

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕРНИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ У БОЛЬНЫХ СО СФОРМИРОВАННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Белоконев В.И.¹, Пушкин С.Ю.², Житлов А.Г.¹,
Ковалева З.В.³, Ключев К.Е.¹, Кузнецов О.Е.⁴

УДК: 617.55-007.43:616.33/.34-007.253

¹Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»,

²ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина»,

³ММУ «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова» г.о. Самара,

⁴НУЗ «Узловая больница ст. Сызрань-1», Самарская обл., г. Октябрьск

Резюме

Проведен анализ лечения 645 больных с вентральными грыжами, у 18 из них было сочетание грыжи со свищами ЖКТ 5 типа. Операция включала грыжесечение, внутрибрюшной этап и закрытие брюшной полости с помощью герниологических приемов. Внутрибрюшной этап зависел от уровня расположения свища, места его формирования или выведения. Для закрытия брюшной полости были использованы приемы комбинированных ненапряжных способов герниопластики. Осложнений со стороны брюшной полости при устранении свищей ЖКТ не было, что подтверждает эффективность такого подхода при лечении больных с данной патологией.

Ключевые слова: грыжа, кишечные свищи, ненапряжная протезирующая герниопластика.

APPLICATION OF HERNIOLOGIC TECHNOLOGIES AT PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL FISTULA

Belokonev V.I., Pushkin S.Yu., Gitlov A.G.,
Kovaleva Z.V., Kluyev K.E., Kusnetsov O.E.

The analysis of treatment of 645 patients with abdominal hernia was carried out 18 of them have combination of hernia and 5 type fistula. The operation includes herniotomy, intraabdominal period and abdominal cavity closure with herniologic technologies. Intraabdominal period depends of level of fistula and its site. For closure of abdominal cavity we used technologies of nonstrain hernioplasty. There were no intraabdominal complications and that confirm the efficacy of such approach in the treatment of patients with this pathology.

Keywords: hernia, intestinal fistula, nonstrain prosthetic hernioplasty.

Сформированные свищи желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) относятся к свищам 5 типа. Они делятся на свищи, сформированные с лечебной целью, и свищи, являющиеся исходом преобразования свищей других типов [3]. Наблюдения показывают, что у значительного числа пациентов свищи сочетаются с послеоперационными грыжами, что не случайно, так как они формируются в условиях перитонита или острой кишечной непроходимости [2, 4, 5]. Формирующаяся грыжа у больных со свищами ЖКТ является следствием нагноения послеоперационной раны при стремлении окончательно закрыть брюшную полость либо следствием временного закрытия брюшной полости путем формирования лапаростомы [1, 6]. В этой связи на этапе выполнения реконструктивного вмешательства, направленного на закрытие свища, сложность операции определяется необходимостью выполнения грыжесечения, устранения свища и закрытия дефекта в брюшной стенке [8]. Адекватное выполнение такого объема операции невозможно без использования современных герниологических приемов [7].

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных со свищами ЖКТ 5 типа с помощью приемов, используемых при грыжесечении.

Материал и методы

Проведен анализ лечения 18 больных со свищами 5 типа, у которых они сочетались с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ). У 5 пациентов были сформированные свищи тонкой кишки; у 1 – желудка, у

6 – толстой кишки; у 6 – множественные тонко-толсто-кишечные свищи.

У 16 больных со свищами были срединные грыжи, у 2 – боковые. Все грыжи были больших (W_3) и огромных (W_4) размеров.

Техника операций при сочетании у больных свищей 5 типа и ПВГ состояла из этапа грыжесечения, внутрибрюшного этапа и заключительного этапа, во время которого брюшную полость закрывали с помощью герниологических приемов.

При расположении свища в стороне от зоны грыжевого мешка этап грыжесечения выполняли традиционно, последовательно выделяя грыжевой мешок и грыжевые ворота, после чего вскрывали грыжевой мешок.

Если свищ был расположен в зоне грыжевого мешка, то после герметизации свища путем его наружного прошивания подход к грыжевому мешку осуществляли в стороне от свища, для чего окружающую его кожу рассекали двумя окаймляющими разрезами. Обнажив оболочки грыжевого мешка, его выделяли до грыжевых ворот. Вскрытие грыжевого мешка проводили на малоизмененном участке так, чтобы не повредить подходящие к нему петли кишечника.

Внутрибрюшной этап операции включал мобилизацию петли кишки, несущей свищ, а затем мобилизацию тонкой кишки от связки Трейца до слепой кишки.

При толстокишечных свищах, расположенных в стороне от грыжевого мешка, тактика была следующая. При двустольной колостоме первым этапом стреми-

лись закрыть свищ внебрюшинным способом, а вторым этапом выполняли грыжесечение. При одностольной колостоме реконструктивную операцию выполняли в один этап. Закрытие колостомы зависело от ее локализации. Наиболее часто выполняли коло-сигмо-анастомоз, коло-колоанастомоз.

При свищах подвздошной кишки формировали илео-цекоанастомоз (конец в бок), илео-трансверзаанастомоз (бок в бок), илео-сигмоанастомоз (конец в бок). Формирование анастомозов бок в бок считали принципиально важным для того, чтобы избежать ангуляции между брыжейками мезоколон и тонкой кишки. Расположение анастомоза в таких случаях бок в бок создает плавный переход между указанными анатомическими образованиями.

Заключительный этап операции, направленный на закрытие брюшной полости, выполняли с помощью приемов, используемых в герниологической практике. Это связано с тем, что традиционное ушивание брюшной стенки, когда края лапаротомной раны сближаются с помощью швов, наложенных на апоневроз, в том числе и в зоне грыжевых ворот, приводит к повышению внутрибрюшного давления, что отрицательно влияет на условия регенерации тканей в области сформированного или сформированных соустьев, повышая тем самым риск их несостоятельности. Для закрытия брюшной полости мы использовали приемы комбинированных ненапряжных способов герниопластики («Способ герниопластики при срединных грыжах живота» В.И. Белоконов, Д.В. Белоусов, И.К. Александров, Б.Д. Грачев, А.Н. Махова, патент РФ № 2123292 от 20.12.98 г., «Способ герниопластики при больших и гигантских грыжах по Белоконову В.И.» В.И. Белоконов, С.Ю. Пушкин, патент РФ № 2137432 от 20.09.99 г.), суть которых сводится к мобилизации передних листков влагалищ прямых мышц живота к их рассечению по всему периметру и развороту на 180°. Благодаря таким действиям при сшивании медиальных листков брюшную полость без каких-либо натяжений удается закрыть при размерах грыжевых ворот более 16 см.

Следует подчеркнуть, что при локализации зоны свища со стороны от грыжи такой прием позволяет закрыть без натяжения дефект в брюшной стенке, который образуется вследствие отделения от нее свища.

При выполнении описанных выше оперативных вмешательств в обязательном порядке дренировали брюшную полость и зону пластики брюшной стенки, используя для этого трубку от одноразовых систем диаметром 5 мм.

Результаты и их обсуждение

Все больные с грыжами и сформированными свищами ЖКТ (18) перенесли операцию. У 3 пациентов с двустольными колостомами, располагающимися в стороне от грыжи, вначале свищи были закрыты внебрюшинным способом, а вторым этапом было выполнение грыжесечения с закрытием дефекта в брюшной стенке

комбинированным способом по 1 варианту. У 15 пациентов с концевыми еюно-, илео- и колостомами была выполнена герниолапаротомия по вышеизложенному варианту с устранением свищей по одному из вариантов. Хотя эти операции представляли вмешательства высочайшей степени сложности, все больные перенесли их с закрытием дефектов в брюшной стенке комбинированным способом.

До настоящего времени в литературе дискутируется вопрос о возможности использования синтетических эндопротезов у больных с гнойно-септическими осложнениями заболеваний. При этом на практике мы наблюдали ситуации, когда их применение было абсолютно необходимо для завершения операции. Наш опыт показал допустимость такого безопасного и эффективного подхода с использованием эндопротезов на основе полипропилена.

Больной Е., 1982 г.р., госпитализирован 09.12.08 с диагнозом: гигантская послеоперационная вентральная грыжа срединной локализации (MW_4R_0); функционирующая илеостома, состояние после субтотальной колэктомии по поводу панкреатогенной флегмоны с распространением на брыжейку мезоколон; спаечная болезнь брюшной полости. Из анамнеза установлено, что больной заболел 17.03.08 после нарушения диеты, употреблял в большом объеме слабоалкогольные напитки (пиво). 25 марта 2008 года был доставлен родственниками в больницу, где выставлен диагноз: острый панкреатит, панкреонекроз, распространенная парапанкреатическая флегмона забрюшинного пространства с переходом на брыжейку мезоколон и боковые каналы брюшной полости, распространенный перитонит. 01.04.08 выполнена лапаротомия и санация брюшной полости, 02.04.08 – релапаротомия I, редренирование, некрэктомия и формирование лапаростомы. В связи с прогрессированием панкреонекроза 05.04.08 – релапаротомия II, субтотальная колэктомия (рис. 1) с выведением илеостомы в правое подреберье, интубация ЖКТ, сквозное дренирование области поджелудочной железы, лапаростомия. Послеоперационное течение тяжелое, но явления перитонита и панкреатогенная флегмона были купированы. В дальнейшем больному проводили этапные некрэктомии поджелудочной железы. Рана брюшной стенки и лапаростомы заживали вторичным натяжением, что потребовало свободной пересадки кожи на фиксированные в ране петли тонкой кишки.

У больного сформировалась послеоперационная вентральная грыжа с фиксированными к коже петлями тонкой кишки и функционирующей илеостомой (рис. 2 А, Б). К декабрю 2008 года больного удалось подготовить к реконструктивному этапу операции (масса тела увеличилась с 40 до 60 кг). 11.12.08 выполнено герниолапаротомия, устранение хронической тонкокишечной непроходимости, резекция участка тонкой кишки, прикрытой кожей после аутодермопластики, наложение энтеро-энтероанастомоза «конец в конец», устранение илеостомы, формирование илеосигмоанастомоза «конец



Рис. 1. Больной Е., 1982 г.р., этап операции по поводу панкреонекроза и распространенной парапанкреатической флегмоны забрюшинного пространства с переходом на брыжейку мезоколон и боковые каналы брюшной полости, распространенного перитонита

в бок», санация, дренирование брюшной полости, пластика брюшной стенки по 2 варианту комбинированного способа. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан домой (рис. 2 В, Г) в удовлетворительном состоянии 24.12.08 под наблюдение хирурга по месту жительства.

Больной находился под постоянным наблюдением. При осмотре в июне 2010 года жалоб не предъявляет, масса тела составляет около 80 кг, социально полностью адаптирован, работает.

Больная Б., 1959 г.р., госпитализирована 04.09.07 с диагнозом: острая тонкокишечная непроходимость. Спеченная болезнь брюшной полости. В экстренном порядке выполнено: лапаротомия, разделение спаек, устранение кишечной непроходимости, назоинтестинальная интубация ЖКТ, дренирование брюшной полости. 10.09.07 на



Рис. 2. Больной Е., реконструктивно-восстановительная операция на этапе устранения илеостомы и послеоперационной вентральной грыжи: А, Б – до операции; В, Г – перед выпиской после операции

6 сутки после операции по дренажам появилось кишечное отделяемое, в связи с чем больная была оперирована повторно. После ревизии и санации брюшной полости выполнена резекция участка подвздошной кишки, несущей свищ, и была сформирована двуствольная илеостома в правой паховой области, через которую произведена интубация ЖКТ. Операция была завершена формированием лапаростомы с помощью большого сальника путем подшивания его к апоневрозу по всему периметру лапаротомной раны.

После стихания воспалительного процесса в брюшной полости для восстановления непрерывности ЖКТ больной 02.10.07 предпринята реконструктивно-восстановительная операция (рис. 3 А).

Однако из-за выраженной деформации и инфильтрации приводящих и отводящих участков подвздошной кишки технически выполнить это не удалось. Доступ в брюшную полость был расширен. При этом выявлен тотальный спаечный процесс, не позволяющий освободить петли кишечника из сращений. Поэтому отводящий участок подвздошной кишки был ушит, а приводящий – анастомозирован «конец в бок» с нисходящей ободочной кишкой (рис. 3 Б). Операция завершена закрытием дефекта в брюшной стенке комбинированным способом по 2 варианту (рис. 4 А, Б)

Послеоперационный период протекал гладко. 13.10.07 сняты все швы, дренажи удалены. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга

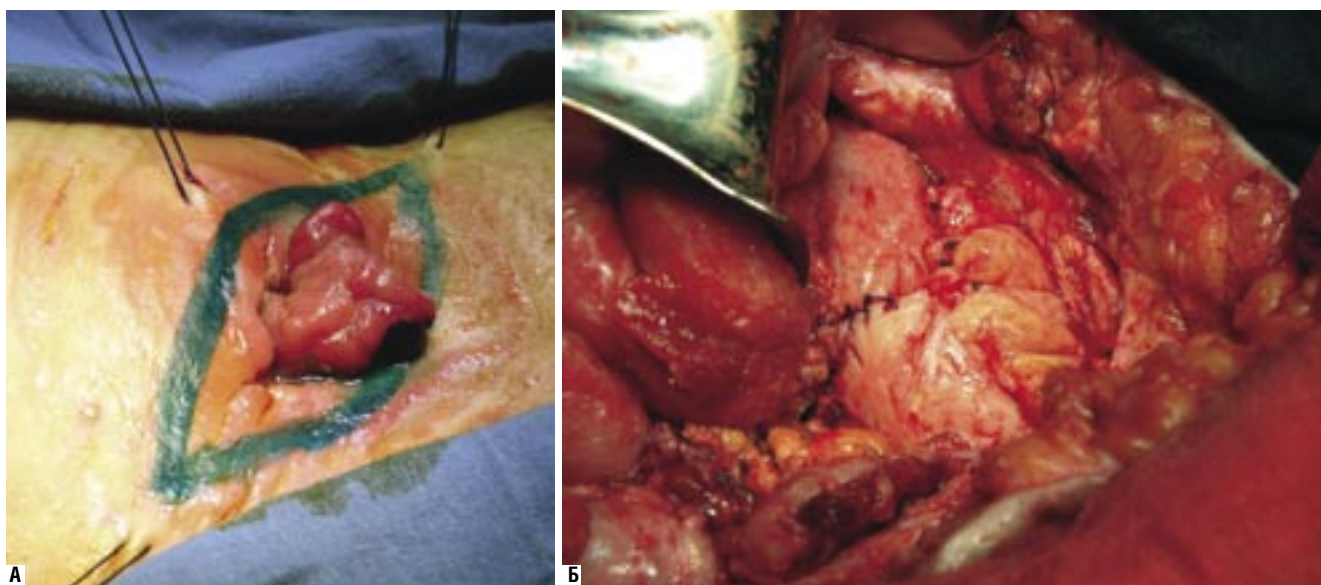


Рис. 3. Этапы реконструктивно-восстановительной операции у больной Б.: А – вид двуствольной раздельной илеостомы в правой паховой области, вокруг которой кожа изменена за счет пептического дерматита; Б – выделение приводящего участка подвздошной кишки и формирование илеодесцендоанастомоза «конец в бок»

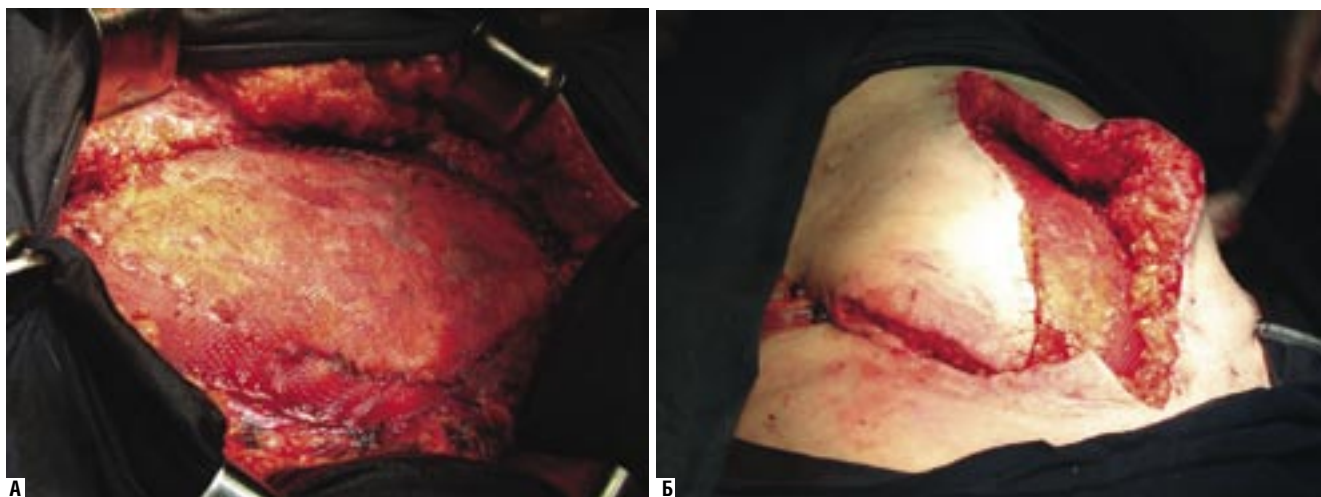


Рис. 4. Этапы реконструктивно-восстановительной операции у больной Б.: А, Б – этапы закрытия брюшной стенки комбинированным способом по 2 варианту

по месту жительства. Осмотрена в 2010 году, социально адаптирована, данных за рецидив заболевания не выявлено.

Таким образом, проведенный нами анализ и примеры свидетельствуют о целесообразности применения герниологических приемов при лечении больных с ПВГ и свищами ЖКТ 5 типа. Отсутствие осложнений со стороны брюшной полости при устранении свищей ЖКТ на фоне закрытия дефекта в брюшной стенке ненатяжными способами герниопластики свидетельствует о правильности такого подхода при лечении больных с данной патологией.

Литература

1. Анестезиологические и хирургические аспекты вентропластики после многократных релапаротомий при перитоните [Текст] / Ю.В. Кучин [и др.] // Герниология. — 2007. — № 2. — С. 13–15.
2. Баранов Г.А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости [Текст] / Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. — 2006. — № 7. — С. 56–60.
3. Белоконов В.И., Измайлов Е.П. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта [Текст] / В.И. Белоконов, Е.П. Измайлов. — Самара: Перспектива, 2005. — 240 с.
4. Воронов А.Н. Особенности послеоперационных грыж после хирургического лечения осложнений инфицированного панкреонекроза [Текст] / А.Н. Воронов // Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии : материалы II Междунар. конф. — М., 2010. — С. 149–151.
5. Лубянский В.Г. Эффективность лечения конгломератных форм спаечной кишечной непроходимости с применением еюнотранsverзоанастомоза [Текст] / В.Г. Лубянский, И.Б. Комлева // Хирургия. — 2009. — № 3. — С. 29–32.
6. Натяжная герниопластика при больших послеоперационных вентральных грыжах, осложненных ущемлением и острой спаечной кишечной непроходимостью [Текст] / В.П. Сажин [и др.] // Герниология. — 2006. — № 2. — С. 34–36.
7. Тимошин А.Д. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст] / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, Е.А. Голота // Герниология. — 2007. — № 2. — С. 33–36.
8. Федоров В.Д. Морфофункциональные аспекты при лечении больных с кишечными свищами [Текст] / В.Д. Федоров [и др.] // Хирургия. — 1994. — № 10. — С. 12–15.

Контактная информация

Пушкин Сергей Юрьевич

ГУЗ «Самарская областная клиническая больница
им. М.И. Калинина»

Тел.: 8 (9277) 20-29-88, e-mail: serpuschkin@mail.ru