

УДК 61

## **КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ И СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ КАК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

**Й.М. Хабибрахманова**

Студентка 4 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

**И.Р. Якупова**

Студентка 4 курса лечебного факультета

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ.

Работа была выполнена под руководством профессора, д.м.н Ижевской государственной медицинской академии **С.Н.Стяжкиной**

**Аннотация.** Вопросы абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест среди всех общехирургических проблем, так как операциям подвергается огромное число людей. Послеоперационные осложнения, требующие повторных вмешательств, также неуклонно растут, несмотря на то, что используются современные методы операции и современная техника.

Выявить послеоперационные осложнения трудно, так как начальная стадия может протекать скрытно. В последнюю стадию, когда пациенты обращаются за помощью, риск летального исхода уже возрастает и лечение производится лишь оперативно, в высокопрофильных больницах.

В своей статье хотим представить статистические данные по наиболее тяжелым и часто встречаемым послеоперационным осложнениям таким как кишечные свищи и спаечная болезнь.

Целью нашей работы явилось изучение частоты данных осложнений и найти более весомые этиологические факторы, которые приводят к данным патологиям.

**Ключевые слова:** Кишечный свищ, осложнение, операция, спаечная болезнь.

### **INTESTINAL FACIALS AND ADOLESCENCE AS POSTOPERATIVE COMPLICATIONS**

**U.M. Khabibrakhmanova** Izhevsk State Medical Academy

**I.R.Yakupova.** Izhevsk State Medical Academy

Scientific adviser - **Styazhkina S.N.** professor, doctor of medical science Izhevsk State Medical Academy.

**Abstract.** The questions of abdominal surgery occupy one of the first places among all general surgical problems, since an enormous number of people are exposed to operations. Postoperative complications requiring repeated interventions also increase steadily, despite the fact that modern methods of operation and modern technology are used.

It is difficult to detect postoperative complications, since the initial stage can proceed secretly. At the last stage, when patients seek help, the risk of a fatal outcome is already increasing and treatment is performed only promptly, in high-profile hospitals.

In our article, we want to provide statistical data on the most severe and frequently occurring postoperative complications, such as intestinal fistulas and adhesions.

The aim of our work was to study the frequency of these complications and find more weighty etiological factors that lead to these pathologies.

**Keywords:** intestinal fistula, complication, operation, adhesive disease.

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ — изолированные от брюшной полости отверстия в кишечной стенке, через которые просвет кишки сообщается с окружающей средой или с другим полым органом.[2]

Патогенез.

После оперативных вмешательств на кишечник происходит локальное нарушение циркуляции крови, что приводит к гипоксии, затем ишемии и в конечном итоге к некрозу данного участка.

На сегодняшний день наиболее часто свищевой ход возникает в послеоперационный период резекции кишечника. Не менее важную роль в развитии данной патологии играют такие послеоперационные осложнения как несостоятельность кишечных швов, скопление гноя между петлями тонкой кишки после операции по поводу перитонита, кишечная непроходимость после операции на кишечник.

Наихудший прогноз при высоких свищах в тонком кишечнике так как по ним происходит излитие значительного количества содержимого, что приводит к расстройствам в организме: со стороны системы пищеварения - нарушается всасывание нутриентов, возникает интоксикация организма; кровообращения – через свищевой ход теряется большое количество жидкости, пищеварительных соков, ферментов, электролитов и питательных веществ, отсюда снижается объем циркулирующей крови, возникает гемоконцентрация; мочевыделения – в результате обезвоживания через каналы почек циркулирует меньше крови, отсюда олигурия.

На данный момент классификаций кишечных свищей несколько. Наиболее полной и востребованной является классификация П.Д. Колченогова (1957), приведенная ниже.

По этиологии кишечные свищи могут быть: врожденные и приобретенные.

По местоположению свищевого отверстия: наружные, внутренние и комбинированные.

По расположению свищевого хода: желудочные, тонкокишечные и толстокишечные.

По выделяемому содержимому из органов: каловые, слизистые, гнойно-каловые, гнойно-слизистые.

По наличию осложнений: осложненные и неосложненные.

Спаечная болезнь кишечника также чаще всего возникает в послеоперационный период. Эта проблема в хирургии не утратила актуальность по сей день. У этой патологии нет специфических симптомов, часто она может длительное время протекать и вовсе бессимптомно и впервые быть обнаруженной после колоноскопии.

Существует множество вариантов классификаций спаечной болезни. В классификации Симоняна К.С. (1966г), Женчевского Р.А. (1989г) описывается стадии развития спаечного процесса в кишечнике. Напалков П.Н.(1977г) спаечный процесс классифицирует по стадиям развития и морфологическим изменениям кишечника. Балащенко Д.Н. приводит классификацию по объему патологического процесса. Объединив все вышеуказанные классификации можно прийти к следующему выводу:

По причине возникновения: Врожденные и приобретенные;

По объему патологического процесса: ограниченные, распространенные и сплошные;

По уровню возникновения: высокая (тонкокишечные спайки), низкая( толстокишечные спайки);

По стадиям:

1 стадия: Болевой синдром без задержки стула или с неустойчивым стулом и диареей;

2 стадия: Болевой синдром с задержкой стула;

3 стадия: Рубцово-спаечная обтурация и странгуляция кишечника.

Лечение в каждой стадии будет отличаться.В первой стадии можно применить консервативную терапию; во второй стадии назначается стационарный режим, консервативную терапию и плановое оперативное вмешательство; в третьей стадии экстренное хирургическое вмешательство.[3]

Причины возникновения спаечной болезни:

1. Открытые и закрытые травмы живота.

2. Хирургические вмешательства на органах брюшной полости.
3. Воспалительные заболевания органов брюшной полости.
4. Лучевая терапия ( при лечении онкологических заболеваний в брюшной полости)
5. Генетическая предрасположенность.

В основе патогенеза лежит экссудативное воспаление вследствие травмы брюшины. На месте повреждения брюшины возникает экссудат богатый фибрином, фибриновые образования выпадают на поврежденную область брюшины, и на вторые сутки покрывают ее. Поврежденные участки покрытые фибриновыми нитями при соприкосновении склеиваются между собой, появляются коллагеновые волокна, образуется хорошо васкуляризованная юная соединительная ткань, в ней в результате формирования анастомозов между сосудами и нервными волокнами, формируются спайки.

Полученные результаты показали, что за 2016 год у 12 пациентов были выявлены кишечные свищи. Основными причинами, которые привели к таким осложнениям были острый аппендицит у 1(8%), дивертикулы тонкого кишечника у 4 (33,3%), на месте лигатуры у 3 (25%), несостоятельность швов после операции-4 случая (33,3%) в основном после хирургических вмешательств, связанных с резекцией кишечника. Из них тонкокишечные у 8 (68%), свищ на месте лигатуры у 3 (25%), толстокишечный у 1 (7%) больных. На долю больных с наружными свищами приходится 2 (20%), с внутренними 10 (80%), сформированный свищ был выявлен у 2 (20%), несформированный у 10 (80%) пациентов. Данная патология в два раза чаще встречалась у женщин, чем у мужчин. У всех пациентов свищи являлись осложнением основного заболевания. Возраст пациентов как правило старше 50 лет 7 (67%).

Спаечная болезнь за 2016 год было выявлено у 22 пациентов, среди них мужчин-10 (45%), женщин-12(55%). Из них спаечная болезнь как основное заболевание при поступлении -8(36%); как сопутствующее заболевание, у 10 (45%); как осложнение основного заболевания, у 4 (19%) пациентов. Возраст пациентов, как правило, старше 50-16(72%)

и чаще она встречается у неработающего населения-16 (72%).

Основными причинами возникновения кишечных спаек являлись:

хирургические вмешательства в брюшной полости-18 случаев, ( из них после операции грыжесечение передней брюшной стенки 5 случаев, операции по поводу кишечной непроходимости 11 случаев, холецистэктомия-2 случая), тупые травмы живота 2 случая, воспалительные явления в брюшной полости (энтерит-1, холецистит-1).

Приводим клиническое наблюдение пациентки после левосторонней гемиколэктомии и экстирпации матки.

Больная X,54 года, женского пола, была переведена в хирургическое отделение РКБ№1 с осложнением - вскрытие толстокишечного свища в области рубца с отделяемым кишечного содержимого.

Жалобы при поступлении: общая слабость, боли в ране в эпигастральной области, отделяемое из свищей кишечного содержимого, повышение температуры тела до 38 градусов.

Состояние тяжелое, пациентка в сознании. Кожные покровы бледно-серого цвета, сухая. Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. АД 100/70 мм.рт.ст. ЧСС 96 ударов в мин.

Подкожно-жировая клетчатка умеренного питания. Живот мягкий, болезненный в местах эрозии околокишечного свища в области эпигастрия. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика выслушивается в правом подреберье и в области послеоперационной раны, определяется инфильтрат без четких границ. В левой подвздошной области сформировано свищевое отверстие. В эпигастрии по средней линии рана 3.5\*1.5 см с геморрагическим кишечным обильным жидким отделяемым, зловонного запаха. Эвакуировано до 800 мл отсосом. Рана промыта водным хлоргексидином.

За время пребывания в стационаре проведены анализы крови, мочи, кала, мокроты, отделяемого из раны, ультразвуковое исследование

органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография, рентгенография органов грудной клетки, фистульная холангиограмма.

В общем анализе крови количество эритроцитов снижено (RBC- $2.7 \cdot 10^{12}/л$ ), гемоглобин (HGB-60 г\л) снижен, в коагулограмме повышено содержание фибриногена(10 г\л), в биохимическом анализе крови высокое содержание мочевины(18,2 ммоль\л), количество общего белка понижено(40,0 г\л). В общем анализе мочи протеинурия (30 мг\л). В анализе мокроты обнаружены бактерии стафилококка. Заключение рентгенографии органов грудной клетки: Гиповентиляция базальных отделов легких.

Поставлен окончательный клинический диагноз –

Основное заболевание: Несформированный толстокишечный свищ, колостома.

Осложнения основного заболевания: -

Сопутствующие заболевания: анемия средней степени тяжести.

Проведено следующее консервативное лечение: режим стационарный, диета №1, глюкоза 5% по 500 мл. 1 раз в день внутривенно, раствор Рингера 1000 мл. 1 раз в день внутривенно, цифтриаксон 200,0 внутримышечно 2 раза в день, кеторол 1,0 внутримышечно 1 раз в день.

Хирургическое лечение: санация брюшной полости, дренирование. Катетеризация магистрального венозного сосуда. Проведена трансфузия.

Смертность после оперативного лечения кишечных свищей достигает 2-10% (в зависимости от вида свища и состояния пациента перед операцией). Самые частые причины смерти таких больных – сепсис и почечная недостаточность. При своевременном выявлении свищевого хода, возможно его самопроизвольное закрытие на фоне консервативной терапии в 40% случаев. Профилактика образования кишечных свищей заключается в своевременном выявлении и лечении фоновых заболеваний, приводящих к формированию свищевых ходов.

По полученным данным исследования, мы пришли к выводу, что кишечные свищи, как тяжелое осложнение, возникают чаще по поводу

несостоятельности кишечных швов после операции. Поэтому большое значение имеет в клинической практике профилактика и качественное наблюдение за больными после абдоминальных операций.

Клинический случай по спаечной болезни.

Больной X, 61 год, мужского пола, поступил в хирургическое отделение 1 РКБ с жалобами на общую слабость, тупые боли в эпигастральной области, иррадиирующие по всей поверхности живота, схваткообразные, стихающие на несколько минут, по интенсивности сильные. Беспокоят вздутие живота, тошнота и рвота, задержка стула в течение недели.

В 2016 году перенёс операцию - грыжесечение из-за пупочной грыжи, которая явилась фактором риска острой спаечной кишечной непроходимости, возникшей в данное время.

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное. Пульс= 80уд/мин. АД= 130/60 мм.рт.ст. Живот равномерно умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в пупочной области и левой фланке. Проба Шварца: непроходимость в желудке и проксимальных отделах тощей кишки. При перкуссии живота над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Над растянутыми кишечными петлями определяется высокий тимпанит. Толчкообразные движения руки над растянутыми кишечными петлями вызывают шум плеска, что свидетельствует о скоплении в приводящей петле жидкости и газа. При аускультации выслушивается периодическая усиленная перистальтика кишечника.

За время пребывания в стационаре проведены лабораторно-инструментальные исследования: анализ крови, мочи, обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография.

В общем анализе крови количество эритроцитов снижено (RBC- $3.4 \cdot 10^{12}$ л), гемоглобин (HGB-104 г\л) снижен, выявлена тромбоцитопения, в коагулограмме повышено содержание фибриногена(5,46 г\л), ПТИ (46000%), ПТВ (23,600сек), МНО(1,830), D-

димер(1.510,400 мкг/л) в биохимическом анализе крови высокое содержание мочевины(11,2 ммоль\л), количество общего белка понижено(49,0 г\л). В общем анализе мочи лейкоцитоз (6-7 в поле зрения, моча мутная).

Заключение обзорной рентгенографии органов брюшной полости: выявлены рентгенологические признаки частичной тонкокишечной в непроходимости. Заключение ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости - в левой половине брюшной полости определяется конгломерат петель кишечника 16x 8 см, с крайне вялой перистальтикой. Вокруг конгломерата и в брюшной полости свободная жидкость в небольшом количестве до 200мл. Заключение: признаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, свободная жидкость в брюшной полости, косвенные признаки тонкокишечной непроходимости.

Поставлен окончательный клинический диагноз –

Основное заболевание: Спаечная болезнь брюшной полости. Спаечная частичная тонкокишечная непроходимость

Осложнения основного заболевания: -

Сопутствующие заболевания: постгеморрагическая анемия 2 ст., Генерализованный атеросклероз аорты и её ветвей. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей 3ст. Гипертоническая болезнь 2 стадия 2 степени. ХСН-0.

Хирургическое лечение: лапаротомия, рассечение спаек, интубация кишечника.

Список литературы:

- 1) Истории болезни пациентов хирургического отделения БУЗ УР «РКБ №1 МЗ УР».
- 2) Б.А.Вицын, Е.М.Благитко «Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи».

- 3) Б.П.Филенко, В.П.Земляной, И.И. Борсак, А.С.Иванова «Спаечная болезнь: профилактика и лечение» монография. Санкт-Петербург 2013г.
- 4) Хирургические болезни : учебник /М.И. Кузин, О.С.Шкроб, Н.М.Кузин и др.М.:Медицина,2005.( ст.693-710)
- 5)Котков П.А. Возможности профилактики абдоминальной спаечной болезни //Сборник материалов «Мечниковские чтения-2012».-СПб.- 2012.- С.235-236
- 6) Красильников Д.М Ранняя спаечная послеоперационная непроходимость кишечника // Вестн. хир. - 1994. - Т.152. - №1/2. - С. 17-21.