

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Образовательная программа специальность 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) Кафедра госпитальной хирургии</p>	<p>УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ «Госпитальная хирургия, детская хирургия» МОДУЛЬ «Госпитальная хирургия»</p>
---	---	---

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов VI курса лечебного факультета

Тема: Кишечные свищи.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор



С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин научить диагностике различных кишечных свищей, изложить принципы их лечения и профилактики.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Тонкокишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение.
- 2). Толстокишечные свищи. Классификация, диагностика, лечение.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Кишечные свищи - это сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или с просветом другого полого органа. Они могут возникать после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. По данным литературы, тяжелые осложнения с летальными исходами у больных, подвергнувшихся внутрибрюшному закрытию наружных кишечных свищей, имеют более или менее стабильные показатели (от 6,4 до 18,8%).

Этиология и патогенез. Патогенез образования кишечных свищей до настоящего времени не вполне ясен и дискуссионен. Причины возникновения свищей желудочно-кишечного тракта многообразны, их можно сгруппировать следующим образом.

1 Причины, обусловленные патологическими процессами в брюшной полости:

перитонит, нагноение послеоперационной раны, эвентрация, туберкулез кишечника, актиномикоз, дивертикулит и др ,

несостоятельность швов анастомозов;

инородные тела (осколки, пули и др.);

возникшая в послеоперационном периоде острая кишечная непроходимость,

злокачественные опухоли кишки, прорастающие брюшную стенку,

некротические изменения в стенке кишки в результате расстройств кровообращения.

2 Причины, обусловленные тактическими ошибками.

- неправильный выбор хирургического доступа,

удаление червеобразного отростка или желчного пузыря из плотного инфильтрата,

недостаточная санация и дренирование брюшной полости, что ведет к развитию перитонита или длительное нахождение тампонов и дренажей в брюшной полости,

неправильный выбор объема резекции кишки и оценка ее жизнеспособности.

3. Причины, обусловленные техническими ошибками.

ранение или десерозирование кишки,

случайное подшивание кишки к передней брюшной стенке,

технические ошибки при формировании анастомозов и лечебных свищей,

случайное оставление в брюшной полости марлевых салфеток или хирургических инструментов

Классификация кишечных свищей (П. Д. Колченогое, 1964).

I. По времени возникновения - врожденные и приобретенные.

II. По этиологии- травматические, наложенные с лечебной целью, возникшие при заболеваниях кишки

По функции или степени сформированности.

1) несформированные свищи, 2) сформированные - полные и неполные свищи.

По локализации - высокие, низкие, одиночные, множественные.

V. По морфологии - губовидные, трубчатые.

VI. По наличию осложнений. 1) неосложненные, 2) осложненные: а) местные осложнения - абсцессы, флегмоны, гнойные затеки, дерматит, выпадение слизистой, кровотечение из свища,

б) общие осложнения - нарушение водного, солевого, белкового обменов, почечная недо-

статочность, истощение.

Несформированные кишечные свищи - когда имеется гнойная рана, в которую изливается кишечное содержимое через дефект кишечной стенки. Края раны могут быть покрыты грязно-фибринозным налетом. В рану пролабирует кишечная петля. При глубокой ране ко дну ее предлежит петля с зияющим свищевым отверстием или покрытая рядом лежащей петлей. При пальцевом обследовании могут определяться затеки в расслоенные ткани брюшной стенки, а также и в карманы брюшной полости. В особо тяжелых случаях отсутствуют ограничивающие фибриозные сращения кишечных петель, несущих свищ от свободной брюшной полости. С краев такой раны и из глубины выделяется гнойный секрет, смешанный с кишечным содержимым, а иногда и с непереваренной пищей. В окружности раны кожные покровы мацерированы.

Различают сформированные, губовидные и трубчатые свищи

Сформированные кишечные свищи - воспалительный процесс закончился или стойко ограничился, интоксикация прекратилась, организм адаптировался, и идет процесс репарации - имеется сформированный свищевой ход, по которому истекает кишечное содержимое.

Губовидные свищи. слизистая оболочка кишки непосредственно переходит в кожу при полном его формировании, пассаж практически совершается через приводящее колено, такой свищ функционирует как противоестественный проход, а в отводящем колене развиваются атрофические изменения, нефункционирующий отдел кишечника может спадаться, запустевать и даже облитерироваться. Губовидные сформированные свищи по происхождению могут быть самостоятельно возникшими и искусственно наложенными.

Трубчатые свищи, между кишкой и поверхностью тела имеется ход, выстланный грануляциями или рубцовой тканью. Диаметр наружного отверстия трубчатого свища меньше, чем у губовидного. Трубчатые свищи могут открываться наружу одним или несколькими отверстиями и располагаются на одной или нескольких петлях кишки.

Некоторые авторы выделяют еще решетчатые свищи, когда припаянная к коже петля кишки имеет множественные точечные отверстия.

Клиника и диагностика складывается из симптомов, характерных как для свища, так и симптомов заболевания, лежащего в его основе, и проявляется в первую очередь выделением жидкого тонкокишечного содержимого и газов. Количество отделяемого связано с локализацией, размерами, формой свища. При свищах, как правило, происходят нарушения деятельности, по существу, всех органов и систем, они достигают крайних степеней, приобретая подчас необратимый характер при высоких свищах. Чем выше свищ, тем выраженнее у больного патологические нарушения в организме в связи с большой потерей пищеварительных соков (желудочный, кишечный, панкреатический, желчь). Степень нарушения гомеостаза находится в прямой зависимости от основного заболевания, морфологии, уровня кишечного свища, различного рода сопутствующих заболеваний и осложнений. У больных, как правило, при формировании свища бурно развиваются воспалительные процессы в области раны и интоксикации. Отмечаются общая слабость, обезвоживание, гиподинамия, дефицит веса, высокая, с большими суточными колебаниями температура, температура кожи снижается, кожа и видимые слизистые сухие, из свища изливается в сутки до 5-7 литров кишечного содержимого, теряются электролиты, ферменты и белки. Постоянное выделение кишечного содержимого приводит к мацерации кожи, боли лишают пациентов сна и аппетита. Большое количество содержимого кишки и мацерация кожи характерны для больных с несформированными и высокими свищами. У больных развивается печеночно-почечная недостаточность. Тяжелая интоксикация может привести к нарушению психики, больные становятся раздражительными, агрессивными, теряют надежду на выздоровление, возможны суицидальные попытки. Наиболее тяжелое течение болезни характерно при формировании кишечного свища. К общим нарушениям организма относятся.

Гипопротеинемия.

Гипогликемия.

Нарушение водно-электролитного обмена: дегидратация, гипокалиемия, гипокальциемия, дефицит магния.

Гипокалиемия (N - 3,8--4,0 ммоль/л) клинически проявляется аритмией, тахикардией, падением артериального давления, рвотой, потерей аппетита, атонией желудка и кишечника, апатией, раздражительностью, иногда психозами.

Дефицит кальция - приводит к развитию судорог мышц («рука акушера», «конская стопа»), пароксизмальной тахикардии.

Дефицит магния проявляется рядом специфических симптомов - ларингоспазмом, бронхоспазмом.

Нарушения кислотно-основного равновесия обуславливаются развитием *метаболического ацидоза* вследствие значительной потери гидрокарбонатов в составе щелочного кишечного сока или *метаболического алколоза* при выраженной гипогликемии.

При высоких свищах наступают изменения в паренхиматозных органах - печени, надпочечниках, почках, поджелудочной железе с дистрофией этих органов и снижением всех функций.

В процессе диагностики следует получить ответы на следующие вопросы: локализация свища, состояние приводящей и отводящей петли, взаимоотношение кишки, несущей свищ, с соседними органами, брюшной стенкой.

В клинической практике применяются следующие методы:

Использование красящих и других веществ, которые дают больному внутрь (метиленовый синий, молоко, фурацилин, красное вино и т. д.). По скорости выделения этих веществ можно косвенно судить о локализации свища (метиленовый синий проникает в 12-перстную кишку из желудка через 3-4 минуты, в дальнейшем скорость движения 10 см/мин. О локализации свища в какой-то степени можно судить и по характеру отделяемого.

Пальцевое исследование свища - удается выяснить наличие сужения в отводящем колоне, дополнительных ходов в окружающие ткани.

Рентгенологическое исследование: сульфат бария дают внутрь через рот или вводят в отводящую петлю с целью определения локализации свища, места или уровня задержки контраста, скорости его пассажа по кишке. При толстокишечных свищах возможна ирригография. Эта информация имеет большое значение для хирургического вмешательства, при котором удаляется свищ, кроме того, следует ликвидировать перегибы, деформации отводящей петли, чтобы избежать гипертензии в области швов анастомоза в послеоперационном периоде.

При трубчатых свищах применяется фистулография с использованием водорастворимых контрастных веществ,

Определенную информацию о состоянии приводящей и отводящей петель тощей кишки дает эндоскопическое исследование.

При показаниях производят цитологическое и гистологическое исследование слизистой и всей стенки кишки.

Свищи, расположенные на тощей кишке, относят к высоким, на подвздошной и толстой - к низким.

Лечение. Может быть консервативным и оперативным. При этом трубчатые свищи при консервативном лечении закрываются примерно у 50% больных при средней продолжительности лечения 4-6 недель. Оно включает высококалорийное питание - энтеральное и парантеральное, коррекцию нарушений водного и электролитного баланса, уход за кожей вокруг свища, обтурацию свища с помощью различных обтураторов и пелотов.

Для предупреждения и лечения дерматита вокруг свища прибегают к средствам биологической защиты кожи - сырое мясо, яичный белок, молочный порошок, белковые жидкости в виде примочек салфетками; из физических средств - наиболее часто употребляемые

салицилово-цинковая паста и цинковая мазь, а также 10% водный раствор танина, используют тальк, гипс, древесный уголь и т. д., силиконовую пасту, пасту Лассара.

В последние годы находят применение химические методы с использованием ингибиторов (трисилол, контрикал), особенно при высоких свищах.

Существуют различные методы обтурации свища.

- внутрикишечная обтурация с помощью ватно-марлевых обтураторов, тампонов из мяса, губок, поролона, вводимых в просвет кишки на нитке и закрывающих свищ изнутри и сохранением проходимости естественным путем,

- баллонные обтураторы из тонкой резины, которые вводят в просвет, а затем раздувают (обтураторы Колченогова, Доронина и Митрохина, Хаскелсвича и т. д.);

- внекишечные методы обтурации - марлевые тампоны, пропитанные мазью, давящие повязки, поролоновые губки, которыми закрывают свищ снаружи.

Хирургические методы используются при губовидных и незаживающих длительное время трубчатых свищах, после стабилизации состояния больного.

Операции делятся на внебрюшинные и внутрибрюшинные. При первых операциях выделяется стенка кишки в зоне свища и ушивается дефект стенки 2-рядным швом после иссечения свищевого хода (трубчатые свищи и неполный губовидный свищ).

Внутрибрюшинные методы (губовидный полный, большой трубчатый) заключаются в выделении кишки из брюшной стенки и брюшной полости, иссечении свища и ушивании дефекта 2-рядным швом (например, ушивание по Мельникову с анастомозом 3/4 кишки). Иногда прибегают к резекции участка кишки, несущего свищ, с последующим анастомозом «конец в конец», «бок в бок», или «**конец в бок**».

II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /300 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Основные причины возникновения кишечных свищей.
2. Классификация свищей.
3. Клиническая картина при формирующих свищах.
4. Клиническая характеристика и течение заболевания при сформированных трубчатых и губовидных свищах.
5. Патолофизиологические изменения КЩС и водно-электролитного состава в зависимости от уровня свища.
6. Общие нарушения в организме больного при кишечных свищах.
7. Чем можно объяснить появление специфических симптомов у больного - судорог мышц («рука акушера», «конская стопа»), пароксизмальной тахикардии или таких симптомов, как ларингоспазм, бронхоспазм?
8. Перечислите применяемые методы диагностики и обследования.
9. Показания к консервативному лечению и хирургическому.
10. Перечислите консервативные методы и виды хирургических операций.
11. Какие существуют методы защиты кожи вокруг свища?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Атаманов В В. Лечение больных с сформировавшимися свищами // Хирургия 1984. №7 С 129-133
2. Ванцян Э И. Наружные и внутренние свищи в хирургической практике М - Медицина. 1952 264 с.
3. Волков П Т Оперативное лечение наружных свищей желудка и кишечника Л, 1968 145 с
4. Колченогое П Л Наружные кишечные свищи и их лечение. М - Медицина, 1964 235 с
5. Кузин М И Хирургические болезни М , 1958. 612 с
6. Курбанов Ч Ю Наружные послеоперационные кишечные свищи. Ташкент: Медицина, 1989. 96 с.
7. Макаренко Т. П., Богданов Л. В, Свищи желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1956. 144 с.