

УДК 616.345-007.253+615.835.12

ТОЛМАЧЕВ А.Г.¹, КОЙЧЕВ Е.А.², ДЕРЕВЯНКО А.В.¹¹Центральная городская клиническая больница № 16 г. Донецка, Украина²Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

Не теряя актуальности, вопрос наружных свищей желудочно-кишечного тракта остается одним из наиболее сложных и дискуссионных в абдоминальной хирургии. По данным ряда авторов, частота их возникновения колеблется от 0,1 до 3,7–4 %, а по некоторым данным — до 7 % [1, 4]. Летальность составляет от 6,4 до 53,3 % и более [3]. Спорным остается вопрос тактики ведения таких больных. Наибольшие трудности в выборе тактики лечения возникают при лечении больных с несформировавшимися кишечными свищами [8]. Существуют данные, свидетельствующие о том, что трубчатые кишечные свищи различной локализации в 24–88 % заживают самостоятельно или под влиянием консервативной терапии [2, 5], тогда как губовидные свищи могут быть ликвидированы только оперативным вмешательством, а эффективность хирургического лечения свища возрастает с увеличением промежутка времени от момента его возникновения [3, 6, 7].

Отечественная хирургия имеет успешный опыт консервативного закрытия кишечных свищей с использованием вакуум-системы [1]. Однако использованная Н.И. Андриуци в 1962 г. методика предусматривает создание технически сложной, трехэтапной обменной системы жидкостного и кислородного противотока, что в наше время можно заменить современной системой создания активного вакуума с постоянным отрицательным давлением в ране.

В клинике хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе ЦГКБ № 16 г. Донецка в 2013 году успешно опробована методика закрытия толстокишечного свища путем использования вакуум-терапии. Представляем клинический случай.

Пациентка Б., 61 год, поступила в клинику 03.01.2013 г., через 2 суток после начала заболевания, в тяжелом состоянии с клиникой острой толстокишечной непроходимости. После кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке оперирована. Интраоперационно выявлена опухоль

ректосигмоидного отдела ободочной кишки размерами 4 × 3 см, прорастающая все слои кишечной стенки и полностью обтурирующая ее просвет (T4N0M0), что явилось причиной толстокишечной непроходимости. Отдаленных и регионарных метастазов не выявлено. Принимая во внимание тяжесть состояния больной, решено от первично-восстановительной оперативной тактики отказаться. Выполнена трансверзостомия, интубация тонкой кишки. Послеоперационный период протекал без особенностей, назоинтестинальный интубационный зонд удален на 4-е сутки, трансверзостома функционировала удовлетворительно. После стабилизации общего состояния через 12 суток после первой операции больная радикально оперирована. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия с сохранением трансверзостома для разгрузки сформированного анастомоза между поперечной ободочной кишкой и прямой кишкой.

В послеоперационном периоде состояние больной оставалось средней тяжести. Больная не лихорадила, питалась самостоятельно, аппетит сохранен, начала оправляться естественным путем, регулярно, кал оформленный, без патологических примесей, трансверзостома функционировала. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, жалоб больная не предъявляла. В анализах крови сохранялась смешанная анемия легкой степени (эритроциты — 3,0 Т/л, гемоглобин — 100 г/л), гипопропротеинемия (общий белок 40–44 г/л). В комплексе инфузионной нутритивной терапии больная получала препараты крови (свежезамороженную одногруппную плазму, 10% раствор альбумина), кристаллические и коллоидные инфузионные растворы (инфезол, рефортан, Рингера раствор), антибиотикотерапия проводилась препаратами из группы карбапенемов (инванз) в со-

© Толмачев А.Г., Койчев Е.А., Деревянко А.В., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

четании с орнидазолом, профилактика острых язв омепразолом, обезболивающие препараты.

Через 16 суток после выполнения левосторонней гемиколэктомии 08.02.2013 больная оперирована, выполнено восстановление толстокишечной непрерывности путем внебрюшинного закрытия трансверзостомы. На 3-и сутки послеоперационного периода на фоне удовлетворительного общего состояния больной по дренажам из подкожно-жировой клетчатки в месте ликвидации трансверзостомы получено скудное каловое отделяемое. У больной диагностирована частичная несостоятельность толстокишечного анастомоза с формирующимся трубчатым неполным толстокишечным свищом. Края каждой раны разведены, признаков флегмоны передней брюшной стенки нет, перитонеальные знаки отрицательные. С учетом отграниченности и адекватной дренируемости зоны несостоятельности толстокишечного анастомоза принято решение об использовании вакуум-системы. Рана тампонируется стерильным поролоновым obturatorом, на рану наложена герметичная пленка Ioban (рис. 1).

Путем подключения аппарата активной вакуумной аспирации в ране создано отрицательное давление. Первые 3 суток после начала проведения вакуум-аспирации перевязки выполнялись ежедневно, включая санацию раны раствором антисептика октенисепт, этапные некрэктомии.

За 3 суток при активной вакуумной аспирации получено до 300 мл отделяемого — раневой экссудат с примесью кала. После трехдневного лечения рана очистилась от некротических тканей, уменьшилась в размерах, появились активные грануляции (рис. 2).

В последующие 5 суток ежедневные перевязки не выполнялись. Рана тампонировалась и герметично закрывалась пленкой Ioban с сохранением постоянной вакуум-аспирации с целевыми значениями отрицательного давления 125 мм. рт.ст., поступления калового отделяемого при аспирации в данный период не отмечено. Показаниями к выполнению перевязки считали полное заполнение полости поролоновой



Рисунок 1. Наложение вакуум-аспирационной повязки

губки раневым отделяемым. Общее состояние больной все это время удовлетворительное, жалоб нет. Аппетит хороший, питается самостоятельно. Боли в животе, по ходу послеоперационной раны не беспокоят. Оправляется самостоятельно до 2 раз в сутки, кал оформленный, газы отходят. В анализах крови отмечается увеличение уровня общего белка до 50–55 г/л, лейкоцитарная формула без патологических сдвигов.

Через 5 суток после непрерывной активной аспирации выполнена перевязка. После снятия пленки Ioban с послеоперационной раны обращает на себя внимание мацерация кожи в месте наложения поролоновой губки, без признаков флегмоны. Рана более чем втрое уменьшилась в размерах, выполнена грануляциями от дна (рис. 3).

При длительной свободной экспозиции (более 30 минут) и вынужденном повышении внутрибрюшного давления (проба с натуживанием, кашель) калового отделяемого не получено. Края раны без признаков воспаления, в дне раны при ревизии свищевой ход не определяется. Пальпаторно передняя брюшная стенка без признаков инфильтрации и затеков, мягкая и безболезненная. Перитонеальных знаков нет. Рана



Рисунок 2. Вид раны после 3 суток вакуум-аспирации



Рисунок 3. Вид раны после 5 суток вакуум-аспирации

санірована раствором октенисепта, заповнена мазью левомеколь, перевязана.

Через 2 суток после прекращения вакуумной терапии пациента в удовлетворительном состоянии выписана из отделения. При контрольном осмотре рана полностью эпителизовалась через 7 суток после выписки.

Таким образом, мы имеем опыт успешного консервативного лечения формирующегося неполного трубчатого толстокишечного свища путем использования вакуум-терапии. Преимуществами данного метода являются малая травматичность, ранние сроки закрытия свища, непосредственный контроль за происходящим в ране с возможностью этапных санаций и некрэктомий, а также техническая простота и доступность метода. Среди нежелательных эффектов при длительном закрытом ведении раны отмечено появление мацерации кожи, что, вероятнее всего, обусловлено воздействием поролоновой губки на кожу, что, в свою очередь, может быть устранено подбором другого альтернативного материала с функцией активного сжатия и абсорбции. Стоит отметить, что важными являются правильная техника и последовательность ведения таких больных из-за необходимости профилактики формирования губовидных свищей из трубчатых и инфицирования кишечным отделяемым окружающих мягких тканей — подкожно-жировой клетчатки и кожи.

Выводы

Вакуумная терапия кишечных свищей — перспективный и развивающийся метод лечения. Возможность использования его как при только что открывшихся, так и при длительно функционирующих свищах с вовлечением в хронический воспалительных процесс парастомальных тканей без оперативных вмешательств делает его незаменимым при упорных и длительно текущих свищевых процессах в передней брюшной стенке. Методика вакуумной терапии позволяет значительно уменьшить сроки пребывания

больного в стационаре, снижая тем самым риск нозокомиальных инфекций и осложнений, что дает возможность ранней активизации больного, социальной адаптации и возвращения к привычному образу жизни, а значит, улучшает таким образом качество жизни.

Список литературы

1. Андриуци Н.И. Лечение наружных свищей желудочно-кишечного тракта методом искусственного противотока / Н.И. Андриуци // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1968. — Т. 100, № 3. — С. 138-142.
2. Барышников А.И. Лечение наружных кишечных и каловых свищей / Барышников А.И. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1968. — № 3. — С. 134-137.
3. Караванов Г.Г. К вопросу о кишечных свищах, спонтанных и наложенных с лечебной целью / Караванов Г.Г., Мандзюк В.Д., Витвинский К.Ф. // Клиническая хирургия. — 1971. — № 5. — С. 52-58.
4. Несформировавшиеся высокие кишечные свищи как актуальная проблема современной медицины / Э.П. Рудин, А.С. Ермолов, А.В. Богданов, А.С. Мионов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2004. — № 12. — С. 15-17.
5. Успешное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами / М.Ш. Хубутия, А.В. Жиганов, Е.Ю. Шибяев и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2012. — № 3. — С. 74-76.
6. Динерман Г.В. Успешное лечение больной с множественными кишечными свищами / Динерман Г.В., Бордуновский В.Н., Дрожилев М.А. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2003. — № 11. — С. 44-45.
7. Kaur N. Review of a hospital experience of enterocutaneous fistula / Kaur N., Minocha V.R. // Trop. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 21, № 4. — P. 197-200.
8. Никитин Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Никитин Н.А. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2001. — № 5. — С. 36-39.

Получено 12.09.13 □