

ОБСТРУКТИВНАЯ ИЛЕОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.А. БАУЛИН¹, О.А. БАУЛИНА¹, Н.В. БАУЛИНА², Ш.О. ДАРБИШГАДЖИЕВ¹, В.А. БАУЛИН¹

¹ Кафедра хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

² Кафедра акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Причинами развития сложных толстокишечных свищей могут быть: тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении послеоперационного периода, а также наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса. В статье представлены два клинических случая успешного лечения сложных свищей толстой кишки по авторской методике. Авторами разработан вариант обструктивной илеостомии для лечения сложных толстокишечных свищей. Отличительной особенностью способа является полное выключение из пассажа кишечного содержимого через критическую зону, что позволяет достигнуть положительных результатов в лечении сложных свищей толстой кишки и толстокишечной несостоятельности. При выборе способа лечения, в частности оперативного пособия у пациентов с кишечными свищами, следует учитывать не только локализацию процесса, но и его распространённость, наличие осложнений. Немаловажное значение при выборе тактики имеет возраст пациента, а также наличие сопутствующих заболеваний. Эффективность лечения, в том числе и хирургического, зависит от ранней диагностики и применения рациональной тактики последующего вмешательства. Наложение модифицированной обструктивной илеостомы может применяться у пациентов со сложными толстокишечными свищами.

Ключевые слова: толстокишечный свищ, толстокишечный анастомоз, несостоятельность, обструктивная илеостомия.

OBSTRUCTIVE ILEOSTOMY IN TREATMENT OF COMPLEX LARGE INTESTINE FISTULA

A.A. BAULIN¹, O.A. BAULINA¹, N.V. BAULINA², SH.O. DARBISHGADZHIEV¹, V.A. BAULIN¹

¹ Department of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Professor N. A. Baulin, Penza Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education, Penza, Russia

² Department of Obstetrics and Gynecology, Penza State University, Penza, Russia

The causes of the development of complicated large intestine fistulas can be: tactical and technical errors allowed in both surgical intervention and in the management of the postoperative period, as well as the presence in the abdominal cavity at the time of the pyoinflammatory process. The article presents two clinical cases of successful treatment of complex large intestine fistulas of the colon according to the author's method. The authors developed a variant of obstructive ileostomy for the treatment of complex large intestine fistulas. A distinctive feature of the method is the complete exclusion of intestinal contents from the passage through the critical zone, which allows achieving positive results in the treatment of complex fistulas of the large intestine and colonic insufficiency. When choosing a method of treatment, in particular, an operational benefit in patients with intestinal fistulas should take into account not only the localization of the process but also its prevalence, the presence of complications. An important factor in the choice of tactics is the age of the patient, as well as the presence of concomitant diseases. The effectiveness of treatment, including surgical, depends on early diagnosis and the application of rational tactics of subsequent intervention. The application of a modified obstructive ileostomy can be used in patients with complex large intestine fistulas.

Keywords: Large intestine fistula, large intestine anastomosis, inconsistency, obstructive ileostomy.

Кишечные свищи, несмотря на достижения современной медицины, встречаются часто, и нет тенденции к их уменьшению. При наличии толстокишечного свища трудно добиться эмоциональной, социальной, трудовой реабилитации таких больных. Восстановительные же операции и в настоящее время сопровождаются значительным числом осложнений (13-16%) и сравнительно высокой летальностью (7-10%) после операции [1-3].

Приводим два клинических наблюдения, иллюстрирующих возможность хирургического лечения сложных толстокишечных свищей путём наложения обструктивной илеостомии по авторской методике.

Больная С., 18 лет, поступила в ГБУЗ КБ № 6 имени Г.А. Захарьина (Пенза) с жалобами на постоянные тупые боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, недомогание. Анамнез заболевания: 5 месяцев назад перенесла кесарево сечение, ранний период – без особенностей. Через 4 месяца после операции появились тупые боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,5°C, уплотнение в правой подвздошной области. Явлений кишечной непроходимости, перитонита не было, отмечено появ-

ление зловонного стула за 2 недели до поступления в стационар. Была осмотрена акушером-гинекологом поликлиники по месту жительства, назначено ультразвуковое исследование (УЗИ). При УЗИ в правой подвздошно-паховой области обнаружена полость абсцесса с инородным телом внутри.

При осмотре в приёмном отделении больницы – через переднюю брюшную стенку пальпируется инфильтрат диаметром около 10 см, через прямую кишку достигается нижний полюс образования. После осмотра и сбора анамнеза больная госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения. Решено под эндотрахеальным наркозом доступом по Пирогову справа подойти к полости абсцесса, вскрыть его, извлечь инородное тело, дренировать полость. Забрюшинный доступ не удался из-за значительной инфильтрации и спаенности окружающих тканей с подвздошными сосудами. Спереди и медиально от уплотнения рассекли брюшину. При попытке ревизии припаявшихся органов вскрылся абсцесс, выделилась жидкость с кишечным содержимым. Отверстие незначительно расширили, извлекли инородное тело (хирургическая салфетка 40x10 см). При осторожной ревизии конгломерат разрушился (рис. 1), отделилась припаянная сигмовидная кишка с отёчной



Рис. 1 Схема расположения свищей в толстой кишке: 1 – восходящий отдел ободочной кишки; 2 – илеостом; 3 – подвздошная кишка; 4 – свищи; 5 – зона инфильтрата-абсцесса.

стенкой и отверстием диаметром до 2,5 см (4). Осторожно отведена подвздошная кишка (3), обнаружены ещё два отверстия: в слепой кишке (4) – диаметром 3 см и в восходящем отделе (1) ободочной – диаметром 3,5 см (4) – также с выраженным отёком стенок.

Встал вопрос, что делать в такой ситуации у этой молодой женщины? Из нескольких вариантов, включая резекционные, выбрали следующее. Отверстия в слепой и восходящей кишке (4) осторожно ушиты однорядными швами капроном № 3 с затягиванием швов до соприкосновения, отверстие в сигмовидной кишке ушито двухрядным швом. Сформирована обструктивная илеостом в нашей модификации, при которой рассечена подвздошная кишка в 30 см от илеоцекального угла, отводящий конец ушит и фиксирован к приводящему концу, который выведен на брюшную стенку через дополнительный разрез и фиксирован к коже. Проведены профилактические меры для декомпрессии желудка, прямой кишки, дренирован очаг инфекции.

Отмечено благоприятное течение ближайшего послеоперационного периода. Через 1,5 месяца рентгенологически произведена проверка на герметичность конструкции: затёков нет. Восстановлена целостность желудочно-кишечного тракта локальным доступом под местной анестезией. Произведён окаймляющий стому разрез. Кишка выведена на брюшную стенку вместе с подшитым отводящим концом. Приводящий и отводящий отделы рассечены продольно в месте фиксации. Сформирована передняя губа анастомоза. Участок от анастомоза до стомы иссечён, конец ушит двухрядным швом. Выздоровление.

Больная Р., 26 лет поступила в ГБУЗ КБ № 6 имени Г.А. Захарьина (Пенза) с жалобами на постоянные тупые боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,5°C, слабость, недомогание. Анамнез заболевания: месяц назад перенесла острый аппендицит с аппендикулярным инфильтратом. Проведено консервативное лечение, выписана домой. Через месяц после выписки стали беспокоить вышеперечисленные жалобы.

При осмотре в приёмном отделении больницы – через переднюю брюшную стенку пальпируется инфильтрат диаметром около 10 см, через прямую кишку достигается нижний полюс образования. При УЗИ определяется полость абсцесса диаметром до 5 см. После осмотра и сбора анамнеза больная госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения.

Интраоперационно: забрюшинный доступ невозможен, так как абсцесс располагался внутрибрюшинно, поскольку опухолевидное образование в животе свободно смещалось. Произведён локальный разрез в правой подвздошной области, обнаружен утолщённый отросток, тесно спаянный с подвздошной и слепой кишками, лежащими позади. Передней стенкой абсцесса, по сути, был сам аппендикс, при попытке осторожно выделить его,



Рис. 2 Схема расположения свищей в подвздошной и слепой кишках

под ним обнаружена полость абсцесса диаметром около 6 см и два отверстия по 2 см диаметром, идущие в инфильтрированную подвздошную и слепую кишки, которые представляли собой заднюю стенку (рис. 2).

Также из нескольких вариантов выбран ранее применявшийся способ. Произведено ушивание отверстий однорядным швом капроном № 3, прикрытые сальником, дренирование этой зоны 4 инъекционными дренажами, ушивание раны до дренажей. Предварительно из этого разреза, отступя 40 см орально, сформирована наша конструкция из подвздошной кишки (рис. 2) и внутрибрюшинно перемещена к произведённому длиной 5 см разрезу в левой боковой области. В этом отверстии сформирована илеостом. Послеоперационное течение без особенностей. Контрольная ирригоскопия через 3 недели: полное восстановление целостности желудочно-кишечного тракта, затёков нет. Под местной анестезией с внутривенной седацией произведено восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта. Выздоровление.

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на значительные достижения последних десятилетий и внедрение новых технологий в выполнении оперативных вмешательств, ощутимых результатов в уменьшении частоты несостоятельности толстокишечных анастомозов, которые достигают 13-16%, не наблюдается [4]. Именно несостоятельность толсто-толстокишечных анастомозов до 76% случаев приводит к летальному исходу. Разработка и внедрение в клиническую практику новых и оптимизация имеющихся способов толсто-толстокишечных анастомозов постоянно привлекают внимание хирургов [5]. Однако восстановление целостности желудочно-кишечного тракта путём наложения первичных анастомозов не всегда показано. Так, по данным В.И. Белоконева, в стадии энтеральной недостаточности возможно выведение стомы и формирование кишечных соустьев на фоне обязательной декомпрессии желудочно-кишечного тракта. В стадии бактериально-токсического шока и полиорганной недостаточности необходимо выведение кишечных стом, так как формирование первичных анастомозов противопоказано [6]. Выбор варианта наложения стомы должен основываться на технической возможности выполнения вмешательства с обязательной анатомической оценкой критической зоны оперативного вмешательства.

Представленные клинические наблюдения демонстрируют возможность успешного использования модифицированной обструктивной илеостомии, где главную роль играет полное выключение из пассажа кишечного содержимого через критическую зону, что позволяет достигнуть положительных результатов в лечении сложных свищей толстой кишки и толстокишечной несостоятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асланов АД, Сахтеева ЛМ, Жириков АВ. Кишечные свищи в практике хирурга. *Известия Кабардино-Балкарского государственного университета*. 2015;5(1):99-101.
2. Прохоров ГП, Волков АН, Мизуров НА, Краснов ГН. Редкие наблюдения больных с множественными несформировавшимися кишечными свищами. *Вестник Чувашского университета*. 2014;2:325-8.
3. Наврузов СН, Ахмедов МА, Мирзахмедов ММ, Курбанов ОА, Рустамов АЭ. Выполнение реконструктивных и восстановительных операций при тонко- и толстокишечных свищах. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2017;4:23-4.
4. Назаров ХШ, Курбанов КМ, Шарипов ХЮ. Современные технологии в комплексной диагностике и профилактике несостоятельности толстокишечных анастомозов. *Вестник Авиценны*. 2010;3:25-8.
5. Шарипов ХЮ, Курбанов КМ, Назаров ХШ, Садуллоев ДН. Инвагинационные анастомозы в хирургии толстой кишки. *Вестник Авиценны*. 2010;1:30-3.
6. Белоконев ВИ, Федорин АИ. Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью. *Вестник Авиценны*. 2012;3:30-3.

REFERENCES

1. Aslanov AD, Sakhtueva LM, Zhirikov AV. Kischechnye svishchi v praktike khirurga [Intestinal fistulas in the practice of a surgeon]. *Izvestiya Kabardino-Balkarskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2015;5(1):99-101.
2. Prokhorov GP, Volkov AN, Mizurov NA, Krasnov GN. Redkie nablyudeniya bol'nykh s mnozhestvennymi nesformirovavshimisya kischechnymi svishchami [Rare observations of patients with multiple unformed intestinal fistulas]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2014;2:325-8.
3. Navruzov SN, Akhmedov MA, Mirzakhmedov MM, Kurbanov OA, Rustamov AE. Vypolnenie rekonstruktivnykh i vosstanovitel'nykh operatsiy pri tonko- i tolstokischechnykh svishchakh [Performing reconstructive and reconstructive operations with thin and large intestine fistulas]. *Gastroenterologiya Sankt-Peterburga*. 2017;4:23-4.
4. Nazarov KhSh, Kurbanov KM, Sharipov KhYu. Sovremennyye tekhnologii v kompleksnoy diagnostike i profilaktike nesostoyatel'nosti tolstokischechnykh anastomozov [Modern technologies in complex diagnostics and prevention of insufficiency of colonic anastomoses]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2010;3:25-8.
5. Sharipov KhYu, Kurbanov KM, Nazarov KhSh, Sadulloev DN. Invaginatsionnye anastomozy v khirurgii tolstoy kishki [Invagination anastomoses in colon surgery]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2010;1:30-3.
6. Belokonev VI, Fedorin AI. Opredelenie pokazaniy k nalozheniyu anastomozov i vyvedeniyu kischechnykh stom u bol'nykh s peritonitom i ostroy kischechnoy neprokhodimost'yu [Determination of indications for the application of anastomoses and removal of the intestinal stoma in patients with peritonitis and acute intestinal obstruction]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2012;3:30-3.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Баулин Анатолий Афанасьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Баулина Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Баулина Наталия Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

Дарбишгаджиев Шарип Омарасхабович, аспирант кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Баулин Владимир Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований Пензенского института усовершенствования врачей. Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

И AUTHOR INFORMATION

Baulin Anatoly Afanasievich, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Prof. N.A. Baulin, Penza Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education

Baulina Olga Aleksandrovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Prof. N.A. Baulin, Penza Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education

Baulina Natalia Vladimirovna, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Penza State University

Darbishgadzhev Sharip Omaraskhabovich, Post-graduate Student of the Department of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Prof. N.A. Baulin, Penza Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education

Baulin Vladimir Anatolievich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Prof. Baulin, Penza Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Баулина Ольга Александровна
кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, онкологии и эн-
доскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовер-
шенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

440060, Российская Федерация, г. Пенза, ул. Стасова, 8А
Тел.: (+7) 8412 957895
E-mail: olga.kosenko@mail.ru

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Baulina Olga Aleksandrovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department
of Surgery, Oncology and Endoscopy named after Prof. N.A. Baulin, Penza
Institute for Advanced Training of Doctors – Branch of Russian Medical
Academy of Continuing Postgraduate Education

440060, Russian Federation, Penza, str. Stasova, 8A
Tel.: (+7) 8412 957895
E-mail: olga.kosenko@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: БАА
Сбор материала: ДШО, БВА
Анализ полученных данных: БАА, БОА, БНВ
Подготовка текста: БАА, БОА, БНВ, ДШО, БВА
Редактирование: БАА, БОА
Общая ответственность: БАА

Поступила 23.10.2017
Принята в печать 14.12.2017

Submitted 23.10.2017
Accepted 14.12.2017