

Н.А. Никитин, Д.А. Караулов, В.А. Мальцев, С.Ф. Филинков

НЕКОТОРЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ДРЕНАЖНО-ПОЛИМЕРНОГО ВАКУУМНОГО ТАМПОНА В ЛЕЧЕНИИ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Кафедра факультетской хирургии КГМА МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка

Проблема лечения несформированных тонкокишечных свищей является одной из наиболее сложных и до настоящего времени окончательно не решенных проблем абдоминальной хирургии [2, 5, 7, 8, 9, 12]. Частота встречаемости этого осложнения, по данным различных авторов, варьирует от 0,02 % до 0,3 % [3, 4, 10, 11]. Общая летальность при этой патологии составляет от 2,8 % до 34% [2, 7, 9, 12], а послеоперационная достигает 55-72 % [7].

В настоящее время предложено большое количество способов лечения несформированных тонкокишечных свищей [1, 5, 6, 9, 13], что еще раз подчеркивает сложность и актуальность проблемы.

Поиск новых путей решения проблемы заставил нас критически пересмотреть вопросы дренирования области свища и эвакуации при этом кишечного содержимого и привел нас к созданию устройства для дренирования несформированных свищей и разработке на его основе способа их лечения (заявки на изобретения №№ 98103531 и 98103534 от 11.03.98г.).

Устройство имеет форму трехслойного комбинированного тампона, наружный слой которого представлен изоляционным материалом, средний - полимерным, внутренний - биологически-активным. В тампон внедрен дренаж с колбообразным расширением на конце, параллельно и по бокам которого проведены две антиразряжающие трубки меньшего диаметра, заканчивающиеся в колбообразном расширении последнего. Они обеспечивают исключение присасывания тканей в зоне свища к основному дренажу и внутренней поверхности тампона за счет поступления через них в колбообразное расширение основного дренажа воздушных струй, противоположно направленных вектору разряжения, создаваемого вакуум-отсосом.

Способ лечения несформированных свищей с помощью предложенного устройства осуществляют следующим образом. Ножницами по размерам раны или канала, несущих кишечный свищ, моделируют комбинированный трехслойный тампон из материалов, предварительно прошедших стерилизацию известными методами. В сформированный тампон внедряют дренаж с колбообразным расширением на конце и двумя фиксированными к нему антиразряжающими трубками, заканчивающимися в указанном колбообразном расширении. Полностью смоделированный тампон в сжатом состоянии вводят в рану или полость со свищом таким образом, чтобы колбообразное расширение находилось напротив свища. Основную дренажную трубку подключают к вакуум-отсосу.

Способ применяется нами как в качестве основного при консервативном лечении несформированных свищей, так и дополнительного методов лечения на этапах предоперационной подготовки и послеоперационного периода при оперативном лечении несформированных свищей. Следует отметить, что в процессе лечения необходима периодическая смена тампона каждые три-четыре дня и проведение интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии направленной на коррекцию гомеостаза.

Приводим описание отдельных наблюдений.

Больной П., 68 лет, ИБ №1361, поступил во 2-е хирургическое отделение Северной городской клинической больницы 5.12.90 г. в 17.30 с подозрением на острый мезентериальный тромбоз. В процессе наблюдения у больного развилась клиника перитонита. 6.12.90 г. в 9.30 взят на операцию.

При лапаротомии в брюшной полости гнойный выпот в количестве до 400 мл, обширный некроз тонкой кишки. Диагностирован тромбоз верхней брыжеечной артерии. Случай признан неоперабельным. Операция закончена санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде клиника перитонита сохранялась, но общее состояние больного не ухудшалось, в связи с чем он 8.12.90 г. повторно взят на операцию для ревизии органов брюшной полости и решения вопроса о возможности резекции тонкой кишки. На операции: тонкая кишка до 1,8 метра от связки Трейтца обычной окраски с единичными нитями фибрина, дальше кишка гангренизирована на протяжении до 3,5 метров, участок подвздошной кишки до 30 см от илеоцекального угла жизнеспособен, имеется некроз правой половины сальника. Выполнены субтотальная резекция тонкой кишки с формированием конце-концевого анастомоза, резекция большого сальника, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело, несмотря на интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную и иммунотерапию, коррекцию гидроионных и белковых нарушений на 7-е сутки возникла эвентрация, на 11-е несостоятельность швов анастомоза. При осмотре: в области средней трети послеоперационной раны полость 12х5х4см, содержащая кишечное отделяемое, на дне ее находятся петли тонкого кишечника с фибрином. Диагностирована недостаточность швов анастомоза на участке 0,5 см длиной. В рану поставлен дренажно- полимерный вакуумный тампон. В 1-е сутки эвакуировано 1000 мл кишечного содержимого. В последующие 7 суток количество отделяемого постепенно снизилось до 500 мл. Через три недели от начала аспирации количество эвакуируемого кишечного отделяемого снизилось до 200 мл за сутки. Рана очистилась, выполнялась грануляциями. 17.01.91 г. с целью уменьшения раневой полости и локализации процесса больному произведена операция: пластика раны брюшной стенки местными тканями до свища. В рану поставлен новый дренажно- полимерный вакуумный тампон меньших размеров, аспирация продолжена. В течении последующих 3 суток количество отделяемого снизилось до 100 мл. Состояние больного стало удовлетворительным, расширен двигательный режим. Аспирация проводилась еще в течении 7 суток, количество отделяемого из свища уменьшилось до 40-50 мл, а потом прекратилось совсем. Тампон удален, свищ полностью закрылся. Больной выписан в удовлетворительном состоянии 8.02.91 г. после полного заживления раны вторичным натяжением.

Больной К., 35 лет, ИБ №829, госпитализирован во 2-е хирургическое отделение Северной городской клинической больницы г. Кирова 3.06.92 г. Из анамнеза установлено: 3.05.92 г. он поступил в хирургическое отделение отделенческой больницы Горьковской железной дороги г. Кирова с диагнозом: тупая травма живота с разрывом двенадцатиперстной кишки, тела поджелудочной железы, селезенки, брыжейки тощей кишки с некрозом участка кишки и брыжейки поперечно-ободочной кишки без некроза, шок III степени. При поступлении выполнена операция: лапаротомия, спленэктомия, ушивание разрывов двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, брыжейки поперечно-ободочной кишки, резекция тощей кишки с формированием гастроэнтероанастомоза на петле по Ру, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде на 5-е сутки после операции открылись дуоденальный и множественные свищи поперечно-ободочной кишки.

При поступлении в Северную городскую клиническую больницу состояние больного тяжелое, адинамичен. Кожные покровы и склеры с желтушным оттенком, тургор снижен. Пульс - 96 уд. в мин., АД - 130/80 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика кишечника выслушивается. В нижнем углу послеоперационной раны имеется дефект 6х3х2см, через который выделяются желчь и кишечное содержимое с каловым запахом. Кожа в окружности раны резко мацерирована. В целях предоперационной подготовки в рану поставлен дренажно-полимерный вакуумный тампон, начата интенсивная инфузионно- трансфузионная терапия. После 24-часовой подготовки состояние больного улучшилось, подтекания содержимого свищей помимо тампона не отмечается, явления мацерации кожи значительно уменьшились. Общее количество отделяемого составило 900мл. 4.06.92 г. взят на операцию. Выполнены резекция поперечно-ободочной кишки с формированием двух концевых трансверзостом, резекция забрюшинной части двенадцатиперстной кишки со свищем, дуоденоюноанастомоз по Робинсону с энтероэнтероанастомозом, холецистостомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело. В течение 6 суток больной находился на аппаратном дыхании. Проводилась интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная и

иммунотерапия, коррекция гидроионных и белковых нарушений. По разрешении пареза кишечника с 4-х по 10-е сутки проводилось искусственное зондовое питание с переходом с 11-х суток на пероральный прием пищи. Дренажи удалены на 10-12 сутки, холецистостома - на 14-е. Заживление раны вторичным натяжением. Выписан на амбулаторное лечение на 21-е сутки после операции.

Больной Р., 49 лет, ИБ №16433, поступил во 2-е хирургическое отделение МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка 5.04.99 г. с инфильтратом послеоперационного рубца после аппендэктомии по поводу хронического резидуального аппендицита. 9.04.99 г. выполнена ревизия инфильтрата, гноя не получено. Проводилось консервативное лечение, однако состояние больного постепенно ухудшалось, нарастали признаки гнойной интоксикации, 13.05.99 г. в ране появилось тонкокишечное отделяемое. Диагностирован не сформированный тонкокишечный свищ, дренирующийся через гнойную полость. 18.05.99г. выполнена фистулография: контраст поступает в петли тонкого кишечника. В этот же день произведены ревизия раны и вскрытие гнойного затека, выявлена гнойная полость 5х5см размерами, дном ее является тонкая кишка со свищевым отверстием на боковой стенке до 0,7-0,8 см, из которого выделяется кишечное содержимое. В течение последующих двух суток количество отделяемого из свища за сутки превысило 400- 500мл, кожа в окружности резко мацерировалась. 20.05.99 г. в рану поставлен комбинированный дренажно-полимерный вакуумный тампон. На 3-й сутки от начала аспирации явления мацерации кожи полностью купировались, в течение недели количество отделяемого постепенно снизилось до 100 мл, рана уменьшилась в размерах. Через две недели состояние больного значительно улучшалось, количество отделяемого снизилось до 10 мл, и постепенно прекратилось совсем. 13.06.99 г. тампон удален из раны. В дальнейшем проводилось местное лечение раны, дисбактериоза и спаечной болезни. 27.08.99 г. после полного заживления раны вторичным натяжением больной был выписан под амбулаторное наблюдение хирурга.

Больная С., 67 лет, ИБ № 15614, поступила во 2-е хирургическое отделение МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка 8.04.99 г. с подозрением на опухоль толстой кишки. При обследовании выявлен рак слепой кишки, и 19.04.99 г. больной выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны. При ревизии раны удалено 40 мл гноя, она санирована и тампонирована. На 15-е сутки после операции в ране появилось обильное тонкокишечное отделяемое до 750 мл. В последующие несколько дней состояние больной прогрессивно ухудшалось, кожа вокруг раны резко мацерировалась. 12.05.99 г. в рану поставлен комбинированный дренажно- полимерный вакуумный тампон, начата активная аспирация. В течение 3-х суток эвакуировано по 500 мл кишечного содержимого, явления мацерации кожи полностью купировались. На 5-й день от начала аспирации рана уменьшилась в размерах очистилась, появились грануляции. Через две недели от начала аспирации состояние больной стало удовлетворительным, количество эвакуируемого кишечного отделяемого снизилось до 100-150 мл. В течение последующих трех недель количество отделяемого из свища постепенно уменьшалось до полного прекращения. Тампон удален из раны. Больная выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии 7.07.99 г. с гранулирующей раной размерами 2х2см. Полное заживление раны через две недели после выписки.

Таким образом, предложенное устройство для дренирования и разработанный на его основе способ лечения несформированных свищей представляет несомненный практический интерес и могут быть рекомендованы для широкого применения в практике лечения несформированных свищей тонкой кишки

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Бурцев А.Н., Буценко В.Н., Антошок С.М. Лечение несформировавшихся кишечных свищей поролоновой губкой// Вестн. хир.-1978.-№12.-С.65-67.
- 2.Буценко В.Н., Антошок С.М., Антошок О.С. Тактика хирурга при лечении наружного кишечного свища// Клин. хир.-1995.-№2,- С.23-24.
- 3.Дешкевич В.С. Кишечные свищи: Этиология, патогенез, диагностика и лечение.- Минск: Беларусь, 1985.-126 с.
- 4.Ивашкевич Г.А., Макаруха И.А. Хирургическая тактика при кишечных свищах// Клин. хир.-1969.-№6.-С.25-28.
- 5.Каншин Н.Н. Лечение несформированных свищей тонкой кишки в условиях гнойного перитонита// Хирургия.-1998.-№10.- С.37-40.

6.Кузнецов В.И., Девятое В.А., Павлов Ю.И. Применение поролоновых обтураторов и ультразвуковой кавитации в лечении кишечных свищей// Вестн. хир.-1987.-№11,- С. 82-84.

7.Ломоносов А.Л., Соколов Ю.С., Голубев А.А., Еремеев А.Г., Бондаренко С.П., Волков С.В. Комплексное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами после панкреатодуоденальной резекции// Казан, мед. журн.-1997.-№1.-С.52- 53.

8.Марахонич Л.А., Сахаров А.В., Москалик В. А., Лютов Р.В. Успешное лечение больного с множественными кишечными свищами//Воен.-мед. журн.-1998.-№12,-С.42.

9.Нармухамедов Р.М., Наджмитдинов Н.Н., Махмудов З.У., Уралов М.М. Наружные кишечные свищи/7 Вестн. хир.-1979.-№6,- С.74-77.

Ю.Нихинсон Р.А., Филькин Т.Н. Лечение несформированных наружных кишечных свищей//Хирургия,-1997.-№8.-С.53-56.

11.Рой В.П., Кебуладзе И.М. Лечение послеоперационных наружных кишечных свищей// Клин. хир.-1979.-№2.-С.45-47.

12.Рудин Э.П., Богданов А.В., Кошелев А.П., Курилович В.К., Чернышов В.С. Тактика лечения наружных свищей желудочно- кишечного тракта// Хирургия.-1991.-№5.- С.56-60.

13.Шарапов В.Ф., Кривошеков Е.П. Обтурация и локальный диализ при несформированных свищах кишечника// Клин. хир.-1985.-№2.-С.52-53.

SOME EXPERIENCE IN USE OF A
COMBINED POLYMERIC VACUUM- DRAINAGE DEVICE IN TREATMENT FOR UNDEVELOPED
SMALL INTESTINAL FISTULAE N. A. Nikitin, D. A. Karaulov, V. A.
Maltsev, S. F. Filinkov Kirov State Medical Academy

A combined polymeric vacuum- drainage device was designed for conservative treatment of undeveloped small intestinal fistulae. The construction allowed to improve both aspiration and quantitative control of fistulae effusion. In four clinical cases advantages of the new device were confirmed.