

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

*Т. К. - 198*

### К КАЗУИСТИКЕ ОПЕРАТИВНОГО ЗАКРЫТИЯ СВИЩЕЙ КИШЕЧНИКА, НАЛОЖЕННЫХ ХИРУРГАМИ

Доц. П. Н. БУЛАТОВ

*1987*  
*0,18*

Из кафедры факультетской хирургии (зав.— проф. С. М. Алексеев) Казанского  
медицинского института на базе Республиканской клинической больницы  
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Выбор метода операции закрытия кишечного свища, наложенного хирургом, затрудняется в силу того, что свищ накладывался иногда при перитоните, с остаточными явлениями которого при ликвидации свища хирургу приходится считаться. Они проявляются, как местно — в форме плоскостных спаек, гиалиноза, склероза, микроабсцессов, в изменении стенки кишечника в области кишечного свища и окружающих тканей, так и в общих реакциях организма (вторичная анемия, гипопротейнемия, нарушения обмена веществ). Наблюдаются в таких случаях и стойкие функциональные нарушения со стороны почек, печени, сердца, равно как и со стороны кишечного тракта. В связи с этим закрытие свищей такого рода должно производиться внебрюшинно. Внебрюшинные пластические способы закрытия кишечных свищей подвергались экспериментальной проверке Н. Е. Введенским, и положительные результаты о них сообщались еще в 1927 г. на XIX съезде российских хирургов.

Привожу следующие наблюдения.

И. Б-ая К., 26 лет. Поступила в клинику 10/II-56 г. для закрытия калового свища в правой подвздошной области, наложенного хирургом, жалуется на боли в низу живота, обусловленные хроническим воспалением матки и придатков.

15/XII-55 г. больная получила удар бревном в живот. В тяжелом состоянии была доставлена в районную больницу, где в тот же день по поводу разрыва кишечника ей была сделана операция — лапаротомия с резекцией разорванных петель тонкого кишечника.

В послеоперационном периоде в связи с развитием перитонита и нарастающей паралитической непроходимостью кишечника, 17/XII-55 г. была произведена цекостомия. После этой операции состояние больной улучшилось. 10/II-56 г. она самолетом санитарной авиации была доставлена в клинику им. А. В. Вишневского.

Видимые слизистые оболочки и кожа — бледны. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологических изменений не определяется.

Бойтся принимать пищу и жидкости. Жалуется на боли в правой подвздошной области — около кишечного губовидного свища, из которого обильно и непрерывно выделяется жидкое кишечное содержимое; дефекация естественным путем осуществляется через 5—6 дней с помощью клизмы. Кожа вокруг свища покрасневшая, воспаленная, мацерированная. По средней линии живота в послеоперационном рубце имеется свищ с гнойным выделением.

Расстройств в мочевыделительной системе не определяется.

Жалуется на боли в низу живота и гнойные бели в значительном количестве, диагностированы эндометрит, левосторонний аднексит, трихомонадный кольпит.

Жалуется так же на резкую возбудимость, расстройство сна, потливость. Температура при поступлении — нормальная. При исследовании мочи — в большом количестве ураты. При исследовании крови — Л.— 12 450, п.— 2%, с.— 77%, лимф.— 16%, м.— 3%, эоз.— 2%.

При рентгеновском обследовании желудочно-кишечного тракта определяется свищ, исходящий из слепой кишки. Сужения и затруднений передвижения контрастной

массы в нижележащих отделах толстого кишечника нет. Контрастная масса, введенная через свищ, выделяется при дефекации через прямую кишку.

Спустя 2 месяца после поступления в клинику, больной была произведена 10/IV-56 г. операция внебрюшинной эксцизии калового свища с подапоневротическим резиновым дренажем и зашиванием кожи над ним.

Под местной инфильтрационной анестезией овальным очерчивающим разрезом вокруг калового свища послойно рассечена кожа с подкожной клетчаткой и ушита над свищем. По ходу волокон отсечен от свища апоневроз наружной косой мышцы, отсечены так же от свища внутренняя косая и поперечные мышцы живота. Свищ, ставший подвижным, внебрюшинно выведен в рану и конусовидно отсечен от слепой кишки; место дефекта в кишке ушито трехрядным швом. Над швом кишки ушиты поперечная и внутренняя косая мышцы. Апоневроз наружной косой мышцы зашит с введенным под него тонкой резиновой дренажной трубкой с отверстиями в ней для подведения раствора антибиотиков в рану. Подкожная клетчатка и кожа над трубкой зашиты. Через трубку введено 200 000 единиц пенициллина. Наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 14/IV-56 г. при смене повязки удалена дренажная трубка. 18/IV-56 г. сняты швы, рана зажила без расхождения швов. Восстановилось нормальное перемещение кишечного содержимого. Дефекация осуществляется ежесуточно и безболезненно. 3/V-56 г. из оставшегося после первой операции лигатурного гнойного свища по средней линии живота удалена шелковая лигатура, и свищ вскоре окончательно закрылся. 22/V-56 г. в состоянии полного выздоровления больная выписана из клиники.

II. Б-ной К., 36 лет, поступил в клинику 12/VIII 1957 г. с жалобами на кишечный свищ в левой подвздошной области и обширное изъязвление кожи вокруг него.

Из анамнеза выясняется, что больной поступил в стационар Юхмачинской районной больницы 21/V-56 г. с диагнозом: аппендикулярный инфильтрат. В прошлом отмечает четыре приступа острого аппендицита.

12/VI-56 г. произведена лапаротомия по поводу аппендикулярного инфильтрата. Червеобразный отросток не был найден. Произведено ушивание поврежденной при операции слепой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. В послеоперационном периоде у больного открылся каловый свищ, который вскоре самостоятельно закрылся. В дальнейшем при явлениях нарастающего калового перитонита и паралитической непроходимости кишечника 24/VI-56 г. ему сделана операция наложения свища на тонкую кишку в левой подвздошной области. В последующие дни кишечное содержимое и газы отходили через свищ; дефекация осуществлялась через два дня. Больной был направлен в клинику для закрытия свища тонкой кишки.

При обследовании со стороны органов дыхания, кровообращения и мочеиспускания особых изменений не определяется. Жалуется на раздражительность, потливость, плохой сон.

В правой подвздошной области имеется втянутый послеоперационный рубец. В левой подвздошной области, над гребешком подвздошной кости, имеется губовидный кишечный свищ с резкой мацерацией кожи и бородавчатыми разрастаниями вокруг него. Из свища выделяется жидкое кишечное содержимое в количестве 80,0—100,0 в сутки. При прямокишечном обследовании патологических изменений не определяется. Дефекация осуществляется ежедневно, оформленными массами.

Рентгеновское исследование кишечника показало, что свищ был наложен на средний отдел тонкого кишечника. Определяются четко выраженная деформация ранее ушитой хирургом слепой кишки и резкая дилатация подвздошной кишки.

26/I-57 г. произведена операция внебрюшинной эксцизии свища тонкой кишки с подапоневротическим дренажем и зашиванием кожи над ним.

Послеоперационный период протекал гладко. 1/II-57 г. из раны удален резиновый дренаж. После заживления раны 16/II-57 г. больной выписан домой.

III. Больной Б., 45 лет, поступил в клинику 6/II-57 г. с жалобами на кишечный свищ с отделяемым, окрашенным желчью, и трофическую язву левой голени.

5/X-56 г. оперирован в районной больнице по поводу острого аппендицита, отросток не был найден. Послеоперационный период осложнился гнойным перитонитом. Была предпринята вторичная попытка найти червеобразный отросток. Состояние больного ухудшилось. 7/X-56 г. предпринята срединная лапаротомия, для удаления гнойного экссудата, и введение дренажа в брюшную полость. Состояние больного продолжало ухудшаться. 10/X-56 г. в связи с тяжелой кишечной паралитической непроходимостью наложен свищ на тонкую кишку. После этой операции состояние больного начало медленно улучшаться, и 1/XII-56 г. он выписан из больницы с предупреждением явиться для закрытия свища.

Больной атлетического телосложения, видимые слизистые оболочки и кожа бледны, подкожная жировая клетчатка чрезмерно развита. Со стороны органов дыхания патологических изменений нет. Имеется незначительное расширение границы сердца влево, тоны глухие.

Живот вздут. В правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец размером 2 × 12 см. По средней линии живота, от пупка до лобка тоже послеопера-

ционный рубец. В левой подвздошной области имеется губовидный свищ с умеренным жидким отделяемым, окрашенным желчью. Кожа вокруг свища мацерирована, изъязвлена. При прямокишечном обследовании патологических изменений не определяется. При рентгеновском обследовании выявлено, что свищ исходит из тощей кишки.

При исследовании мочи и крови патологических изменений нет. 22/II-57 г. больному под местной инфильтрационной анестезией была произведена операция внебрюшинной экцизии кишечного свища с подапневротическим дренажем и зашиванием кожи над ним по указанному типу.

Через 5 дней после операции из раны удалена дренажная резиновая трубка. На 10 день после операции сняты швы.

11/III-57 г. в состоянии выздоровления больной выписался домой.

Отдаленные результаты, прослеженные спустя 6 месяцев после операции, у всех трех вышеописанных больных оказались благоприятными. Дискинетические расстройства отсутствовали, послеоперационных грыж не наблюдалось.

IV. Б-ой С., 39 лет, поступил в клинику 19/VIII 1957 г. с жалобами на кишечный свищ с обильным выделением желчи и на боли вокруг него.

Месяц тому назад больной получил травму живота. Тотчас был направлен в районную больницу, где был диагностирован разрыв тонкого кишечника. Разорванная петля тонкого кишечника резецирована и наложен свищ на тонкую кишку.

Больной крайне истощен, кожа дряблая, сухая, глазные яблоки запавшие, резко выделяются скулы.

Язык сухой, покрыт грязно-серым налетом.

При обследовании органов дыхания патологических изменений не определяется. Систолический шум на верхушке.

Мочеиспускание 1—2 раза в сутки с общим количеством мочи около 400 мл.

Больной весьма возбужден, мало спит.

Живот втянут, ограниченно участвует в акте дыхания. Кожа передней брюшной стенки от подреберий до лобка и задних подмышечных линий гиперемирована, инфильтрирована, мацерирована, бородавчато перерождена. По средней линии живота, выше и ниже пупка, имеется раневая поверхность размером  $12 \times 6$  см, покрытая гнойными пленками, в центре которой имеется губовидный кишечный свищ. На значительном протяжении имеется расхождение прямых мышц живота. Из свища непрерывно выделяется жидкая желтовато-зеленого цвета масса, которая, попадая на раневую поверхность и бородавчато-измененную, воспаленную кожу, вызывает резкую боль. Дефекация отсутствует.

Нв — 74%, количество лейкоцитов — 13 500, сдвига в формуле белой крови нет, РОЭ — 38 мм в час.

Операция (27/IX-57 г.) под эфирно-кислородным наркозом.

Вокруг гранулирующей раны размером  $12 \times 6$  см, с губовидным свищем и проляблирующей тощей кишкой, эллипсообразным разрезом длиной 15 см рассечена кожа с подкожной клетчаткой и ушита над свищем непрерывным швом. Рассечены передние пластинки прямых мышц. Прямые мышцы в пределах, окаймляющих свищ, отсечены от него. На таком же протяжении рассечены и задние пластинки прямых мышц живота. После этого кишечный свищ, ставший подвижным, свободно внебрюшинно выведен в рану. Пройдемость тощей кишки восстановлена ее зашиванием в поперечном направлении двухрядным швом. Над швом тощей кишки сшиты узловатыми швами ткани задних пластинок прямых мышц живота.

В рану введена тонкая резиновая дренажная трубка, в трубку введено 500 000 ед. стрептомицина.

Рана орошена раствором пенициллина 200 000 ед. Кожа с подкожной клетчаткой зашита узловатыми швами. Асептическая повязка. Во время операции больному перелито 200 мл одногруппной крови и внутривенно введено 40 мл 40% раствора глюкозы.

На 5-й день дренажная трубка, после орошения через нее раны 500 000 ед. стрептомицина, удалена.

Температура у больного все дни после операции оставалась нормальной. Двое суток после операции он получал жидкости только парентерально. Со 2-го по 6-й день получал жидкую пищу, на 6-й день получил стол № 1. На 5-е сутки после клизмы был стул. На 7-е сутки наступило расхождение краев раны, и в нижнем ее углу появилось кишечное содержимое, которое в последующем выделялось и через свищ, и через прямую кишку.

Спустя четыре недели, ему произведена внутрибрюшинная клиновидная резекция тонкой кишки в тощем отделе, вместе со свищем. Рана брюшной полости орошена раствором стрептомицина и зашита с введением турунды в подкожную клетчатку.

5/XII-57 г. выписался из клиники, с заживлением раны и свища.