

Г. И. Андреев, В. К. Логачев

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
АМН Украины», г. Харьков

© Г. И. Андреев, В. К. Логачев

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБТУРАЦИИ НЕСФОРМИРОВАВШИХСЯ СВИЩЕЙ, РАСПОЛОЖЕННЫХ НА ЭВЕНТРИРОВАННЫХ ПЕТЛЯХ КИШЕЧНИКА

Резюме. Изучены результаты обтурации у 109 пациентов. Определены 6 типов топографо-анатомических соотношений петли, несущей свищ к ране. Установлено, что у 47,8% пациентов обтураторы линейного типа не обеспечивают герметизацию свищей. Применение в этих случаях конструкций с элементом, моделируемым по кривизне, позволяет повысить эффективность метода в 1,6 раза.

Ключевые слова: обтурация, кишечные свищи.

Введение

Основные сложности в выборе метода лечения несформировавшихся наружных свищей тонкой кишки (ННСТК) возникают при острой фазе, на фоне или вследствие незавершенного гнойно-воспалительного процесса в ране и/или брюшной полости, что, по мнению многих авторов, является противопоказанием к оперативному лечению, а также применению обтурации [1].

Исходя из опыта прошлых лет необходимо отметить, что лечение ННСТК в тот период не имело четкого алгоритма как в области инфузионной терапии, так и хирургического пособия.

В связи с этим была поставлена цель — изучить результаты обтурации ННСТК в зависимости от типа расположения свищесущей петли и применяемых конструкций.

Материал и методы

Изучены результаты лечения 109 пациентов с несформировавшимися свищами, расположенными на эвентрированных петлях тонкой кишки. У всех пациентов изучались морфометрические параметры дефекта кишечной стенки, приводящего и отводящего отделов кишки с помощью специального циркуля-измерителя или при мануальном (пальцевом) исследовании. Изучались размеры свищевого дефекта, отношение свищесущей петли к ране и угол между приводящим и отводящим отделами кишки, несущей свищ.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении топографо-анатомического соотношения свищесущей петли были выявлены следующие типы (рис. 1).

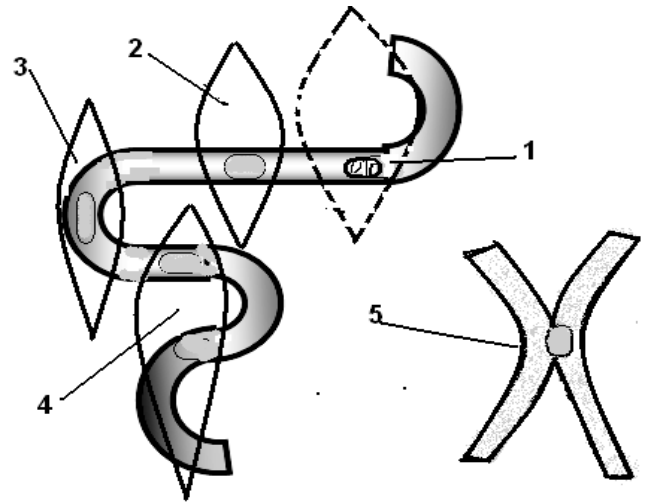


Рис. 1. Типы свищей в зависимости от топографо-анатомического соотношения в горизонтальной плоскости: 1 — горизонтальный Г-образный; 2 — линейный; 3 — U-образный горизонтальный; 4 — S-образный; 5 — X-образный

В поперечной плоскости встречались аркообразный, вертикальный Г-образный и U-образный типы (рис. 2).

Разработанные ранее конструкции обтураторов в основном были предназначены для времен-

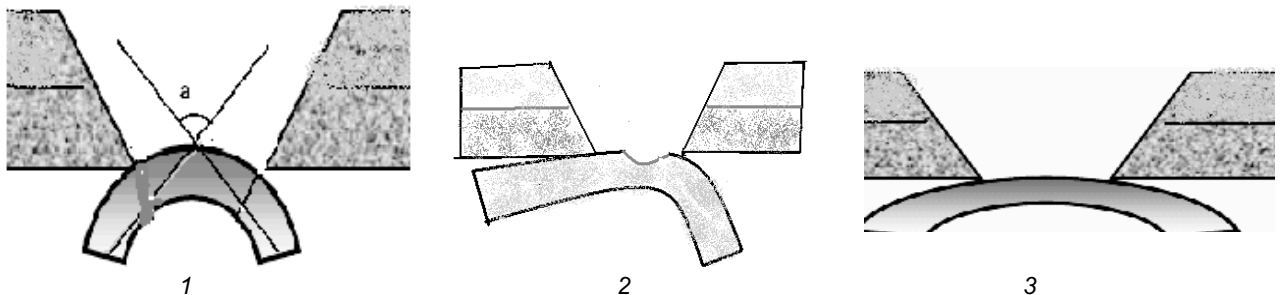


Рис. 2. Варианты расположения эвентрированной петли по отношению к париетальной брюшине и ране: 1 — вертикальный U-образный; 2 — вертикальный Г-образный; 3 — дугообразный



ной герметизации свищевых дефектов, не превышавших в поперечном направлении 1/2 диаметра кишки, либо дефектов любого размера при линейном типе отношения свищесущей петли к ране. Кроме того, для внутрикишечных элементов применялась трубка из силиконизированной резины диаметром 20—25 мм, которая обладала достаточной эластичностью, что позволяло использовать ее без доработок для герметизации свищей, расположенных на петлях со значительным изгибом в зоне дефекта.

С начала 90-х годов прошлого века трубки из силиконизированной резины диаметром более 12 мм перестали выпускаться серийно, и внутрикишечные элементы обтураторов начали изготавливать из поливинилхлоридной (ПВХ) трубки. Сразу же возникли проблемы с временной герметизацией свищей, расположенных на петлях, имеющих изгиб. Более жесткий материал не обеспечивал конгруэнтность по оси кишки в зоне дефекта. Это привело к изменению эффективности применения разработанных конструкций (табл. 1).

Таблица 1

Результаты обтурации кишечных свищей, расположенных на эвентрированных петлях, в зависимости от периода работы

Типы свищей	1-й период		2-й период	
	Всего	Обтур.	Всего	Обтур.
Линейный	24	4	22	22
Г-образный горизонтальный	2	0	3	1
U-образный горизонтальный	5	1	6	4
S-образный	1	0	2	1
X-образный	0	0	3	3
U-образный вертикальный	4	0	4	2
Г-образный вертикальный	2	0	3	1
Всего	38	5 (13,2%)	43	33 (76,7%)

Как видно из данных табл. 1, применение конструкций обтураторов разработки 1950—1970-х годов обеспечивало эффективную герметизацию дефектов в 1/5—1/6 случаев при линейном и горизонтальном U-образном типах свищей, большей частью при дефектах, не превышавших 1/2 диаметра кишки. Усовершенствованные конструкции, разработанные в 1980—1990-х годах, позволяли эффективно обеспечить герметизм при линейном и X-образном типе. В последнем случае обтурация осуществлялась по принципу bypass, аналогично линейному типу. При остальных типах эффективность не превышала 50% (9 из 18

наблюдений), и только в том случае, когда в зоне свищевого дефекта имелся линейный участок кишки протяженностью L+30 мм, где L-линейный размер свищевого дефекта. В остальных случаях обтурация либо вообще не выполнялась, либо была неэффективной.

Это побудило к разработке обтураторов с внутрикишечным элементом, моделируемым по кривизне и технологии предварительного стендового макетирования свища. Суть последнего заключается в изучении топографо-анатомических соотношений свищесущей петли и раны, моделированию аналогичных условий на специальном стенде, изготовлении соответствующей конструкции, апробации ее на стенде и, после этого, установки в свищ.

В результате применения такой технологии эффективность метода повысилась (табл. 2).

Таблица 2

Результаты применения технологии обтурации несформировавшихся свищей тонкой кишки на эвентрированных петлях

Типы свищей	2-й период		3-й период	
	Всего	Эффективно	Всего	Эффективно
Линейный	22	22	10	10
Г-образный горизонтальный	3	1	2	2
U-образный горизонтальный	6	4	6	5
S-образный	2	1	2	1
X-образный	3	3	2	2
U-образный вертикальный	4	2	4	3
Г-образный вертикальный	3	1	2	2
Всего	43	33 (76,7%)	28	25 (89,3%)

Судя по приведенным в табл. 2 данным, эффективность метода повысилась с 76,7 до 89,3%, при этом эффективность обтурации при свищах нелинейного типа — с 50 до 81,25%.

Выводы

1. У 47,8% пациентов с несформировавшимися свищами тонкой кишки, расположенными на эвентрированных петлях, отсутствуют условия для применения линейных конструкций обтураторов.

2. Применение предварительного стендового макетирования и конструкций обтураторов с внутрикишечным элементом, моделируемым по кривизне, позволяет повысить эффективность метода в 1,6 раза.



ЛИТЕРАТУРА

1. Атаманов В.В. Физиология и патология органов пищеварения / В.В. Атаманов. — Новосибирск, 1986. — С. 33—38.
2. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга / А.В. Богданов. — М.: Издательство Моше-ев. — 2001. — 200 с.
3. Белоконев В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И. Белоконев, Е.П. Измайлов. — Самара: Перспектива, 2005. — 239 с.

УДОСКОНАЛЕННЯ
ТЕХНОЛОГІЇ ОБТУРАЦІЇ
НЕСФОРМОВАНИХ НОРИЦЬ,
РОЗТАШОВАНИХ НА
ЕВЕНТРОВАНИХ ПЕТЛЯХ
КИШКІВНИКА

Г. І. Андреев, В. К. Логачов

IMPROVING THE
TECHNOLOGY OF
OBTURATION OF UNFORMED
INTESTINAL FISTULAS
LOCATED AT EVENTRATED
LOOPS

G. I. Andreyev, V. K. Logachov

Резюме. Вивчено результати обтурації у 109 пацієнтів. Визначено 6 типів топографоанатомічних співвідношень петлі, яка несе норицю до рани. Установлено, що у 47,8% пацієнтів обтуратори лінійного типу не забезпечують герметизацію нориць. Застосування в таких випадках конструкцій з елементом, що моделюється, дозволяє підвищити ефективність методу в 1,6 рази.

Ключові слова: обтурація, кишкові нориці.

Summary. Studied the results of obstruction in 109 patients. Identified six types of topographoanatomical relationships of loop that carries fistula to the wound. Found that in 47.8% of patients obturators of linear type do not provide a hermetic sealing of fistulas. Application in these cases, structures with an element, modeled from the curvature increases the efficiency of the method in 1,6 times.

Key words: obturation, intestinal fustulas.