

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДЕНО»
НА ЗАСЕДАНИИ КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И
ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
ЗАВ. КАФ. АКАД. КАРИМОВ Ш.И.

Лекция

для студентов 4 курса лечебного факультета
по теме

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Написана на основе ЕМС

Лектор: проф. Асраров А.А.

Ташкент – 2006

Тема лекции: *Кишечные свищи*

Лекция посвящена: *для студентов 4 курса лечебного факультета*

Обоснование темы: Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно.

Цель лекции: ознакомить студентов с заболеваниями, приводящими к развитию кишечных свищей, особенностями клинического течения различных форм. Знакомство студентов с основными методами лечения кишечных свищей, ведением до – и послеоперационного периода, реабилитацией больных.

Воспитательные цели: Студенты должны знать о кишечных свищах, как о серьезной патологии хирургии, методах профилактики ее, осложнениях и понять всю важность, как изучения этой проблемы, так и значимость и удельный вес её в развитии подрастающего поколения и здоровье всего населения. Проблема выявления и лечения кишечных свищей – важная часть работы общей практики и многих др. специальностей.

Задачи лекции: Дать понятие о кишечных свищах. Объяснить причины и этиопатогенез развития заболеваний. Ознакомить студентов с современными, наиболее информативными методами обследования больных.

Вопросы, подлежащие разбору с указанием времени, отведенного на вопрос:

1. Дать понятие о кишечных свищах. – 5 мин.
2. Объяснить причины и этиопатогенез развития заболеваний. – 15 мин.
3. Дать клиническую картину вариантов возможного течения заболевания. Принципы современного лечения. – 35 мин.
4. Провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями. – 10 мин.
5. Ознакомить студентов с современными, наиболее информативными методами обследования больных. – 10 мин.

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величины дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наиболее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разрушительно.

Лечение кишечных свищей является наиболее трудным разделом хирургии желудочно-кишечного тракта. Если лечение сформированных кишечных свищей в какой-то мере можно признать уже хорошо разработанным разделом хирургии с выработанными четкими показаниями и противопоказаниями к оперативному лечению с относительно низкой послеоперационной летальностью, то в лечении больных с несформированными кишечными свищами много спорных и недостаточно разрешенных вопросов. Наиболее трудным является лечение высоких тонкокишечных свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, особенно протекающими на фоне перитонита, межкишечных абсцессов и непроходимости кишечника. В подобных случаях приходится решать не только сугубо хирургические задачи, но и проводить коррекцию патофизиологических нарушений водного, электролитного, белкового и ферментного обменов, восстановление функции пищеварительного тракта.

Этиология, патогенез и строение кишечных свищей. Причины образования кишечных свищей многообразны. Анализ литературы и собственные наблюдения позволили нам классифицировать кишечные свищи по этиологическому признаку

Кишечные свищи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные кишечные свищи встречаются относительно редко. Они являются следствием пороков развития желудочно-кишечного тракта. При аномалиях, связанных с задержкой обратного развития желточного протока, не происходит зарращения желточно-кишечного протока и кишечное содержимое выделяется наружу в области пупка. Кроме того различные нарушения в развитии анальной и ампулярной части прямой кишки приводят к тому, что конечный отдел кишечника открывается во влагалище, мошонку или в мочевого пузырь.

Особую группу составляют тонкокишечные свищи вследствие подвесной энтеростомии, выполненной в "классическом" виде, т. е. когда кишка не подшивается к брюшине, а фиксируется "подвешиванием" с помощью резиновой трубки к передней брюшной стенке в расчете на склеивание кишки с пристеночной брюшиной. Трубку удаляют на 8—10-е сутки. Свищ должен перестать функционировать и постепенно зажить, но, к сожалению, это бывает не всегда. В результате снижения пластических свойств брюшины у ослабленных больных кишка может отойти от передней брюшной стенки, и кишечное содержимое будет

поступать не только наружу, но и в брюшную полость. Нередко кишечный свищ после извлечения резиновой трубки не заживает в предусмотренный срок, а продолжает обильно функционировать и ведет к истощению и даже смерти больного.

Заболевания, которые могут привести к образованию самопроизвольных кишечных свищей, следующие: а) злокачественные опухоли (прободение кишки вследствие распада опухоли, развившейся как в самой стенке кишки, так и по соседству с ней); б) острые и хронические воспалительные процессы в органах брюшной полости (аппендикулярный инфильтрат, актиномикоз, брюшной тиф, туберкулез кишечника или других органов, язвенный колит, дивертикулит толстой кишки, терминальный илеит и др.); в) деструктивные изменения в стенке кишки, возникшие в результате расстройства кровообращения в ней (ущемленная грыжа, заболевания и повреждения сосудов брыжейки и др.). Во всех случаях наружные кишечные свищи самопроизвольно образуются лишь при условии, если пораженная петля кишки до прободения оказалась уже отграниченной от свободной брюшной полости и при дальнейшем развитии процесса содержимое кишки находит себе выход наружу через брюшную стенку. Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,92 [Грицман Ю. Я., 1972]. Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии.

Выделены две категории ведущих причин: первая — наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением кровообращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая — тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении послеоперационного периода. Одной из ведущих причин кишечных свищей после операции является прогрессирование основного гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого больной оперирован. Образование кишечных свищей наблюдается после вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости вследствие перфоративных неоперабельных злокачественных опухолей, запущенных форм острого аппендицита с нарастающей инфильтрацией, а иногда деструкцией купола слепой кишки. В таких случаях хирург опасается образования в послеоперационном периоде кишечного свища, но, несмотря на это, он даже способствует иногда его формированию, туго тампонируя илеоцекальную область, например, при кровотечении после аппендэктомии в стадии инфильтрата. Конечно, порой очень трудно точно сказать, что именно послужило причиной образования кишечного свища, так как часто имеется сочетание различных условий, предрасполагающих к данному осложнению (анемия, интоксикация, истощение). В таких случаях любая погрешность, допущенная во время операции или в послеоперационном периоде, может послужить предрасполагающим фактором к формированию кишечного свища. К тактическим ошибкам, влекущим за собой технические трудности, следует отнести неправильный выбор обезболивания.

Операции при деструктивных процессах в брюшной полости требуют общего обезболивания и хорошей релаксации мышц передней брюшной стенки.

Поэтому даже аппендэктомия при деструктивном процессе рекомендуется производить под наркозом. Доступ для такой операции должен быть достаточно широким. Неправильно выбранный доступ или небольшой разрез создают значительные трудности для операции и тщательной ревизии брюшной полости. Необходимо бережное обращение с тканями, измененными воспалительным процессом. При разделении спаек и выделении отростка следует строго следить, чтобы не повредить стенку кишки, поэтому выделение органа из плотного инфильтрата лучше не производить. Все десерозированные при выделении отростка участки кишечника следует перитонизировать. Во время любой операции объем оперативного вмешательства должен быть адекватным тем изменениям, которые обнаружены. Все сомнительные в отношении жизнеспособности ткани должны быть по возможности удалены, а межкишечный анастомоз следует накладывать только в пределах здоровых участков. Необходимы тщательный туалет брюшной полости и хорошее дренирование ее в послеоперационном периоде. Следует учитывать, что глухое зашивание раны брюшной стенки при воспалительном процессе часто приводит к нагноению с образованием кишечного свища. Из наиболее частых технических ошибок следует отметить грубую оперативную технику, излишнюю травматизацию мягких тканей и органов, чрезмерное "скелетирование" анастомозируемых концов кишки, сквозное прошивание стенки при наложении серо-серозных швов, а также случайное подшивание кишки к ране передней брюшной стенки при наличии раздутых петель и недостаточной релаксации мышц.

Строение кишечных свищей. кишечным свищом называется патологическое сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или внутренним органом. При внутреннем свище кишечное содержимое поступает в полость другого органа — в кишку, желчный пузырь и внепеченочные желчные ходы, мочевыводящие пути (мочеточник, мочевой пузырь) или во влагалище. При наружном свище кишечное содержимое поступает во внешнюю среду. Наружные кишечные свищи могут быть сформированными и несформированными. Несформированные кишечные свищи встречаются в ранние сроки своего образования, когда еще не ликвидирован гнойно-воспалительный процесс и имеется разлитой или ограниченный перитонит с признаками гнойной интоксикации. Истечение кишечного содержимого усугубляет все эти явления, а также вызывает обезвоживание организма, потерю электролитов и мацерацию кожи. Среди несформированных наружных кишечных свищей выделяют две разновидности: свищ через полость и зияющий свищ. Свищ через полость в ране не виден. Просвет его сообщается с внешней средой через полость, отграниченную от свободной брюшной полости спайками, либо открывается в глубокие карманы гнойной или гранулирующей раны. При зияющем свище слизистая оболочка или просвет кишки видны непосредственно в ране. Этот вид свищей обычно встречается на частично эвентрированных петлях кишечника и на дне гранулирующих ран. Сформированные кишечные свищи в свою очередь делят на губовидные, трубчатые и переходные. Губовидный свищ характеризуется тем, что слизистая оболочка кишки срастается с кожей и иногда выступает над ней, образуя как бы губу. В губовидном свище различают отверстие свища, несущую это отверстие переднюю стенку, заднюю стенку, приводящий и отводящий участки

кишки. Отверстие свища может быть различных размеров — от очень маленького, до нескольких сантиметров в диаметре. Через точечное отверстие кишечное содержимое может не выделяться наружу. Большое отверстие способствует выделению наружу почти всего кишечного содержимого. Передняя стенка кишки, принимающая участие в образовании свища, часто имеет форму воронки. Кишечное содержимое может поступать как наружу, так и в просвет отводящей кишки. В тех случаях, когда наружу выделяется не все кишечное содержимое, кишечные свищи называют неполными. При таких свищах как приводящий, так и отводящий участки кишки функционируют нормально, у больного бывает стул и выраженной атрофии в отводящей части кишки не наблюдается. В развитии и функционировании губовидных свищей большое значение имеет так называемая шпора — пролабирование задней стенки кишки через отверстие свища. Выхождению задней стенки кишки способствуют повышенное внутрибрюшное давление, большие размеры свищевого отверстия с наличием дефекта брюшной стенки, воспалительные процессы и рубцы. Шпора препятствует попаданию кишечного содержимого в отводящую часть кишки и способствует выделению всего кишечного содержимого наружу. Свищ становится полным.

В переходном свище одновременно имеются признаки как трубчатого, так и губовидного свища. Если в переходном кишечном свище грануляционная ткань станет рубцовой, возможна такая деформация свищевого отверстия, при которой часть слизистой оболочки кишки, спаянная с кожей, может иногда погрузиться вглубь, а свищ превратиться в трубчатый. И наоборот, гнойно-воспалительный процесс вокруг свищевого хода может привести к отторжению окружающих тканей, увеличению размеров свищевого отверстия, приближению слизистой оболочки кишки к коже. В дальнейшем возможно формирование губовидного свища.

Свищи кишечника могут быть простыми (неосложненными), когда стенка кишки и окружающие ткани не изменены, и осложненными, когда в стенке кишки, окружающих тканях и соседних органах имеются значительные изменения — каловая флегмона, гнойники брюшной полости и брюшной стенки, последствия повреждений мочевого пузыря, костей таза и др. Кишечные свищи могут быть единичными и множественными. Свищи, расположенные близко друг от друга по ходу кишечной петли, называют соседними множественными, а свищи, расположенные в разных отделах желудочно-кишечного тракта, — отдаленно расположенными множественными свищами. Если свищи локализируются в тонкой и толстой кишке одновременно, их принято называть смешанными.

Губовидные свищи в зависимости от строения свищевого отверстия различают одноустные (одноствольные), либо двуустные (двуствольные). При небольшом дефекте стенки просвет кишки может сообщаться с внешней средой в виде одноустного свищевого отверстия. В противоположность этому при большом дефекте в стенке кишки свищ может иметь два отверстия, т.е. быть двуустным. При таких свищах одно отверстие принадлежит приводящему, другое — отводящему участку кишки. Нередко между этими отверстиями располагается участок задней стенки — шпора. Одноустные губовидные свищи чаще всего бывают неполными, двуустные — только полными. Локализация внутреннего отверстия наружного

кишечного свища может быть различной и зависит, как правило, от патологического очага в брюшной полости, послужившего причиной развития кишечного свища. Расположение наружного отверстия кишечного свища также может быть различным, но преимущественно в проекции или вблизи патологического очага.

Клиника и диагностика. Клиническое течение кишечных свищей зависит от характера основного патологического процесса, локализации и периода формирования фистулы, количества и состава кишечного отделяемого, присоединившихся осложнений. В начальном периоде возникновения несформированного кишечного свища преобладает воспалительный процесс. Клинически такой процесс проявляется болями в ране, повышением температуры до 38 °С, ознобом, лейкоцитозом, гнойной интоксикацией. Усиление болей, как правило, свидетельствует о задержке гнойного отделяемого и недостаточном дренировании раны. Чем выше расположен свищ, тем быстрее и интенсивнее наступают различные изменения в организме, характерные для высокого свища. Обильное выделение тонкокишечного содержимого наружу приводит к обезвоживанию организма. Появляются жажда, нарастающая слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, повышенная раздражительность. Глаза больного глубоко западают. Кожные покровы становятся сухими и теряют тургор, на коже конечностей появляется розовато-синюшная мраморность. Подкожные вены спадаются. Конечности становятся холодными на ощупь; отмечается тахикардия. Вследствие сниженной почечной фильтрации уменьшается диурез. На фоне снижения артериального давления и электролитных нарушений возникают фибриллярные подергивания мышц конечностей, нередко переходящие в судорожные сокращения. Все эти патологические сдвиги вызывают за короткое время значительную потерю массы тела, достигающую до 50% от исходной. У больных со свищами, локализующимися в нижних отделах подвздошной кишки, клиническая картина характеризуется тем, что в ряде случаев с момента образования свища в течение длительного срока состояние больного может оставаться удовлетворительным. Больные в этот период активны, сохраняют аппетит, у них не наблюдается значительной потери массы тела. Диурез нормальный. Функциональные и биохимические показатели крови без существенных отклонений от нормы. В этот период кишечный свищ может окончательно сформироваться. В клинической картине толстокишечных свищей ведущее место занимают гнойно-воспалительные процессы, а расстройства водно-электролитного обмена и нарушения питания больного отходят на задний план. В ранней стадии образования толсто-кишечного свища, как правило, несущая свищ петля кишки лежит в гнойной, заполненной кишечным отделяемым ране. В остром периоде свищ только формируется, поэтому станет он губовидным или трубчатым — будет зависеть от дальнейшего течения воспалительного процесса. Такой период наиболее опасен для больного и требует особого внимания; в это время наиболее часто встречаются тяжелые гнойные осложнения — каловая флегмона передней брюшной стенки, забрюшинного пространства и полости малого таза. Эти осложнения характеризуются быстрым развитием воспалительного, чаще некротического, обширного и распространенного процесса в подкожной клетчатке,

протекающего с тяжелой интоксикацией, длительной температурной реакцией и ознобом. Очень тяжелое течение имеют флегмоны на фоне свищей сигмовидной и прямой кишки. Они развиваются по типу некротических флегмон с резко выраженной интоксикацией. Наряду с общими явлениями интоксикации и лихорадочного состояния у больных выражены местные воспалительные процессы. Гнойное пропитывание окружающих тканей вокруг свища сочетается с затеками, идущими глубоко в область поясницы и в малый таз. Распространение гнойно-воспалительного процесса по забрюшинной клетчатке сопровождается появлением болезненности по ходу подвздошной кости и поясницы. Частым осложнением свищей являются абсцессы брюшной полости, которые локализуются в правой подвздошной области, подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, между петлями тонкой кишки и в полости малого таза. Такие абсцессы возникают и как сопутствующие вследствие перенесенного общего перитонита. Изолированное скопление гноя может иногда почти ничем не проявляться на протяжении длительного времени, что, по-видимому, обусловлено ареактивностью резко ослабленного организма. Однако если абсцесс не был своевременно распознан и не принимались меры к его ликвидации, он прорывается в свободную брюшную полость, и развивается картина быстро прогрессирующего перитонита. Реже гнойник вскрывается в просвет лежащей поблизости кишки, что может привести к самоизлечению.

В комплекс диагностики кишечных свищей входят определение вида и локализации, характера и длины свищевого хода, а также уточнение проходимости отводящего колена петли кишки, несущей свищ, и взаимоотношения ее с окружающими органами. Комплексное обследование включает визуальное исследование раны со свищом, применение красителей внутрь или через клизму, рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Ориентировочный диагноз обычно не представляет затруднений, так как о наличии наружного кишечного свища свидетельствует появление в ране кишечного содержимого. Насколько просто установить наличие свища, настолько значительно труднее, а часто невозможно, определить его уровень. Свищи подвздошной кишки, в частности расположенные вблизи илеоцекальной заслонки, имеют отделяемое в виде жидкого кала. Свищи толстой кишки, особенно ее левой половины, выделяют более или менее оформленный кал, не обладающий "переваривающим" действием и не вызывающий так быстро мацерацию кожи. Однако такого рода диагностика недостаточно достоверна, а в ряде случаев ошибочна. Местоположение свищевого отверстия на поверхности кожи также дает некоторые дополнительные сведения об уровне свища. Так, в эпигастральной области чаще открываются свищи поперечной ободочной кишки, в мезогастральной — тощей, в гипогастральной — подвздошной, на боковых стенках живота и в поясничной области — толстой кишки.

Вытекание жидкости сильной струей через периферический отрезок кишки, несущей свищ, позволяет думать о достаточной ее проходимости, что в дальнейшем подтверждается при рентгенологическом исследовании и непосредственно во время операции. Другой способ констатации наружного кишечного свища заключается в исследовании отделяемого из раны на наличие

билирубина, диастазы или мочевины. В большинстве случаев вид и размеры свища, наличие шпоры и ее подвижность устанавливаются с помощью простых приемов визуального и пальцевого обследования. Однако в больших глубоких ранах и при свищах через полость такой осмотр затруднителен. В этих случаях можно прибегнуть к помощи эндоскопических приборов, в частности лапароскопа. Зондирование свежего свища металлическим зондом или резиновым катетером не рекомендуется. Ведущим методом диагностики кишечных свищей является рентгенологический. В большинстве случаев с его помощью можно решить все ранее перечисленные задачи. Ввиду значительного многообразия кишечных свищей, требующих дифференцированного выбора диагностических методик, а также учитывая тяжелое состояние большинства больных, в каждом отдельном случае следует подбирать наименее травматичный метод исследования.

Чем раньше проведено рентгенологическое исследование, тем быстрее будет поставлен правильный диагноз. Общее тяжелое состояние больного и наличие гнойной раны не являются противопоказанием к рентгенологическому исследованию. Методика рентгенологического исследования зависит от периода заболевания. В ранние сроки образования свища, в острый период, эта методика должна включать обзорное полипозиционное исследование грудной клетки и брюшной полости, а также контрастные методы — фистулографию, пассаж бария по кишечнику и ирригоскопию. Если устье свища доступно зондированию, предпочтительна фистулография. При приеме бария внутрь контрастируются тонко-кишечные свищи, с помощью ирригоскопии — свищи толстой кишки. В ряде случаев необходимо использовать тот и другой способ в 1 комплексе. Сопоставление данных рентгенологического исследования с клиническим наблюдением обеспечивает раннюю и точную диагностику не только самого свища, но и осложнений, нередко возникающих в остром периоде. Реактивные изменения органов грудной клетки (базальные пневмонии, ателектазы нижних долей легких) выпот в плевре, высокое стояние диафрагмы и ограничение подвижности ее) — косвенный признак гнойного очага в брюшной полости. Чем ближе к диафрагме локализуется очаг, тем более выражены реактивные изменения. При рентгенологическом обзорном исследовании больных в остром периоде образования кишечных свищей обнаруживают лишь косвенные признаки гнойного процесса в брюшной полости. Такое исследование имеет важное значение и для выявления гнойно-некротических процессов, локализующихся в забрюшинном пространстве (деструктивный панкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, тазовая флегмона и т. д.), которые имеют определенную рентгеносемиотику. Окончательно решить вопрос о наличии, характере и локализации наружного кишечного свища можно только при использовании контрастных методов исследования. Рентгенологическая диагностика в поздние сроки при уже сформированном кишечном свище является менее сложной. К этому времени, как правило, заканчивается гнойно-воспалительный процесс и в области раны, и в брюшной полости. Следовательно, устраняется причина реактивных изменений кишечника, диафрагмы, легких и плевры, характерных для раннего этапа образования кишечных свищей. В комплексе применяемых рентгенологических методов в этот период значительно возрастает роль

контрастных методов исследования, особенно фистулографии. Фистулографию выполняют следующим образом: через тонкий катетер, находящийся в свищевом ходе, вводят жидкое контрастное вещество и производят рентгенографию. На снимках устанавливают форму хода и локализацию. Для проведения фистулографии используют различные контрастные вещества — барий, йодолипол, кардиотраст и др. Количество и выбор препарата диктуются величиной свища. В отличие от бариевой взвеси жидкие контрастные вещества хорошо проникают даже в небольшие отверстия в стенке кишки. В остальных случаях, особенно если резиновый катетер удастся ввести непосредственно в просвет кишки, предпочтительнее вводить жидкую бариевую взвесь. Резиновые дренажи для фистулографии следует подбирать с учетом наружного диаметра свища; герметичность достигается с помощью марлевых тампонов или поролоновой губки. Введение контрастного вещества не непосредственно в кишку, а через свищевой ход или полость следует осуществлять с осторожностью и при возникновении болей в животе тотчас его прекратить, так как возможны осложнения в виде проникновения контрастного вещества в свободную брюшную полость. **Фистулография** является ценным методом диагностики кишечных свищей потому, что выявленная с ее помощью конфигурация свищевых ходов в ряде случаев позволяет выбрать наиболее правильный метод лечения. Однако при проведении исследования иногда необходимо выполнение с целью уточнения вида и местоположения несущей свищ кишки одновременно рентгенофистулоскопии с участием специалиста рентгенолога.

Ирригоскопию или рентгенологическое исследование с приемом бария внутрь проводят обычным способом. При ирригоскопии возможно ориентировочно установить уровень свища толстой кишки и патологические изменения ее стенки. На рентгенограммах, произведенных при фракционном пассаже с заданными интервалами времени от приема контрастного вещества, возможно также лишь ориентировочно определить уровень свища. Значение рентгенологического исследования больных с кишечными свищами трудно переоценить. Тщательное обследование, выполненное хирургом совместно с рентгенологом, позволяет получить достоверные сведения, являющиеся залогом правильного выбора лечения. Рентгенологическое исследование возможно сочетать с эндоскопическими методами. В диагностике свищей толстой кишки уже нашли применение эндоскопическая интубационная фистулография, встречная фистулография и фистулоскопия с селективной фистулографией

Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей. Оно затрагивает вопросы не только чисто хирургические, но и вопросы, относящиеся к парентеральному питанию и коррекции нарушений гомеостаза. Лечение должно быть комплексным и сугубо индивидуальным в зависимости от формы и стадии развития свища.

Методы консервативного и оперативного лечения кишечных свищей не исключают, а дополняют друг друга и могут применяться как одновременно, так и отдельно в соответствующих наблюдениях и в соответствующем периоде. Общие принципы лечения больных с наружными кишечными свищами складываются из трех факторов: 1) местного лечения; 2) общего лечения; 3) оперативных методов

ликвидации кишечного свища. Местное лечение. В настоящее время применяют местное лечение наружных кишечных свищей, которое складывается из: а) лечения гнойной раны; б) предохранения тканей, окружающих свищ, от воздействия кишечного отделяемого; в) уменьшения или прекращения потерь кишечного отделяемого. Принципы лечения гнойных ран при наличии кишечного свища такие же, как и при лечении инфицированных ран. В зависимости от сроков и стадии раневого процесса применяют повязки с гипертоническими растворами, антисептиками и ферментными препаратами, различными мазями и эмульсиями. В практических лечебных учреждениях широко распространено лечение ран с кишечными свищами мазевыми повязками. В ряде случаев это оправдано: мазь и бальзам способствуют росту грануляций, очищению раны, при небольших свищах оказывают obturiruyushcheye действие. Однако применение мази Вишневского на обнаженных петлях кишечника должно быть осторожным, так как это может привести к дополнительной деструкции кишечной стенки. Мазь Вишневского не нейтрализует химическую и биологическую активность кишечного отделяемого, что особенно важно в лечении тонкокишечных свищей. Салфетки с этой мазью обладают гигроскопичностью и даже гипертоническим свойством, быстро промокают, создавая, таким образом, своеобразный "каловый компресс". Поэтому следует отдать предпочтение средствам, нейтрализующим действие кишечного отделяемого. Средства, предложенные для obturiruyushchego действия кишечных свищей, можно разделить на несколько групп: 1. Obturiruyushcheye средства, применяемые снаружи, без введения их в просвет кишки. К ним могут быть отнесены также калоприемники. 2. Obturatory, вводимые в просвет кишки через свищ и закупоривающие свищевое отверстие изнутри. 3. Различные приспособления и аппараты для аспирации кишечного отделяемого и последующего введения его в отводящий отрезок кишки, несущей свищ. Наилучшие obturatory те, которые не только закупоривают свищ, но и одновременно обеспечивают нормальный пассаж кишечного содержимого.

Наиболее часто кишечные свищи прикрывают тампонами, пропитанными пищевыми продуктами, инактивирующими действие ферментов (масло, белки, мясной бульон и др.). Поверх тампона накладывают давящую повязку. В профилактике дерматитов, вызванных попаданием на кожу кишечного отделяемого, и своеобразной obturiruyushchego действия кишечного свища находят применение гипсовые повязки. Использование гипса в лечении наружных кишечных свищей особенно было распространено во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.

С помощью бандажа и резиновой прокладки резервуар плотно фиксируется к животу. Общее лечение. В комплекс общего лечения больных с наружными кишечными свищами входят: 1) ограничение и ликвидация воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюшной стенке; 2) Проведение рационального питания; 3) коррекция гомеостаза и уменьшение интоксикации; 4) стимуляция защитных сил организма и регенеративных процессов. Для борьбы с инфекцией и интоксикацией применяют антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Важную роль в лечении кишечных свищей играет

питание, так как заболевание специфически затрагивает именно эту функцию организма.

Оперативные методы лечения кишечного свища. Проблема хирургического лечения кишечных свищей затрагивает вопросы определения показаний, выбора оптимального срока вмешательства и его характера. В каждом отдельном наблюдении эти вопросы должны решаться индивидуально. Показания к операции определяются стадией развития и локализацией свища, количеством и характером кишечного отделяемого, эффективностью консервативной терапии, сопутствующими осложнениями и т. д. Сформированные губовидные свищи тонкой и толстой кишки самостоятельно не заживают, поэтому их наличие является прямым показанием к хирургическому лечению. Наибольшие трудности в установлении показаний к хирургическому вмешательству возникают при несформированных, находящихся на ранней стадии своего образования кишечных свищах. При толстокишечных свищах хирургическая тактика более определена. Показанием к операции служит наличие сформированных и неподдающихся консервативной терапии губовидных и рубцово-трубчатых свищей. Срок хирургического вмешательства устанавливается с учетом состояния больного и раны, а также общих противопоказаний к операции. Наиболее благоприятным местным условием для операции является полное заживление раны до устья фистулы. Из особенностей операции следует отметить необходимость герметичного ушивания наружного отверстия кишечного свища до вскрытия брюшной полости, чтобы предупредить возможное инфицирование ее. При хирургическом лечении кишечных свищей илеоцекальной области, особенно слепой кишки, вначале стоит попытаться произвести пристеночную резекцию слепой кишки (так как довольно часто выполнимо), а при несостоятельности попытки—правостороннюю гемиколэктомию. Если причиной свищей были злокачественные новообразования, туберкулез, актиномикоз или проводилась рентгенотерапия, хирургическое вмешательство должно быть более обширным. Облученные ткани не создают условий для самостоятельного закрытия свища.

Основной причиной отрицательных результатов хирургического лечения кишечных свищей является несостоятельность швов. К этому предрасполагают многие факторы и прежде всего гипопротеинемия, нарушение обменных процессов, наличие инфекции. Немаловажным звеном в патогенезе осложнения является послеоперационный парез кишечника. У больных, находящихся в тяжелом состоянии, особенно на фоне ограниченных гнойников или инфильтратов, локализующихся в брюшной полости, может быть рекомендована резекция петли кишки, несущей свищ, с последующим восстановлением проходимости кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза по типу конец в бок или бок в бок и одновременным формированием разгрузочной энтеростомы на проксимальном отрезке кишки. Энтеростома в дальнейшем может самостоятельно закрыться или быть ушита. Послеоперационное ведение больных существенно не отличается от такового при операциях на кишечнике вообще, только необходимо тщательно следить за состоянием послеоперационной раны в связи с довольно частыми нагноениями у этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каримов Ш.И. «Хирургические болезни» 1994 г
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995 г.
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г, часть 1, 2.
4. Литтманн И. «Оперативная хирургия» 1982 г
5. Агзамхожаев С.М. «Хирургия касаликлар» 1991 г

Адреса в Интернете по теме лекции:

<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>

<http://medi.ru/doc/83.htm>

<http://www.rmj.net/index.htm>

<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>

<http://www.mediasphera.aha.ru>