательства с целью закрытия лечебных послеоперационных кишечных свищей различной локализации, сформированных в процессе комплексного хирургического лечения тяжелых гнойно-септических заболеваний органов брюшной полости, выполнены у 156 больных с распространенным гнойно-фибринозным перитонитом, острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-некротических осложнений. У 92 больных была сформирована одностольная терминальная илеостома в правой подвздошной области, у 64 пациентов – колостомы различной локализации; 86% больных с кишечными свищами до операции были частично трудоспособны, имели инвалидность II группы в связи с наличием кишечного свища.

Накопленный оперативный опыт и данные литературы свидетельствуют о том, что восстановительные операции с целью закрытия кишечных свищей, сформированных на фоне гнойных процессов брюшной полости, целесообразнее всего выполнять в сроки не ранее 8-12 месяцев после их формирования [9]. В этот период, в основном, завершаются продуктивные воспалительные процессы в брюшной полости и в забрюшинном пространстве, происходит компенсация нарушений гомеостаза и иммунного статуса после перенесенных гнойно-септических процессов. Выполнение восстановительных операций в более ранние сроки грозит развитием различных интраоперационных (диффузная кровоточивость тканей, повреждение инфильтрированных стенок кишки вне зоны свищевого канала) и послеоперационных (ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, несостоятельность межкишечных анастомозов) осложнений, что значительно ухудшает результаты проведенного оперативного лечения.

Важнейшим этапом предоперационной подготовки является комплексное рентгенологическое обследование больных с целью определения топографо-анатомических взаимоотношений приводящих и отводящих отделов кишечника, уточнения степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости. Обследование больных целесообразно проводить по определенной диагностичес-

кой программе, которая состоит из последовательного выполнения определенных видов рентгенологической диагностики: обзорное исследование брюшной полости; фистулография через наружное отверстие кишечного свища; контрастное исследование приводящих и отводящих отделов желудочно-кишечного тракта. Ведущее место в рентгенологическом обследовании занимает фистулография, в процессе которой определяется локализация свища, характер свищевого хода, наличие возможных полостей гнойных «затек» [2]. При одновременном выполнении фистулографии и контрастировании приводящих отделов кишечника удается с большой наглядностью уточнить взаимоотношение наружного свищевого отверстия, петли кишки, несущей свищ, с отключенным фрагментом кишечной трубки. Это особенно важно для выбора оперативного доступа при выполнении восстановительной операции.

Для адекватной подготовки кожи передней брюшной стенки при наличии трофических изменений вокруг наружного свищевого отверстия нами в 9 случаях использовались лечебные пластины, изготовленные из медицинского поливинилформала марки «Фармасорб» – высокопористого биологически инертного материала, обладающего большой степенью водопоглощения. При обработке материала «Фармасорб» раствором антисептика из него моделируются лечебные пластины произвольной формы, накладываемые на зоны трофически измененных кожных покровов. Смена пластин из поливинилформала проводится ежедневно в течение 7-10 дней. Применение лечебных пластин для защиты кожных покровов вокруг наружного свищевого хода позволяет в течение короткого времени ликвидировать явления парастомического дерматита и подготовить больных к плановому оперативному вмешательству (патент №2124903 от 20.01.1999 г.).

Восстановительные операции по закрытию послеоперационных наружных лечебных свищей считаются операциями «высокой степени инфицированности» [3, 6]. С кожных покровов наружного свищевого отверстия выделяются множественные резистентные штаммы *P.aeruginosae*, *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus vulgaris*, устойчивые к полусинтетическим пенициллинам, цефалоспорином 1-2 поколений, аминогликозидам 1-2 генерации. В связи с этим целесообразно проводить интраоперационную антибактериальную профилактику послеоперационных гнойных осложнений. Стандартная схема антибиотикопрофилактики заключается во внутривенном дробном введении в процессе операции цефотаксима (клафорана) – по 1,0 при каждом разрезе и при ушивании операционной раны в сочетании с метронидазолом (метрогилом) 500 мг внутривенно в момент формирования межкишечного анастомоза. В послеоперационном периоде в течение 5-7 дней целесообразно назначение антибактериальных препаратов, подобранных в соответствии с чувствительностью микробной флоры в зоне наружного свищевого отверстия.

При выполнении восстановительных операций с целью закрытия лечебных кишечных свищей, сформированных в процессе лечения гнойно-септических заболеваний органов брюшной полости, мы являемся сторонниками внутрибрюшных способов закрытия кишечного свища. Внутрибрюшные операции выгодно отличаются от внебрюшинных своей радикальностью, возможностью адекватной мобилизации приводящих и отводящих отделов кишки в условиях выраженного послеоперационного спаечного процесса. Внебрюшинные операции в качестве исключения возможно выполнять при наличии двустольных неосложненных колостом у пожилых больных с различной соматической патологией.

Особое внимание при закрытии лечебных послеоперационных кишечных свищей уделяется выбору основного оперативного доступа, который определяется на основании анализа данных комплексного рентгенологического обследования пациентов. Мы считаем возможным выполнение операции с формированием межкишечного анастомоза из небольшого локального доступа в зоне локализации наружного свищевого отверстия при условии топографо-анатомической близости приводящих и отводящих отделов кишечника, рентгенологически выявленных диастазах между анастомозируемыми отделами кишки не более 5 см, при отсутствии патологических изменений в отводящих отделах кишечного тракта (см. рисунок). При выполнении операции из локального доступа удастся избежать мобилизации всей тонкой кишки из рубцово-спаечного процесса и выполнения травматичной процедуры ее трансназальной интубации. Такие операции в группе наблюдения удалось выполнить у 98 больных с формированием илеоасцендоанастомоза по типу «конец-в-бок» (при закрытии илеостомы у 64 пациентов) и толстокишечного анастомоза по типу «конец-в-конец» (при закрытии колостомы у 34 пациентов).



Рис. Рентгенологическое обоснование выполнения восстановительной операции из локального доступа.

При выраженном спаечном процессе в брюшной полости, рентгенологически выявленном значительном диастазе между приводящими и отводящими отделами кишечного тракта, а также в случае наличия патологических изменений в отводящих отделах кишки методом выбора оперативного доступа является срединная лапаротомия, во время которой выполняется полное разделение спаек, мобилизация тонкой кишки на всем протяжении, по показаниям проводится ее назоинтестинальная интубация. В случае выполнения операции из срединного доступа (58 больных) при наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости у всех больных анализируемой группы проводится тщательное разделе-

ние внутрибрюшных спаек и мобилизация тонкой кишки на всем протяжении.

Назоинтестинальная интубация тонкой кишки выполнена у 22 больных (37,9%), хирургическая коррекция патологии отводящего отдела кишечника (правосторонняя гемиколэктомия, резекция ободочной кишки, пластика стриктуры кишки по Мельникову) – у 7 пациентов. Интубационный зонд в послеоперационном периоде оставляем до полного восстановления моторики пищеварительного тракта (5-7 суток).

В рассматриваемой группе больных отмечено 3 летальных исхода (1,9%) – один больной умер в результате прогрессирования послеоперационного перитонита на фоне несостоятельности толстокишечного анастомоза, двое скончались на фоне декомпенсации соматической патологии в послеоперационном периоде.

Послеоперационные осложнения выявлены у 23 больных (14,7%): нагноение послеоперационной раны – 14 наблюдений, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 5, частичная несостоятельность межкишечного анастомоза – 4. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость отмечена у больных без интубации тонкой кишки или при миграции интубационного зонда. Во всех случаях больным выполнена релапаротомия, разделение спаек, интубация тонкой кишки. Частичная несостоятельность межкишечных анастомозов различных локализаций излечена консервативными мероприятиями в сочетании с пункционной санацией ограниченных гнойно-воспалительных коллекторов брюшной полости под ультразвуковым контролем.

В послеоперационном периоде всем больным, имевшим инвалидность, в течение года инвалидность снята, пациенты вернулись к активной трудовой деятельности.

Соблюдение описанных выше теоретических и практических принципов хирургического лечения больных с послеоперационными лечебными кишечными свищами, сформированными в процессе лечения гнойно-воспалительных процессов брюшной полости, позволяет в значительной степени улучшить результаты хирургического лечения этой патологии и имеет выраженный социально-экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение несформированных тонкокишечных свищей / Материалы городского семинара НИИСП им. Н.В.Склифосовского. – М., 1998. – 36 с.
2. Жабановский В.Е., Сорочан Г.И., Темиряну Е.А. // Хирургия. – 1990. – №2. – С.119-123.
3. Захарченко А.А., Штоппель А.Э. // Пробл. колопроктол. – 2000. – Вып.17. – С.69-75.
4. Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Тарасов А.А. // Актуальные проблемы колопроктологии / Материалы науч. конф. – 2005. — С.219-220.
5. Макаренко Т.П., Богданов А.В. // Свищи желудочно-кишечного тракта. – М., 1986. – 144 с.
6. Нестеров И.В., Пак В.Е., Тунгусова Н.В., Григорьев Е.Г. // Хирургия. – 1998. – №2. – С.26-27.
7. Рудин Э.П., Богданов А.В., Кошелев А.П. и др. // Хирургия. – 1991. – №5. – С.56-60.
8. Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М. и др. // Колопроктология. – 2004. – №1. – С.3-6.
9. Федоров В.Д., Саркисов Д.С., Цвиркун В.В. // Хирургия. – 1994. – №10. – С.36-39.