

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

С. А. Родкин

*Кафедра хирургических болезней № 3 (зав.— проф. А. М. Савин) Куйбышевского
медицинского института имени Д. И. Ульянова*

Хирургическое лечение наружных толстокишечных свищей, этого серьезного осложнения травм и заболеваний органов брюшной полости, — сложная проблема. Успех ее решения в значительной мере зависит от полноты использования современных способов диагностики и методов оперативного вмешательства [1—6].

Наши наблюдения охватывают 68 больных (мужчин — 39, женщин — 29) с наружными свищами толстой кишки. Свищи располагались в слепой кишке (у 27), восходящем отделе (у 7), поперечной ободочной (у 13), нисходящем отделе (у 3), сигмовидной кишке (у 18). Неполных губовидных свищей было 37, полных губовидных — 19, переходных форм — 12 (из них у 5 больных свищи были множественными и располагались на двух сегментах тонкой и толстой кишок одновременно).

Наружные свищи толстой кишки были подразделены на 3 группы. В 1-ю были включены единичные неполные свищи, при которых кишечные массы поступали не только наружу, но и в отводящий отрезок кишечной петли. 2-ю составили свищи полные, когда отводящий отрезок кишечной петли не функционировал, самостоятельного стула у больных не было. В 3-ю вошли переходные формы толстокишечных свищей, которые отличались клиническими признаками, характерными как для 1-й, так и для 2-й группы.

Большое значение в диагностике свищей мы придавали установлению морфологической структуры наружного толстокишечного свища, что способствовало определению выраженности кишечной «шпоры», то есть выступа в просвет кишки задней ее стенки в сегменте, несущего свищ и препятствующего пассажу масс в направлении к периферии. Если истинная «шпора» была обнаружена в 17 случаях (в сигмовидной кишке — в 9, в поперечной ободочной — в 8), то ложная — в 11 (в поперечной ободочной — в 7, слепой — в 1, сигмовидной — в 3). Выявление разновидностей «шпоры» уточняло показания для выбора типа хирургического вмешательства.

Причинами возникновения толстокишечных свищей были: закрытая травма живота и проникающие ранения брюшной полости (у 7), операционная травма толстой кишки (у 5), воспалительный процесс в брюшной полости (у 18), колостомы (у 38), созданная хирургическим путем на слепой кишке (у 15), на поперечной ободочной (у 7, причем у 4 был противестественный анус), на сигмовидной кишке (у 16, из них у 11 — двуствольная колостома).

Из наружного свища толстой кишки поступали химус, газы и оформленные кишечные массы. При свищах ободочной и сигмовидной кишок массы выделялись периодически. В свищах, осложненных флегмоной брюшной стенки в сочетании с межкишечными абсцессами, кроме каловых масс было гнойное отделяемое.

Свищи поперечной ободочной и сигмовидной кишок, особенно на границе с прямой, большей частью являлись результатом искусственного их создания с целью декомпрессии при перитоните, непроходимости кишечника или следствием закрытых травм и ранений органов брюшной полости. Общее состояние больных, носителей наружных толстокишечных свищей, как правило, было сравнительно удовлетворительным.

Свищи в правой подвздошной области после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита исходили из просвета слепой кишки. Обширные дефекты в стенке слепой кишки дважды служили причиной эвагинации всего илеоцекального отдела. Свищи неподвижных отделов ободочной кишки располагались большей частью в поясничной области, не вызывая заметного ухудшения общего состояния больных. Свищи этой локализации были склонны к самопроизвольному заживлению.

Локализацию свища толстой кишки уточняли с помощью ирригоскопии и фистулографии, выраженность «шпор» определяли пальпацией.

Лечение наружных толстокишечных свищей проводили внебрюшинным и внутрибрюшинным способами. Внебрюшинным способом под общим интубационным наркозом прооперированы 36 больных. В зоне кишечного свища выделяли по всей окружности кишечную стенку (рис. 1).

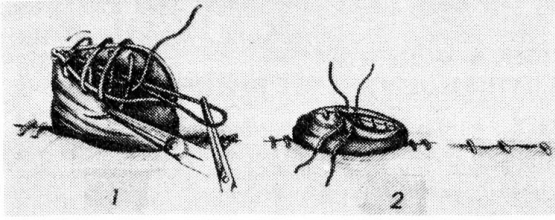


Рис. 1. Внебрюшинная ликвидация губовидного свища толстой кишки: 1 — выделение кишечного свища и наложение непрерывного погружного кетгутowego шва на все слои кишечной стенки; 2 — наложение узловых серозномышечных швов над погружным швом. Подготовка кишечной стенки для погружения под мышцы и апоневроз.

толстой кишки предварительно вводили желудочный зонд снизу вверх в проксимальный отрезок кишки на 10—12 см выше свища. Такой прием способствовал выполнению операции над зондом, что обеспечивало достаточный диаметр просвета кишки. Накладывали еще два ряда узловатых кетгутовых швов на серозномышечный слой. Дефект кишки погружали в рану и над кишкой ушивали кетгутом слои передней брюшной стенки, за исключением кожи. Заживление происходило вторичным натяжением. Этим способом ушивали свищи слепой кишки, поперечной ободочной и сигмовидной.

Внутрибрюшинные операции были выполнены у 32 больных. Краевую или клиновидную резекцию кишечной петли со свищом произвели 13 раз, круговую резекцию — 14, выключение кишечной петли, несущей свищ (рис. 2), — 5 раз, из них по поводу обширных свищей слепой кишки и восходящего отдела ободочной — 2, множественных свищей правой половины ободочной кишки — 3 (рис. 3). Рецидивы возникли у 4 больных. После операции умерли 3 человека.

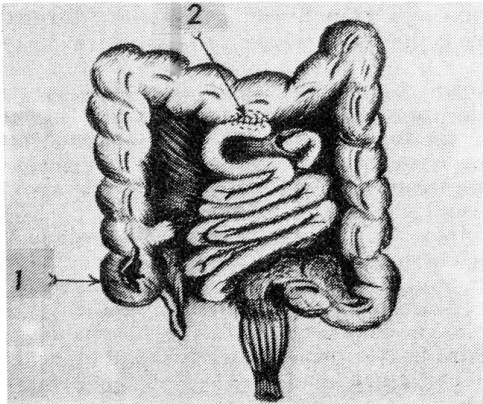


Рис. 2. Широкий свищ слепой кишки. Одностороннее выключение. Наложение илеотрансверзоанастомоза: 1 — обширный свищ слепой кишки; 2 — анастомоз.

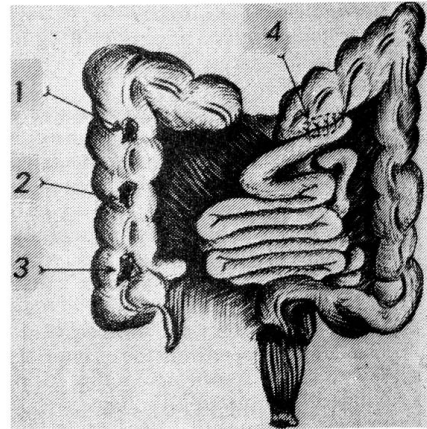


Рис. 3. Множественные свищи слепой кишки и восходящего отдела. Произведено двустороннее выключение правой половины толстой кишки. Наложен илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок»: 1, 2, 3 — свищи слепой и восходящего отдела толстой кишки; 4 — анастомоз.

Среди оперированных внебрюшинным способом у 7 из 36 больных наблюдались рецидивы свища, причем в дальнейшем у 4 из них наступило самопроизвольное заживление свища; у 3 выполнены повторные внебрюшинные операции, закончившиеся благоприятно.

Таким образом, своевременный диагноз с выяснением локализации, анатомической структуры свища, выраженности «шпоры», а также применение рационального шва для ликвидации дефекта кишечной стенки либо более сложное вмешательство чрезбрюшинным доступом улучшают результаты лечения наружных толстокишечных свищей.

1. Аминев А. М. // Руководство по проктологии. — Куйбышев, 1965—1979. — Т. 1—4.
2. Вицын Б. А. // Наружные кишечные свищи. — Новосибирск, 1965.
3. Вицын Б. А., Блажитко Е. М. // Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. — Новосибирск, 1983.
4. Колченогов П. Д. // Наружные кишечные свищи и их лечение. — М., Медгиз, 1964.
5. Рыжих А. Н. // Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М., Медицина, 1968.
6. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. // Проктология. — М., Медицина, 1984.

Поступила 16.10.86.

УДК 616.935—02:616.345—072

ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

А. И. Рябошанко

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Ю. М. Михайлова) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Тепловизионный метод исследования в последние годы широко распространен в различных областях клинической медицины. Он позволяет получать изображение, создаваемое собственным тепловым излучением тела. По размерам и интенсивности этого излучения можно судить о патологических процессах, происходящих во внутренних органах. Диагностическая ценность тепловидения при заболеваниях толстого кишечника изучалась многими исследователями [1, 3—5]. Несмотря на трудности интерпретации термограмм не только при различных патологических процессах, но и у здоровых людей [2], данный метод находит все более широкое применение в диагностике воспалительных процессов органов брюшной полости. Преимуществом его перед другими способами исследования толстого кишечника является возможность определения состояния кишечника на всем его протяжении. Кроме того, всеми авторами отмечается наглядность, безвредность метода и быстрота получения информации.

Целью настоящего исследования было изучение состояния толстой кишки у больных острой дизентерией с помощью тепловидения.

Обследовано 212 больных (мужчин — 128, женщин — 84) молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний пищеварительного тракта, из них 60 — в динамике. Поскольку в этиологической структуре дизентерии в Саратовской области преобладают шигеллы Флекснера, обследованию подлежали больные именно с этой этиологической формой дизентерии. Контрольную группу составили 60 здоровых лиц.

У 132 (62,3%) человек заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 80 (37,7%) — в легкой.

Тепловизионное исследование проводили в термодиагностическом кабинете при температуре воздуха 22° и влажности 60%. Больных обследовали натощак после сделанной накануне очистительной клизмы в горизонтальном положении с отведенными конечностями. Перед термографией больной с обнаженным животом адаптировался к температуре окружающей среды в течение 15—20 мин. Использовали отечественный тепловизор «Рубин-2».

Анализ полученных термограмм живота проводили качественно (визуально) и количественно (по величине перепада радиационных температур симметричных областей передней брюшной стенки). Обращали внимание на наличие или отсутствие термоасимметрии при выявлении зон повышенного инфракрасного излучения, на локализацию очагов, размеры, интенсивность свечения этих зон, величину температурного перепада.

Результаты считали положительными при наличии зон гипертермии в месте проекции толстой кишки интенсивного свечения с величиной температурного перепада свыше 1,0°, отрицательными — при отсутствии термоасимметрии (величина температурного перепада — от 0,3 до 0,5°), неопределенными — при слабо выраженных зонах гипертермии в месте проекции толстой кишки с величиной температурного перепада от 0,5 до 0,9°.