



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2013135914/14, 30.07.2013

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
30.07.2013

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 30.07.2013

(45) Опубликовано: 10.11.2014 Бюл. № 31

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2180529 C2, 20.03.2002. US 20130006283 A1, 03.01.2013. ФЕДОРОВ В.Д. и др. Морфофункциональные аспекты при лечении больных с кишечными свищами. Хирургия. 1994 N10 с.36-39. КРИГЕР А.Г. и др. Хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011 7:4 [ON-LINE <http://www.mediasphera.ru>] pdf. КАНШИН Н.Н. (см. прод.)

Адрес для переписки:

350063, г.Краснодар, ул. Седина, 4, ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ России, главному патентоведу Дорониной Т.А.

(72) Автор(ы):

Бенсман Владимир Михайлович (RU),
Сидоренко Олег Васильевич (RU),
Гучетль Александр Якубович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России (RU)

(54) СПОСОБ ОДНОСТОРОННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТКЛЮЧЕНИЯ ВЫСОКИХ, ОТГРАНИЧЕННЫХ, НЕСФОРМИРОВАННЫХ, ИСТОЩАЮЩИХ ТОЩЕКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии. Осуществляют одностороннее хирургическое отключение высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей. Маркируют приводящий к свищу участок тощей кишки для его пальпаторного обнаружения во время операции. Вводят с помощью гастродуоденоскопа в приводящую к свищу тощую кишку через свищ или орально эндоскопический катетер. Пальпируют плотный катетер через кишечную

стенку. Экспонируют фиксированную спайками приводящую часть тонкой кишки задним, тупым ручным отделением. Способ обеспечивает безошибочное одностороннее отключение высокого, несформированного, тощекишечного свища, который продолжает функционировать как дефинитивная еюностома Майдля, разгружая межкишечный анастомоз, сокращает время операции, уменьшает травматичность, устраняя риск десерозирования приводящей кишки. 3 ил.

(56) (продолжение):

Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. М. Профиль 2007. JOHN M. MACKEIGAN, PETER A. CATALDO. Intestinal Stornas Principles, Techniques, and Management Second Edition. NEWYORK BASEL 2004



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21)(22) Application: **2013135914/14, 30.07.2013**(24) Effective date for property rights:
30.07.2013

Priority:

(22) Date of filing: **30.07.2013**(45) Date of publication: **10.11.2014** Bull. № 31

Mail address:

**350063, g.Krasnodar, ul. Sedina, 4, GBOU VPO
KubGMU MZ Rossii, glavnomu patentovedu
Doroninoy T.A.**

(72) Inventor(s):

**Bensman Vladimir Mikhajlovich (RU),
Sidorenko Oleg Vasil'evich (RU),
Guchetl' Aleksandr Jakubovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe bjudzhetnoe obrazovatel'noe
uchrezhdenie vysshego professional'nogo
obrazovaniya Kubanskij gosudarstvennyj
meditsinskij universitet Ministerstva
zdravookhraneniya Rossii (RU)**

(54) **METHOD FOR UNILATERAL SURGICAL ISOLATION OF HIGH, LIMITED, IMMATURE, DRAINING JEJUNAL FISTULAS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, namely to surgery. The method involves a unilateral surgical isolation of high, limited, immature, draining jejunal fistulas. A jejunal segment leading to the fistula is marked to be palpated intraoperatively. A gastroduodoscope is used to insert an endoscopic catheter into the jejunum leading to the fistula through the same or orally. A dense catheter is palpated through the intestinal wall. A leading portion of the small

intestine fixed by the adhesions is exposed by manual isolation from a posterior and blunt approach.

EFFECT: method provides the accurate unilateral isolation of the high, immature jejunal fistula, which keeps functioning as a definitive Maydle's jejunal tube, unloading the enteroenteroanastomosis, reducing the length of the operation, reducing the invasiveness, and eliminating the risk of de-serous treatment of the intestine.

3 dwg

Предлагаемое изобретение относится к медицине, а именно к хирургии высоких отграниченных несформированных тощекишечных свищей (ВОНТС), быстро приводящих к истощению больного. Расформированными принято называть кишечные свищи, открывающиеся наружу через гнойную рану, полость гнойного затека или вскрытого внутрибрюшного абсцесса. Истошающими высокие тощекишечные свищи становятся при некорректируемой потере тощекишечного содержимого в количестве более 500 мл в сутки или с аналогичной суточной утратой массы тела (Э.Н. Ванцян. Наружные и внутренние свищи. - М.: Медицина. - 1990. - 224 с.; В.Д. Федоров, В.В. Цвиркун, А.О. Жуков. Расформированные кишечные свищи //Лекции по гнойной хирургии / Под ред. В.Д. Федорова, А.М. Светухина. М.: Миклош. - 2004. - С.77-88).

Особенно это характерно для ВОНТС, образовавшихся спонтанно, после операции по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. Опасны тощекишечные свищи, осложнившие эвентерацию, которая возникает в результате нагноения и расхождения краев лапаротомной раны. Если пассаж по отводящей тощей кишке становится затрудненным из-за висцеропариетальных спаек, несформированные фистулы приобретают свойства и признаки полных свищей. Упорное консервативное лечение в подобной ситуации приводит к нарушению гомеостаза с возможным наступлением летального исхода (Э.П. Рудин, А.В. Богданов, А.П. Кошелев и др. // Хирургия. - 1991. - №5. - С.56-60). Поэтому больных с ВОНКС приходится оперировать, невзирая на тяжесть их состояния и высокую послеоперационную летальность, достигающую 50%-70% (Б.А. Вицын, В.В. Атаманов. Лечение больных с несформированными кишечными свищами. //Хирургия. - 1984. - №7. - С. 129-133; В.В. Жебровский, К.Д. Тоскин. Послеоперационные наружные кишечные свищи. // В кн. О.Б. Милонова и соавт. «Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии». - М.: Медицина. - 1990. - Глава 8. - С.257-290). Послеоперационная летальность у тяжелых, порой септических больных с ВОНТС обусловлена длительностью и травматичностью висцеролиза, а также инфицированием брюшной полости из раны, окружающей свищ (Г.А. Баранов, М.Ю. Карбовский // Хирургия. - 2006. - №7. - С.56-60). «Радикальное лечение несформированных тощекишечных свищей, в виде резекции замурованной спайками кишечной петли несущей свищ, редко приводит к успеху», на что указывал еще Э.Х. Кох в 1934 году. Вместе с тем, «практические хирурги пытаются выполнять такие рискованные операции достаточно часто». ... «Абсолютно бесперспективными были и попытки ушить свищевое отверстие на кишечной петле» (Цит. по Н.Н. Каншину: «Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит». - М.: Профиль. - 2007. - 160 с.). Неудовлетворенность результатами такого хирургического лечения побудила отдельных хирургов оперировать ВОНТС двухэтапно с использованием атипичных лапаротомных разрезов, удаленных от свища и окружающей его гнойной раны. Первым этапом выполняют одно- или двухстороннее (частичное или полное) отключение из пассажа тощекишечной петли, несущей свищ. При одностороннем выключении пересекают только приводящую к свищу кишку, а при двухстороннем - как приводящую, так и отводящую. Непрерывность тощей кишки восстанавливают анастомозом. Через несколько месяцев вторым этапом удаляют или реконструируют ранее выключенную петлю, несущую нефункционирующий свищ. Такая лечебная тактика была разработана в эксперименте еще в 1861 году Хаккенем (Hacken, 1861), а Сенном (Senn, 1893) успешно реализована в клинике (В.Д. Федоров, Д.С. Саркисов, В.В. Цвиркун и др. Морфофункциональные аспекты при лечении больных с кишечными свищами // Хирургия. - 1994. - №10. - С.36-39; Н.Н. Каншин. Расформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. - М.: Профиль. - 2007. - 160 с.).

Цитируемые авторы сообщают, что спаечный процесс часто препятствует полному отключению свища либо вынуждает оставлять отключенную кишку избыточной длины. Частичная спаечная облитерация брюшной полости может стать причиной ошибок при выборе уровня анастомозирования. Массивный спаечный процесс брюшины мешает не только выполнению операции, но и интраоперационному выявлению кишечных петель, подлежащих отключению. Поэтому для обнаружения приводящей и отводящей частей кишки, несущей свищ, используют дооперационную и интраоперационную фистулоэнтерографию с помощью катетеров Фолея, которые вводят через свищ в обоих направлениях. Применяют также инсуффляцию воздуха, введение раствора метиленовой сини и бариевой взвеси, которые просвечиваются через стенку тонкой кишки. В некоторых случаях для интубации кишки приходится производить энтеротомию. При множественных свищах с локализацией верхней фистулы глубоко в боковом затеке (т.е. при невозможности ввести в него катетер Фолея) используют введение воздуха в двенадцатиперстную кишку по зонду Блекмора, раздувая его манжетку.

Несмотря на все трудности, двухэтапное лечение обеспечивает асептичность и снижает травматичность операции, спасая порой обреченных на гибель больных. (Н.Н. Каншин. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит. - М.: Профиль. - 2007. - 160 с.) Недостатки, свойственные общепринятым методам оперативного лечения несформированных высоких тощекишечных свищей, а также сложности интраоперационной диагностики, побудили нас разработать способ надежного хирургического отключения свища, не связанный с трудностями обнаружения приводящей к нему кишки и без выполнения опасного висцеролиза в условиях непреодолимого висцеропариетального спаечного поражения брюшины.

В качестве ближайшего аналога принят способ хирургического лечения, рекомендованный В.Д. Федоровым и соавт. («Морфофункциональные аспекты при лечении больных с кишечными свищами» // Хирургия. - 1994. - №10. - С.36-39), а также Н.Н. Каншиным («Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит». - М.: Профиль. - 2007. - 160 с.). Описание ближайшего аналога взято из текста вышеприведенной монографии Н.Н. Каншина (2007).

Отключение кишечной петли, несущей свищ... «в идеале должно быть двухсторонним, с пересечением приводящей и отводящей петель и восстановлением непрерывности кишечника посредством анастомозирования». ...«При невозможности выполнить такое вмешательство, достаточно эффективным оказывается и одностороннее отключение, с пересечением только приводящей петли (выше свища) и с наложением анастомоза ниже свища на расстоянии, не менее 40 см от него».... «Операции следует предпослать рентгенологическое исследование, позволяющее установить расположение и состояние кишечных петель выше и ниже свища».... «При этом следует исключить наличие затруднения пассажа по отводящим отделам кишечника». «План операции составляют на основе оценки полученных рентгенологических данных».... «На операционном столе в приводящее и отводящее колено вновь вводят катетеры Фолея. Иногда такое введение из-за изгибов кишки приходится проводить по пальцу. Для герметичного блокирования просвета кишечных отрезков, баллоны обоих катетеров заполняют жидкостью»... «Планируемый разрез обозначают царапиной».

«Хирургический доступ зависит от данных дооперационного обследования».... «При высоких свищах нам чаще приходилось пользоваться тем, или иным, нестандартным, чаще левосторонним доступом».... «Разрез может быть косым подреберным с дугообразным изгибом вниз... Нередко нам приходилось прибегать к разрезу типа доступа к мочеточнику, но с рассечением брюшины».... «Проникнув в брюшную

полость, которая чаще всего при несформированных кишечных свищах оказывается облитерированной, осторожно разъединя сращения, пытаются нащупать баллоны катетеров Фолея. Если это удалось, то... введение по катетерам воздуха позволяет, с абсолютной точностью, подтвердить, которая из петель является приводящей, которая отводящей»... «В наиболее благоприятных случаях обе петли оказываются расположенными на близком расстоянии друг от друга. Тогда, по возможности, обе петли пересекают ближе к свищу, с ушиванием всех четырех культей наглухо и накладывают анастомоз «бок в бок».

«Если приводящая петля кишки с находящимся в ней катетером Фолея, который в ряде случаев не удается прощупать, оказывается на значительном расстоянии от хирургического доступа,... то хирург выполняет двухстороннее отключение достаточно длинного участка этой петли»... «Что касается длинного отводящего конца тощей кишки при двухстороннем отключении свища, то с течением времени в этом отрезке может скапливаться значительное количество... инфицированной слизи». Возникает хроническое воспаление с гнойной интоксикацией. Поэтому «такое отключение свища, с длинной отводящей петлей, нежелательно»... «Двухстороннее отключение большого участка отводящей тонкой кишки, при ее спаечной неподвижности, производить не следует, а отдавать предпочтение одностороннему отключению». Тогда... «при значительном расстоянии от односторонне отключенного свища до анастомоза, как при майделевской еюнотоме, кишечное содержимое не будет выделяться через свищ»... «В некоторых случаях приходится центральный конец пересеченной тощей кишки анастомозировать с поперечно-ободочной или сигмовидной кишкой»... «В отдаленном периоде после отключения производят либо реконструктивную операцию с включением в пассаж части отключенной кишки, либо полностью удаляют весь отключенный отрезок кишки».

Из содержания монографии Н.Н. Каншина (2007) и из нашего опыта следует, что распознавание приводящей и отводящей петель тощей кишки с помощью катетеров Петцера, представляется процедурой довольно сложной, многовариантной, требующей мастерства, изобретательности и времени. Интраоперационное выявление приводящей к свищу кишечной петли рентгенологическим методом существенно удлиняет время операции и увеличивает лучевую нагрузку на больного. Сложности выделения из висцеропаретальных спаек петель тощей кишки, имеющих отношение к свищу, могут изменить план операции и стать причиной ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений.

Задача предлагаемого изобретения, во-первых, упростить, сделать более точным и менее продолжительным интраоперационный поиск и распознавание приводящей к свищу тощей кишки, исключив при этом вред длительного воздействия на пациентов рентгеновских лучей. Второй задачей предлагаемого изобретения стало уменьшение травматичности хирургического отключения свища и снижение риска послеоперационных осложнений путем разработки нового хирургического доступа к приводящей кишечной петле, не сопряженного с прохождением через труднопреодолимую область концентрации висцеропаретальных спаек.

Сущностью изобретения является способ одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей, включающий маркировку приводящего к свищу участка тощей кишки, переднебоковую лапаротомию слева, хирургическое отключение свища вместе с окружающим его кишечным конгломератом рубцово-спаечного происхождения путем пересечения приводящей к свищу тощей кишки с ушиванием наглухо ее дистальной части и

анастомозированием отсеченного проксимального участка приводящей кишки с ближайшей, свободной от спаек, отводящей от свища кишкой, отличающийся тем, что для пальпаторного обнаружения во время операции приводящей к свищу тощей кишки в нее вводят с помощью гастродуоденоскопа через свищ до дуоденоеюнального перехода, или обычным оральным способом через дуоденоеюнальный переход, хорошо пальпируемый через кишечную стенку, штатный плотный катетер, а экспонируют эту приводящую тощую кишку задним, преимущественно тупым ручным отделением всей фиксированной висцеро-висцеральными спайками части тонкой кишки от левого латерального канала с ободочной кишкой и левой половины задней брюшной стенки до связки Трейца и дуоденоеюнального перехода.

Техническим результатом изобретения является безошибочное одностороннее отключение высокого несформированного тощекишечного свища на уровне приводящей кишечной петли с образованием обходного анастомоза. При этом кишечный свищ в течение 2-4-х суток послеоперационного периода продолжает функционировать как дефинитивная еюностома Майдля, разгружая межкишечный анастомоз. Отличительными преимуществами предложенного способа являются сокращение времени выполнения операции, в среднем на 40%, а также отказ от интраоперационного рентгеновского облучения пациента. Кроме того, доступ для отключения несформированного высокого тощекишечного свища и формирования обходного анастомоза выполняют путем ненасильственного тупого, ручного отделения всего связанного межкишечными спайками конгломерата тонкой кишки от задней брюшной стенки до связки Трейца. При этом отпадает риск десерозирования приводящей к свищу кишки, так как направление оперативного воздействия проходит между кишечником и задней стенкой живота, где труднопреодолимые висцеропариетальные сращения, как правило, отсутствуют. Поэтому операция протекает быстрее, надежнее и менее травматично, вследствие чего послеоперационная летальность достоверно снижается с $59,1 \pm 9,2\%$ до $23,1 \pm 11,2\%$ ($t=2,5$; $p<0,05$).

Предпосылкой для выполнения предложенного способа одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей, послужили топографоанатомические закономерности и интенсивность висцеропариетального спаечного процесса, выявленные нами при выполнении хирургических вмешательств у других 172 больных, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Установлено, что сплошной массив висцеропариетальных плоскостных, воспалительно инфильтрированных труднопреодолимых спаек локализуется тотчас позади и вблизи грубого рубца, образовавшегося после заживления лапаротомной раны вторичным натяжением (рис.1, позиция 1). Причинами несостоявшегося в прошлом заживления первичным натяжением, явились нагноение, несостоятельность кишечного шва, эвентерация, инфильтрат в глубине ушитой лапаротомной раны и лигатурные свищи. По мере удаления от лапаротомного рубца, адгезивный процесс становится менее выраженным. В области латеральных каналов, а также между всей тонкой кишкой и задней брюшной стенкой, иногда встречаются одиночные висцеропариетальные спайки (рис.1, позиция 2 в приложении). Благодаря этому, почти всегда удается свободно вскрывать брюшную полость косопоперечными разрезами в проекции латеральных каналов, а также перемещать тонкую кишку в медиальном направлении до корня брыжейки, отделяя ее от задней брюшной стенки без травматизации и десерозирования. В таких условиях становится возможным подойти к связке Трейца (дуоденоеюнальному переходу) слева и сзади, чтобы избежать опасного контакта с облитерированной спайками частью

брюшной полости, расположенной между тонкокишечным конгломератом, несущим свищ, и лапаротомным рубцом на передней брюшной стенке.

Предложенный способ одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей осуществляют при выполнении первого этапа их оперативного лечения. Для лучшего понимания предложенного способа его описание дополнено рис. 1-3. На рис.1, путем различной концентрации точечных символов, представлена топография и интенсивность висцеропариетального спаечного процесса, а также его отношение к рубцу лапаротомной раны. Позиция 1 этого рисунка демонстрирует самое большое количество висцеропариетальных сращений в проекции и ближайшем окружении послеоперационного рубца, а позиция 2 указывает на область левого латерального канала брюшной полости, в проекции которого они встречаются очень редко.

На рис.2 схематически изображено строение высокого несформированного тощекишечного свища и его отношение к окружающим органам и тканям. Позиция 3 демонстрирует наружное отверстие несформированного тощекишечного свища, а позиция 4 - связку Трейца. Позиция 5 обозначает левую половину ободочной кишки, позиция 6 - приводящую к свищу начальную петлю тощей кишки, позиция 7 - отходящую от свищевого спаечного конгломерата, свободную от спаек тонкую кишку, а позиция 8 - кишечный конгломерат, фиксированный вокруг несформированного свища спайками.

Рис.3 дает представление об одностороннем проксимальном отключении высокого несформированного тощекишечного свища. Позиции 9, 10, 11, 12 и 13 этого рисунка соответственно дублируют позиции 3, 4, 5, 7 и 8 рис.2. Позиция 14 на рис.3 указывает на обходной анастомоз, наложенный между проксимальным отрезком пересеченной приводящей тощей кишки, со свободной, отходящей от околосовищевого спаечно-кишечного конгломерата, тонкой кишкой. Позиция 15 обозначает ушитый наглухо дистальный отрезок приводящей к свищу тощей кишки.

Предложенный способ одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей осуществляют следующим образом.

Под комбинированным наркозом брюшную полость вскрывают левосторонним косым разрезом в виде удлиненного доступа Пирогова или Израэля. С целью безошибочного интраоперационного пальпаторного распознавания приводящей к свищу тощекишечной петли перед началом хирургического вмешательства производят ее маркировку. Для этого в приводящую к свищу тощую кишку вводят с помощью фиброволоконного гастродуоденоскопа ретроградно через свищ, или обычным антероградным способом через рот, штатный, хорошо пальпируемый катетер плотной консистенции. Важно, чтобы катетер, введенный через манипуляционный канал эндоскопа, хотя бы на 10-15 см проникал в первую петлю тощей кишки и маркировал при этом дуоденоеюнальный переход. После вскрытия брюшной полости в проекции левого латерального канала ладонью проникают между нисходящей ободочной кишкой и петлями тонкого кишечника. При наличии редких висцеро-висцеральных спаек между толстой и тонкой кишкой их рассекают без больших проблем. Далее весь массив тонкой кишки рукой и глубокими зеркалами отводят кнутри, до корня ее брыжейки. При этом рыхлые спайки между петлями тонкой кишки и задней брюшной стенкой, а также с брыжейкой поперечно-ободочной кишки, обычно уступают тупой диссекции, но иногда их приходится пересекать. Медиальное перемещение петель тонкой кишки выполняют до появления в поле зрения связки Трейца и дуоденоеюнального перехода (рис.2, поз.4). Убедиться в этом помогает пальпация маркировочного катетера в дуоденоеюнальном

переходе и в приводящей к свищу кишке. После этого оттесненная тонкая кишка передается ассистенту, а хирург приступает к выделению первой петли тощей кишки из межкишечных спаек. Эти спайки удается бескровно пересечь ножницами после их дигитоклазии на протяжении 10-30 см. Удаляться от связки Трейца на большее
5 расстояние не следует, так как при приближении к околосовищевому кишечному конгломерату спаечный процесс становится висцеропарияетальным, воспалительно-инфильтративным, плоскостным, в котором приводящая кишка срастается с рубцом передней брюшной стенки (рис.2, поз.6). При соблюдении этих правил, всегда удается мобилизовать без десерозирования до 10 см и более длины тощей кишки, чего бывает
10 достаточно для построения анастомоза. Дистальнее свищевого кишечного конгломерата находят не вовлеченную в плоскостной спаечный процесс отводящую, достаточно подвижную тонкую кишку (рис.2, поз.7), прослеживают ее проходимость до илеоцекального перехода и маркируют нитью «держалкой». Выделенную из спаек, начиная от связки Трейца, приводящую кишечную петлю у самого свищевого кишечного
15 конгломерата пересекают поперек. Просвет дистального отрезка приводящей кишки зашивают наглухо, чем выключают из пассажа весь кишечный конгломерат со свищом (рис.3, поз.15). Между центральным концом пересеченной приводящей кишки и первой, свободно отходящей от конгломерата маркированной кишечной петлей, но не ближе 30-40 см от свищевого отверстия, накладывают концебоковой анастомоз (рис.3, поз.14).
20 В раннем послеоперационном периоде не пересеченная, отводящая от свища кишечная петля, наподобие дефинитивной еюностомы Майдля служит для разгрузки анастомоза. С восстановлением перистальтики потери из свища прекращаются. Таким образом, восстанавливают непрерывность пищеварительного тракта. К межкишечному анастомозу подводят двухпросветный дренаж, который удаляют на 2-4 сутки после
25 операции. Лапаротомную рану зашивают съёмными, дренирующими мышечно-апоневротическими швами, которые предупреждают нагноение операционной раны и обеспечивают ее заживление по типу первичного натяжения (Бенсман В.М., Щерба С.Н. // Вестник хирургии. - 2000. - Т.159. - №1. - С.64-67).

Через 8-12 месяцев, когда состояние больных стабильно улучшается, а спаечный
30 процесс брюшины заметно редуцируется, выполняют второй этап хирургического лечения. Из окаймляющего свищевое отверстие веретенообразного доступа обычным способом резецируют выключенную кишечную петлю, несущую не функционирующий свищ, с сохранением межкишечного обходного анастомоза. Второй этап оперативного
35 лечения не имеет существенных отличий от методики, описанной в литературе (В.Д. Федоров, Д.С. Саркисов, В.В. Цвиркун и др. Морфофункциональные аспекты при лечении больных с кишечными свищами // Хирургия. - 1994. - №10. - С.36-39; Н.Н. Каншин. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит // М.: - 1999. - 114 с.; G.L. Hill. Operative Strategy in the Treatment of Ente-rocutaneous Fistulas. // World J. Surg. - 1983. - Vol.7. - №4. - p.446-450).

40 В период с 1979 по 2013 год под нашим наблюдением находилось 35 больных с высокими отграниченными, несформированными, истощающими тощекишечными свищами, которым было выполнено хирургическое лечение. Группу сравнения образовали 22 пациента, которым производили закрытие свищей или их отключение известными способами. Из них 9 больным кишечную петлю, несущую свищ, окаймили
45 веретенообразным разрезом и мобилизовали с применением протяженного энтеролиза. Десерозирование, связанное с энтеролизом, потребовало обширной резекции поврежденной кишки. Истощенные больные не всегда переносили столь травматичные и длительные вмешательства, в результате чего в 6 случаях наступил летальный исход.

Причинами смерти послужил перитонит, связанный с эвентерацией (1), стрессовыми перфорациями кишки (3), несостоятельностью шва анастомоза (1) и ранней спаечной кишечной непроходимостью (1). Выключение несформированных кишечных свищей через хирургические доступы, расположенные латеральнее свищевой раны, по методике, не имеющей существенных различий с ближайшим аналогом, выполнено у 13 больных. Подход к приводящей и отводящей петлям кишки, несущей свищ, осуществляли спереди, что всегда сопровождалось техническими трудностями, связанными с длительным разделением множества спаек. Из этих 13 больных семеро не перенесли оперативных вмешательств. Причинами смерти явился перитонит, развившийся после стрессовой перфораций кишки (2) и ее десерозирования (2), а также из-за несостоятельности швов анастомоза, наложенного в условиях гнойного воспаления брюшины (1). Один больной умер от истощения, после неудавшегося отключения свища, и еще один - от тромбоэмболии легочной артерии. Общая послеоперационная летальность в группе сравнения составила $59,1 \pm 9,2\%$.

В основной группе наблюдений, состоящей из 13 подобных больных, также по жизненным показаниям, выполнено одностороннее проксимальное отключение тощекишечной петли, несущей свищ, по разработанному авторами способу. Благодаря предоперационной эндоскопической маркировке приводящей к свищу кишечной петли вместе с дуоденоюнальным переходом интраоперационная ориентировка занимала гораздо меньше времени, нежели в группе сравнения. Заднебоковой хирургический доступ к приводящей к свищу тощекишечной петле исключил риск десерозирования, так как отпала необходимость протяженного энтеролиза. Этот доступ не только сократил продолжительность операции, но и заметно снизил ее травматичность. У больных основной группы наблюдений послеоперационный период протекал легче и с меньшим количеством осложнений, нежели в группе сравнения. По этой причине, из 13 оперированных больных умерло только 3 человека. Причинами смерти явилось крайне тяжелое, необратимое истощение больного (1), а также продолженный, вторично абсцедирующий распространенный перитонит (1), который ранее явился причиной эвентерации и образования тощекишечного свища. В одном случае, в периоде разработки и освоения предложенного способа была допущена ошибка в выборе уровня отключения приводящей кишечной петли. В результате этой ошибки свищ продолжал функционировать, и истощение достигло крайне тяжелой, необратимой степени. Причиной ошибки явилась недооценка значимости предоперационной маркировки, чего мы больше никогда не допускали. Таким образом, летальность в основной группе наблюдений, где применяли способ одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих тощекишечных свищей, составила $23,1 \pm 11,2\%$, что оказалось достоверно ниже, нежели в группе сравнения ($t=2,5$; $p<0,05$).

Клинический пример. Больная Зах-на 57 лет (истории болезни №2375 за 2005 г. и 10475 за 2006 г.) 18.02.2005 г. переведена в отделение гнойной хирургии Краснодарской краевой клинической больницы из другого лечебного учреждения. Диагноз: Стабильная эвентерация в лапаротомную рану с высокими несформированными тощекишечными свищами. Абдоминальный сепсис, истощение. До перевода, 20.01.2005 г. больная была оперирована по поводу вправимой послеоперационной вентральной 1 грыжи, а 30.01.2005 г. выполнена релапаротомия ввиду развившейся острой спаечной кишечной непроходимости. Ранний послеоперационный период осложнился нагноением лапаротомной раны, эвентерацией и перитонитом. Эвентерация отграничилась сращениями с краями разошедшейся лапаротомной раны и послужила причиной

образования трех несформированных тощекишечных свищей, локализующихся на одной кишечной петле, вблизи друг от друга. Потери кишечного содержимого через свищи достигали 2-2,5 литров в сутки, прогрессировало алиментарное истощение, обезвоживание, анемия и гипопроteinемия. Компенсировать нарушения гомеостаза всеми методами интенсивной терапии не удалось, что послужило витальным показанием для хирургического отключения тощекишечного свища.

Операция №56 (история болезни №2375): «Одностороннее отключение тощекишечной петли, несущей несформированные высокие, истощающие свищи», выполнена 21.02.2005 г. Непосредственно перед операцией проведено эндоскопическое исследование.

Гастродуоденоскоп проведен через свищ в приводящую кишечную петлю до дуоденоюнального перехода с оставлением в ней штатного эндоскопического катетера. Таким образом удалось маркировать всю приводящую кишечную петлю длиной 16 см. Брюшная полость вскрыта в проекции левого латерального канала косым, удлинненным до 30 см разрезом типа Израэля. Вся проксимальная половина тонкой кишки, вместе с поперечно-ободочной кишкой, вовлечена в спаечный процесс. В проекции фиксированной эвентерации кишечник на значительном протяжении в виде конгломерата прирос к передней брюшной стенке плоскостными, инфильтратоподобными висцеропариетальными сращениями. Около 1,5 метров подвздошной кишки оказалось почти свободной от спаек, что позволило проследить ее проходимость до илеоцекального угла. Этот участок кишки свободно перемещается до связки Трейца, поэтому его наметили для обходного анастомозирования и взяли на шов «держалку». Рассечены пленчатые сращения между левой половиной ободочной и тонкой кишками. Путем тупого, ручного разделения рыхлых спаек между петлями тонкой кишки и задней брюшной стенкой весь тонкокишечный массив смещен кнутри до корня брыжейки. Обнаружена связка Трейца, дуоденоюнальный переход и начало тощей кишки, в которой отчетливо пальпируется маркировочный катетер.

Дигитоклазией воспалительно инфильтрированных межкишечных спаек, с их рассечением, удалось без десерозирования освободить приводящую к свищу начальную часть тощей кишки на протяжении около 12 см. Дальнейшему выделению из спаек препятствует сращение этой кишки с рубцовым краем эвентерационного дефекта передней брюшной стенки. Отступая от этого рубежа на 2-3 см, приводящая кишечная петля пересечена в поперечном направлении. Просвет дистального ее отрезка ушит наглухо двухрядным непрерывным швом, чем достигнуто отключение тощекишечной петли, несущей кишечные свищи. Между проксимальным отрезком пересеченной приводящей тощей кишки и намеченной подвздошной кишкой сформирован концебоковой анастомоз узловым двухрядным швом. Около анастомоза на 3 дня оставлен двухпросветный трубчатый дренаж, а левосторонняя лапаротомная рана зашита съемными дренирующими мышечно-апоневротическими и редкими кожными швами. Операцию, которая длилась 2 часа, больная перенесла удовлетворительно.

Послеоперационный период протекал спокойно. На 4-е сутки восстановилась перистальтика, и кишечные свищи в эвентерационной ране перестали функционировать. Появился аппетит, несколько увеличилась масса тела. Операционная рана зажила первичным натяжением. Эвентерационный дефект постепенно сужен до щелевидного размера тензионными швами. Больная выписана под амбулаторное наблюдение через 23 дня после операции. Рекомендовано через 8-12 месяцев явиться для выполнения 2-го этапа оперативного лечения, что и было успешно выполнено 06.04.2006 г. (история болезни №10475).

Восстановительная операция заключалась в иссечении рубца с тремя

нефункционирующими свищами и отводящей тонкой кишкой длиной 37 см. Сохранен прежний межкишечный анастомоз и выполнена пластика дефекта передней брюшной стенки местными тканями. Осмотрена через 7 лет, 18.05.2013 г. Жалоб не предъявляет, масса тела адекватная, аппетит хороший, стул регулярный. Вентральной грыжи нет.

5 Имеется медикаментозно корригируемая психостения. Занимается домашним хозяйством в большой сельской семье.

Медико-социальный эффект

Практическое применение разработанного авторами способа одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных, несформированных, истощающих
10 тощекишечных свищей с использованием эндоскопической маркировки и заднебокового доступа к приводящей тощей кишке уменьшает травматичность вмешательства и снизило риск интестинального десерозирования. Одностороннее отключение тощекишечного свища позволяет ему в течение первых 2-5 послеоперационных суток функционировать, наподобие дефинитивной еюностомы Майдля. При этом свищ,
15 обеспечивая разгрузку межкишечного анастомоза в периоде послеоперационного пареза кишечника, уменьшает риск несостоятельности кишечного шва. При возобновлении кишечной перистальтики обильное истечение химуса из свища сменяется скудным выделением кишечной слизи. Перечисленные положительные стороны предложенного способа обеспечивают достоверное снижение числа послеоперационных
20 осложнений и летальности по сравнению с известными способами того же лечебного назначения.

Формула изобретения

Способ одностороннего хирургического отключения высоких, отграниченных,
25 несформированных, истощающих тощекишечных свищей, включающий маркировку приводящего к свищу участка тощей кишки, переднебоковую лапаротомию слева, хирургическое отключение свища вместе с окружающим его кишечным конгломератом рубцово-спаечного происхождения, путем пересечения приводящей к свищу тощей
30 проксимального участка приводящей кишки с ближайшей, свободной от спаек, отводящей от свища кишкой, отличающийся тем, что для пальпаторного обнаружения во время операции приводящей к свищу тощей кишки в нее вводят с помощью гастродуоденоскопа через свищ до дуоденоеюнального перехода или обычным
оральным способом через дуоденоеюнальный переход хорошо пальпируемый через
35 кишечную стенку штатный плотный катетер, а экспонируют эту приводящую тощую кишку задним, преимущественно тупым ручным отделением всей фиксированной висцеро-висцеральными спайками части тонкой кишки от левого латерального канала с ободочной кишкой и левой половиной задней брюшной стенки до связки Трейца и дуоденоеюнального перехода.

40

45

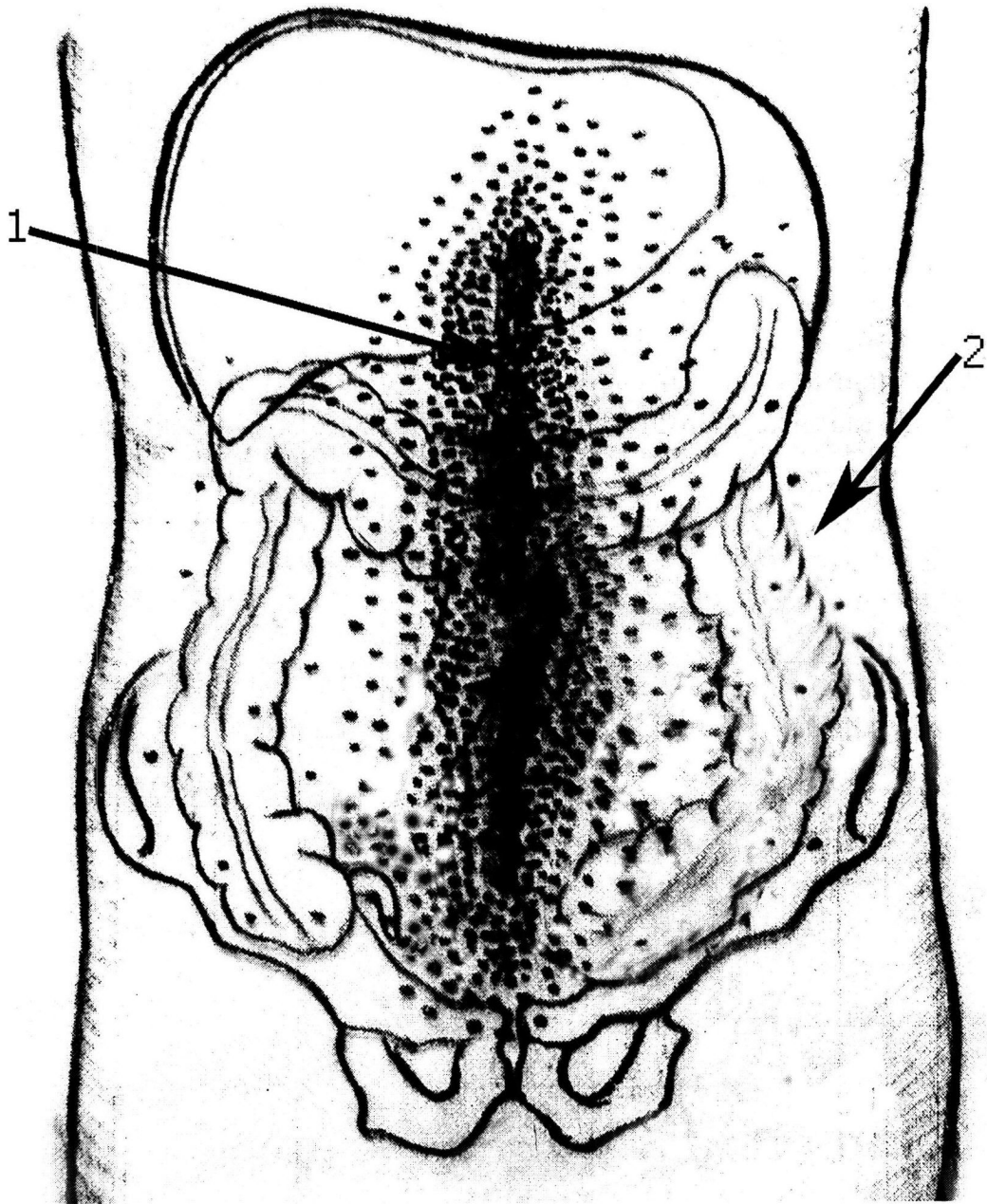


Рис.1

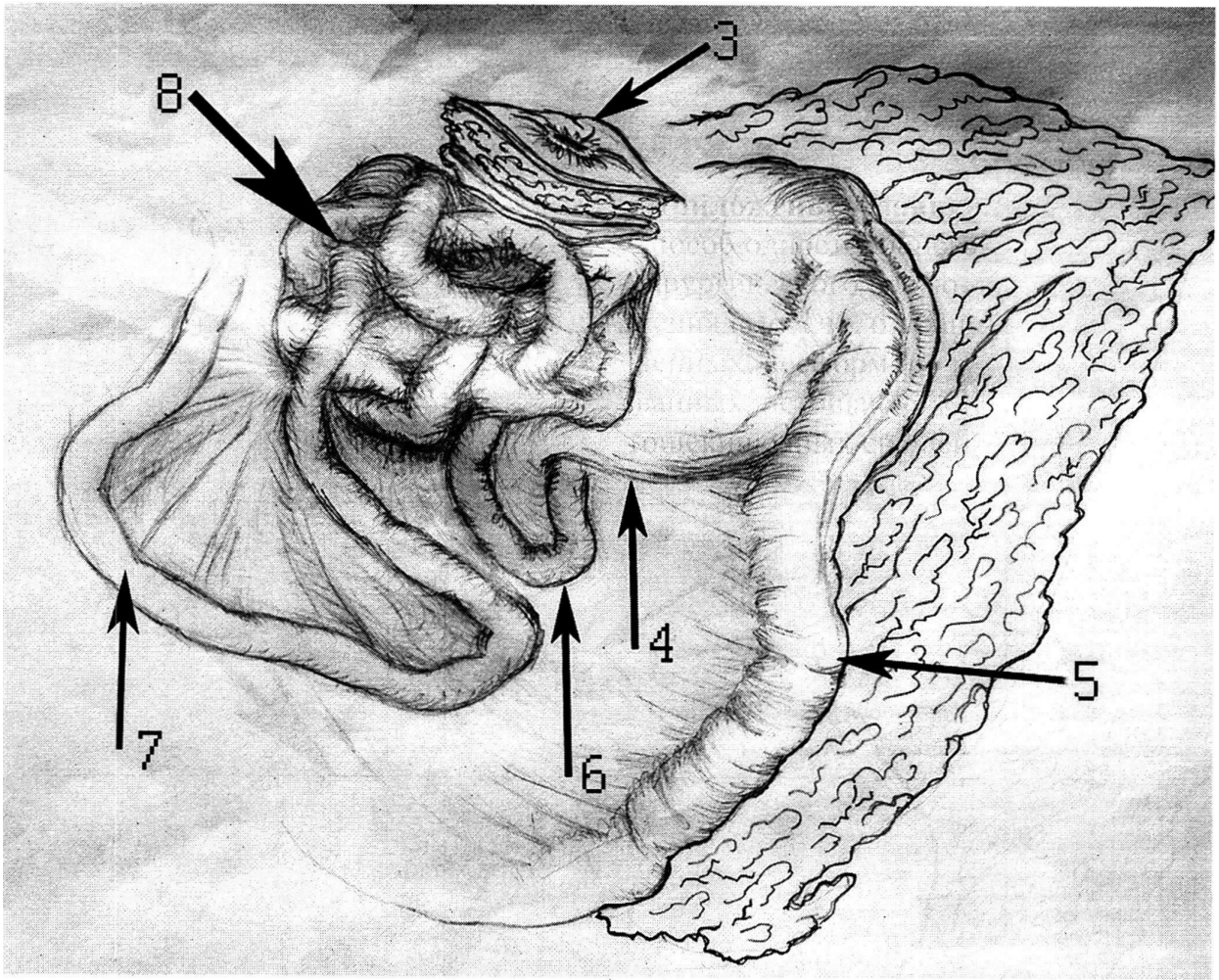


Рис. 2

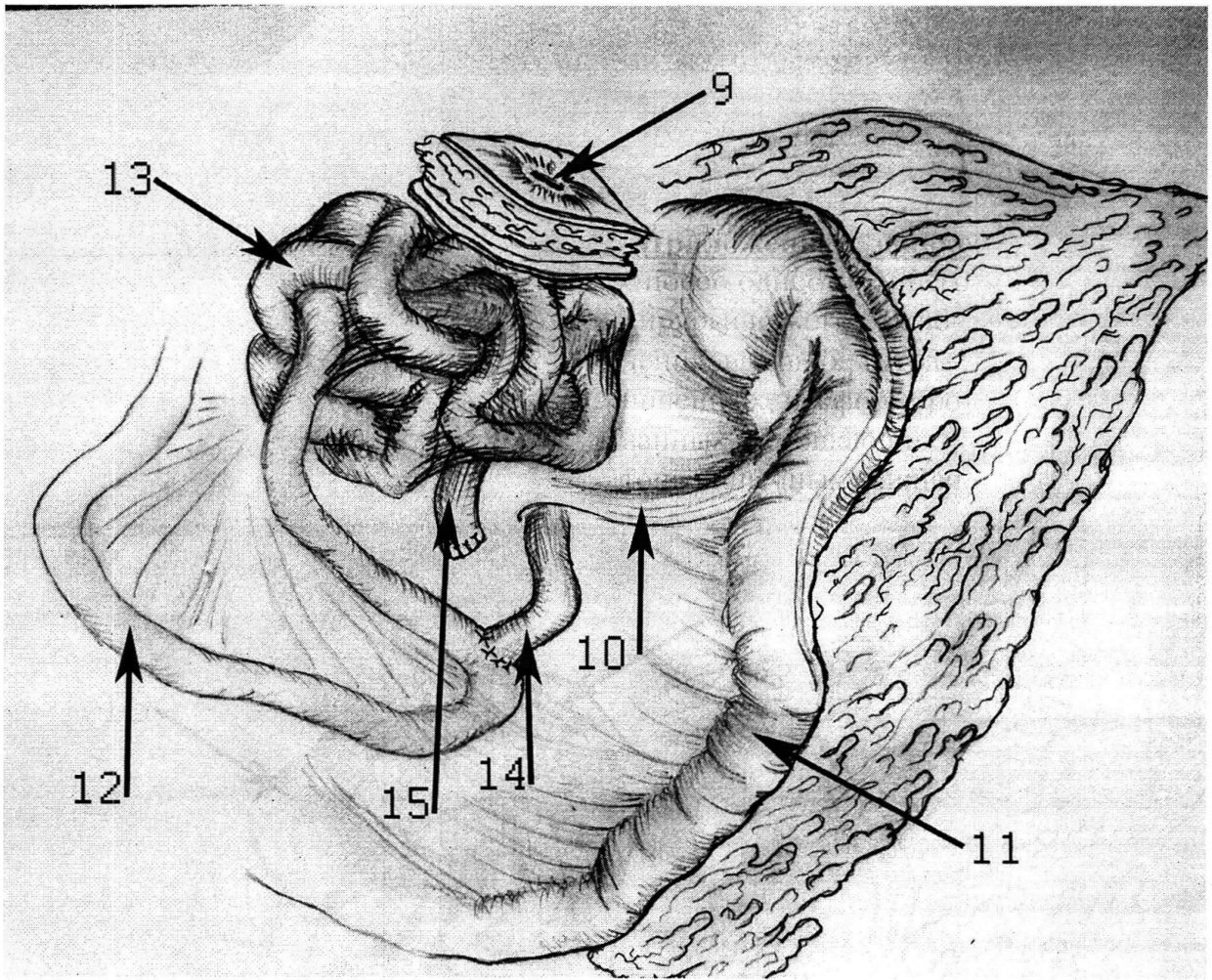


Рис. 3