

**Лобода А.Н., Хамидулин Т.Э.
НЕСФОРМИРОВАННЫЙ ТОНКОКИШЕЧНЫЙ СВИЦ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация
E-mail: loboda_an98@mail.ru

**Loboda.A.N., Chamidulin T.E.
UNFORMED ENTERIC FISTULA. CLINICAL CASE.**
Department of Surgical Diseases and Cardiovascular Surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation
E-mail: loboda_an98@mail.ru

Аннотация. В данной статье, с согласия пациента, рассмотрен клинический случай образования несформированного тонкокишечного свища у пациента после проведения операции по поводу острой тонкокишечной непроходимости при наличии спаечной болезни. Подробно описано течение послеоперационного периода с последующим обсуждением выбранной тактики ведения пациента.

Annotation. The article considers a clinical case of formation of an unformed small bowel fistula of a patient after surgery for acute small bowel obstruction in the presence of peritoneal commissures. The course of the postoperative period is described in detail, followed by a discussion of the selected patient management tactics.

Ключевые слова: тонкокишечный свищ, клинический случай, послеоперационный период.

Key words: enteric fistula, clinical case, postoperative period.

Введение

Кишечный свищ – это неестественное сообщение, образующееся между просветом кишечной трубки с другими органами или кожей.

Возникновение послеоперационных тонкокишечных свищей является грозным осложнением, которое возникает, как правило, после операций по поводу острой кишечной непроходимости или перитонита [1].

В Российской Федерации частота возникновения кишечных свищей составляет 0,08-6% среди полостных операций, при этом чаще всего они образуются или формируются искусственно по поводу хирургических вмешательств неотложного характера [1].

Восстановительные операции по поводу тонкокишечных свищей в 90% случаев заканчиваются летальным исходом в связи с развитием гнойно-воспалительных осложнений [1,2].

По данным отечественной и зарубежной литературы в большинстве случаев причинами развития тонкокишечных свищей являются: 1) развитие гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости после операции; 2) совершение технических и тактических ошибок во время операционного вмешательства или при ведении послеоперационного периода.

Клинический случай

Пациент Н., 74 лет поступил в приемный покой хирургии ЦГКБ №1 в неотложном порядке 23.08.19 с жалобами на сухость во рту, боль в эпигастрии, тошноту, рвоту пищей 3-4 раза в день. Заболел 2 дня назад, когда отметил появление вышеописанных симптомов, самостоятельно не лечился. Родственники вызвали бригаду СМП, был доставлен в ППХ ЦГКБ №1.

Учитывая наличие у пациента явлений энцефалопатии на фоне старческой деменции, отсутствие выписных документов на руках, к сожалению, невозможно в полной мере собрать анамнез. Несколько лет назад пациенту выполнена операция по поводу тупой травмы живота. В последующем выполнена повторная лапаротомия по поводу спаечной болезни.

Объективно: язык обложен белым налетом, живот равномерно вздут, передняя брюшная стенка болезненна при поверхностной ориентировочной пальпации в эпигастрии, мезогастррии. Имеется послеоперационная вентральная грыжа MW1R0, без признаков ущемления, кишечная перистальтика не выслушивается. Симптом Пастернацкого «+» справа. ЧСС 72 уд/мин, АД 160/80. Лабораторные показатели без особенностей. На рентгенограмме органов брюшной полости (24.08.19) выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Так как показаний к неотложному оперативному вмешательству не наблюдалось, пациент был госпитализирован в отделение неотложной хирургии ЦГКБ №1 для проведения медикаментозной стимуляции кишечника, динамического наблюдения и дальнейшего обследования.

На следующий день (24.08) в связи с отсутствием эффекта от проводимой медикаментозной терапии и сохранением симптомов, было решено о проведении операции.

Операционный доступ был осуществлен путем средне-срединной лапаротомии. При ревизии выявлено, что свободная брюшная полость отсутствует и на всем протяжении с передней брюшной стенкой интимно спаяны петли тонкой кишки и фрагменты большого сальника. С техническими трудностями, при использовании гидравлической препаровки 0,25% раствора новокаина петли тонкой кишки частично отделены от передней брюшной стенки, разделены между собой. При этом были десерозированы 3 участка верхней трети тонкой кишки и впоследствии ушиты серо-серозными швами. Удалось выделить расширенные петли тонкой кишки до 3-4 см в диаметре от

связки Трейца до границы верхней и средней трети тонкой кишки, где имеется грубый конгломерат петель, ниже которого тонкая и толстая кишка спавшиеся. Поставлен клинический диагноз – спаечная болезнь; острая тонкокишечная непроходимость.

Ранний послеоперационный период без особенностей. Однако, на 6-е сутки после операции у пациента появились жалобы на ноющую боль в области раны при движении. Объективно: живот не вздут, мягкий, перитонеальные симптомы отрицательны, перистальтика выслушивается, не усилена, шума плеска нет. Стул отсутствует последние сутки, газы отходят, диурез в норме. В локальном статусе описано промокание повязки тонкокишечным отделяемым в незначительном количестве, определяемым как желчь. В верхних 2/3 раны швы состоятельны, в нижней трети определяется свищ до 2 см, на протяжении до 4 см, кожа в этой области с невыраженной мацерацией и отеком. Таким образом по характеру отделяемого содержимого было выявлено осложнение несформированный тонкокишечный свищ. На следующий день (7-е сутки после операции), в связи с отхождением большого количества кишечного содержимого, к коже нижней трети раны был фиксирован калоприемник.

В связи с отсутствием показаний для повторного оперативного вмешательства, таких как перитонит, и наличием факторов риска неблагоприятного исхода при повторном наркозе (пожилой возраст, ДЭП), консилиумом хирургов было принято решение о продолжении лечения пациента консервативным путем.

На 10-е сутки после операции объем тонкокишечного отделяемого увеличился до 400,0 мл, постепенно нарастал отек мягких тканей вокруг свища. На 12-е сутки после операции под местной анестезией 0,25% раствором лидокаина 2,0 мл были наложены швы в нижнем углу раны с целью уменьшения размеров свища, а содержание кишечного отделяемого к этому дню уменьшилось до 200,0 мл. К 17-м суткам после операции количество кишечного отделяемого уменьшилось до 50,0 мл. На 19-е сутки после операции рана на большем протяжении заживала первичным натяжением, в нижней трети еще сохранялся свищ размерами 3x0,5см, однако ткани в ране были покрыты грануляциями и воспалительных изменений кожи не наблюдалось. На повязке за сутки были видны следы тонкокишечного отделяемого. С 6-х по 19-е сутки кожа вокруг свища обрабатывалась водным спиртом и цинковой пастой. Кроме контроля объема отделяемого кишечного содержимого в этот период проводилось лечение антибактериальными препаратами (не нашла в ИБ что именно), мониторинг уровня электролитов и иммунного статуса пациента. В течение всего послеоперационного периода пациент находился в активном положении, был в состоянии сам себя обслуживать.

На 19-е сутки после операции пациент был выписан в удовлетворительном состоянии со следующими рекомендациями: ограничение физической

нагрузки до 5 кг на срок до 2 месяцев, наблюдение, перевязки, снятие швов у хирурга амбулаторно, соблюдение диеты и режима питания. При выписке общий и биохимический анализы крови в норме (лейкоциты – $5,0 \times 10^9$, СОЭ 47 мм/ч), анализ мочи в норме.

Обсуждение

Причинами образования тонкокишечного свища в данном случае послужили – возраст, операционный анамнез, близкое расположение кишки после проведенной настоящей операции к передней брюшной стенке. Как было сказано выше, вопрос в пользу проведения именно консервативного лечения свища был решен в связи с пожилым возрастом и ДЭП пациента, а также с отсутствием признаков перитонита. Скорее всего это осложнение не развилось из-за наличия выраженного спаечного процесса и отсутствия в брюшной полости свободных пространств, что создало условия для дренирования свища только в одном направлении.

Таким образом в результате проведенного лечения тонкокишечный свищ закрылся через 2 недели.

По состоянию через 3 месяца после выписки из стационара пациент находится в удовлетворительном состоянии, жалоб не предъявляет, что доказывает эффективность проведенного лечения.

Кроме мероприятий, проведенных в отношении данного пациента, согласно рекомендациям по лечению тонкокишечных свищей, также по показаниям возможно проведение фистулографии или рентгенологического исследования ЖКТ с контрастированием [3,4].

Список литературы:

1. Кригер А.Г., Звягин А.А., Королев С.В. Хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей / А.Г.Кригер // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. – 2011 г. – №7. – С. 4-13.
2. Воленко А.В., Лобаков А.И., Воленко И.А. Диагностика несформированных наружных кишечных свищей / А.В.Воленко // Практическая медицина. – 2014 г. – т.5, №81. – С. 29-32.
3. Блащенко С.А., Панфилова Е.В., Козлов М.Н. Наружный кишечный свищ. Клинический случай / С.А. Блащенко // Вестник медицинского института РЕАВИЗ. - 2014. - №2. – С. 19-21.
4. Нартайлаков М.А., Грицаенко А.И., Иштуков Р.Р. Актуальные вопросы диагностики и лечения свищей тонкой кишки / М.А.Нартайлаков // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – т.8, №2. – С. 340-341.

УДК 616.37-002

**Лысенко Я. Д., Пупков А. А., Плаксин К. В., Ранцев М. А.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ**