

Article

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ ТОНКО-И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ

Ахмедов М.А.¹, Мирзахмедов М.М.¹

1. Ташкентская медицинская академия.

Аннотация. Улучшение результатов хирургического лечения тонко- и толстокишечных свищей путем улучшения диагностики и внедрения новых хирургических технологий.

Ключевые слова: кишечные свищи, фистулография, ирригография, илеостома, закрытие свища.

Введение. Совершенствование оперативных вмешательств и внедрение новых хирургических технологий позволяет избежать возникновения кишечных свищей. В связи с этим проблема их профилактики не теряет своей актуальности, поскольку при лечении кишечных свищей не удастся избежать новых осложнений, их рецидива и летальных исходов.

В большинстве случаев кишечный свищ – это послеоперационное осложнение, которое обрекает больного на длительное лечение, в том числе на неоднократные хирургические вмешательства [6]. По данным многих хирургов [8] летальность при свищах достигает 25%, а при свищах вследствие несостоятельности анастомозов она приближается к 68% [1,2,5]. Результаты консервативной терапии при высоких свищах не утешительны. В частности, консервативная терапия в 77,7% случаев приводит к гибели пациентов от кахексии [7,8,9].

Материалы и методы. В проктологическом отделении 1 Республиканской клинической больницы МЗ РУз. за период с 2005 по 2021 гг. проведено стационарное лечение 113 пациентов с тонко- и толстокишечными свищами. Из них мужчин было 48(42,5%), женщин – 65(57,5%). Их возраст был от 16 до 76 лет (38+4,2 лет).

Целями диагностических исследований при кишечных свищах являются: определение вида и локализации свища на протяжении желудочно-кишечного тракта, установление характера и длины свищевого хода; уточнение проходимости отводящего колена петли кишки, несущей свищ, и ее отношение с окружающими органами. Все эти задачи решаются применением комплексного обследования, включающего визуальное исследование раны со свищами, применение красителей внутрь или через клизму, рентгенологические методы. У всех пациентов был тщательно изучен анамнез заболевания, выполнен комплекс клинических, лабораторных, инструментальных (рентгеноскопия органов грудной и брюшной полостей, фистулография, ирригография) исследований. В зависимости от показаний изучали пассаж контрастного вещества по кишечнику, производили колоноскопию, эзофагогастродуоденоскопию и компьютерную томографию брюшной полости.

Ведущим методом диагностики кишечных свищей является рентгенологическое исследование. Оно позволяет точно установить локализацию свища, его характер и возможные осложнения. Общее тяжелое состояние пациента и наличие гнойной раны не должны служить противопоказанием к рентгенологическому обследованию.

Фистулография является наиболее информативным методом диагностики кишечных свищей. С ее помощью выявляют конфигурацию свищевого хода, что имеет большое значение для выбора правильного метода лечения. При свищах тонкой кишки выполняли исследование пассажа сульфата бария по кишечному тракту. Рентгенографию проводили с определенными интервалами времени от приема внутрь контрастного вещества. Это исследование дает возможность определить уровень локализации свищевого хода.

Характеристики исследуемой группы представлены в **таблице 1**.

Таблица 1.

Распределения пациентов по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы				Итого	
	16-20 лет	21-40 лет	41-60 лет	61 и старше	n	%
Муж	4	26	14	4	48	42,5
Жен	5	37	21	2	65	57,5
Всего	9	63	35	6	113	100

Чаще всего (86,7%) свищи тонкой и толстой кишок возникали у пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, т.е. у наиболее трудоспособных.

Результаты и обсуждение

Причины возникновения кишечных свищей представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Причины возникновения тонко- и толстокишечных свищей

Этиология кишечных свищей	Количество	
	n	%
Гинекологические операции	27	23,9
Аппендэктомия	24	21,2
Операции по поводу острой кишечной непроходимости	19	16,8
Операции по поводу травм живота	12	10,6
Нефрэктомия	7	6,2
Внебрюшинное закрытие илеостомы	6	5,3
Левосторонняя гемиколэктомия по поводу рака сигмовидной кишки	4	3,6
Холецистэктомия	3	2,6
Резекция двенадцатиперстной кишки	3	2,6
Грыжесечение	4	3,6
Болезнь Крона	2	1,8
Брюшноанальная резекция прямой кишки по поводу амебиаза	1	0,9
Симультанная операция по поводу эхинококкоза печени и гигантской грыжи передней брюшной стенки	1	0,9
Всего	113	100

Как видно из таблицы 2, у 111(98,2%) из 113 пациентов кишечные свищи сформировались после операций, выполненных в различных лечебных учреждениях по поводу заболеваний органов брюшной полости, и только в двух наблюдениях они были осложнением болезни Крона.

Таким образом, наиболее часто кишечные свищи возникали после гинекологических операций, аппендэктомии и операции по поводу острой кишечной непроходимости (61,9%).

После комплексного обследования пациентов установлена следующая локализация внутренних и наружных свищей тонкой и толстой кишок (таблица 3).

Наружные кишечные свищи имелись в 89 наблюдениях (78,3%), внутренние межорганные – в 24 (21,3%). Тонкая кишка была источником свищей в 33 наблюдениях (29,2%), ободочная – в 70(61,9%). Тонко-толстокишечные свищи имелись у 10 пациентов (8,9%).

Лечение кишечных свищей является сложной задачей. Это комплекс как консервативных (парентеральное питание, коррекция нарушений гомеостаза), так и хирургических мероприятий.

Перед тем как приступить к лечению, необходимо, прежде всего, установить, с каким свищем мы имеем дело: сформированным или несформированным.

Таблица 3.

Характеристика тонко и толстокишечных свищей

Вариант кишечного свища	Количество свищей	
	n	%
Наружные:		
тонкокишечные свищи	26	23,0
свищи слепой кишки	23	20,4
свищи сигмовидной кишки	14	12,4
тонко- и толстокишечные свищи	10	8,8
свищ нисходящего отдела толстой кишки	8	7,1
свищи восходящего отдела толстой кишки	5	4,4
множественные тонкокишечные свищи	3	2,7
Внутренние:		
коло-везикальные свищи	10	8,8
сигмо-влагалищные свищи	9	8,0
тонкокишечно-влагалищные свищи	4	3,5
свищ слепой кишки с мочевым пузырем	1	0,9

Консервативная терапия включает: назначение калорийного питания, регуляцию секреторной и моторной функций органов желудочно-кишечного тракта, устранение имеющихся в организме расстройств гомеостаза, симптоматическую терапию, местное лечение. Это лечение одновременно является и подготовкой к операции у больных со сформированными свищами. Операции целесообразно разделять на паллиативные, цель которых перевод функционирующего свища в нефункционирующий, и на радикальные, направленные на ликвидацию кишечного свища [3,4].

Радикальные оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию патологии, выполняют, если мы имеем дело с уже сформированными кишечными свищами. В результате достигается коррекция тех функциональных нарушений, которые явились следствием функционирования свища. Радикальные операции могут быть выполнены как внебрюшинными, так и внутрибрюшными способами. Последние более предпочтительны, так как можно хорошо осмотреть брюшную полость, определить характер патологических изменений и правильно выбрать способ ликвидации свищевого хода.

Из 113 пациентов у 15(13,2%) были установлены несформированные свищи, а у остальных 98(86,8%) - сформированные свищи тонкой или толстой кишок.

Для несформированных свищей было характерно наличие следующих осложнений: проявления более или менее выраженного перитонита и таких последствий функционирования свища, как обезвоживание, потеря электролитов, нарушение питания, мацерация кожи. Поэтому лечение было направлено на ликвидацию воспалительного процесса и коррекцию нарушений обмена и питания; создание таких условий, чтобы свищевой ход самостоятельно зажил или сформировался. Для сформированных свищей было характерно отсутствие острых воспалительных процессов, состояние пациентов было более стабильным, поэтому лечение было направлено только на ликвидацию кишечного свища.

Показания к операции ставили в зависимости от локализации, стадии развития свища, количества и характера кишечного отделяемого, эффективности консервативной терапии, наличия сопутствующих осложнений. Оперативные вмешательства, выполненные по поводу кишечных свищей, представлены в таблице 4.

В хирургической тактике преобладали различные резекции кишечного сегмента со свищом – 101 наблюдение (89,4%). Среди них только изолированные резекции выполнены 91 пациенту, а комбинированные – в 20 наблюдениях (резекции культи шейки матки – 11, влагалища – 7, нефрэктомии – 2). Только иссечение наружного свищевого хода и ушивание дефекта кишки выполнено в двух случаях. В остальных 10 наблюдениях разобщающих операций при внутренних свищах иссекали участок мочевого пузыря со свищевым отверстием (n=7), мочевого пузыря и влагалища (n=2),

только влагалища (n=1).

Таблица 4.

Виды оперативных вмешательств при кишечных свищах

Характеристика оперативных вмешательств	Количество свищей	
	n	%
Резекционные на тонкой и/или толстой кишках:		
Иссечение свища слепой кишки и наложение кишечного анастомоза по Мельникову	22	19.5
Иссечение свища и резекция тонкой кишки с наложением энтеро-энтеро анастомоза	21	18,6
Правосторонняя гемиколэктомия, илеотранзверзо-анастомоз	13	11.5
Резекция сигмовидной кишки, резекция культы шейки матки с наложением сигморектального анастомоза	11	9.7
Резекция сигмовидной кишки, десцендоректальный анастомоз	8	7,1
Иссечение свища тонкой кишки, резекция культы влагалища с наложением энтеро-энтеро анастомоза	7	6.2
Левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза	5	3,5
Иссечение свища с резекцией тонкой кишки и наложение энтеро-энтеро анастомоза	4	3.5
Резекция илеоцекального угла по поводу свища подвздошной кишки с наложением илеоасцендо анастомоза	4	3.5
Резекция поперечно - ободочной кишки с наложением коло-коло анастомоза	2	1.8
Левосторонняя гемиколэктомия и нефрэктомия по поводу свища нисходящей кишки и карбункула левой почки	2	1.8
Тотальная колэктомия, илеоректальный анастомоз по поводу болезни Крона, осложненной свищом сигмовидной кишки	2	1.8
Иссечение свищей, разобщение органов:		
Иссечение свища прямой кишки и мочевого пузыря, ушивание дефектов и наложение эпицистостомы	2	1.8
Иссечения свища тонкой кишки с наложением илоректального анастомоза		
Иссечение свища прямой кишки, мочевого пузыря и влагалища, ушивание их дефектов и наложение сигмостомы и эпицистостомы	2	1,8
Иссечение свища низведенной кишки и влагалища после операции брюшно - анальной резекции прямой кишки по поводу ЯК, ушивание их дефекта	1	0.9
Закрытие илеостомы, иссечение свища прямой кишки и мочевого пузыря с ушиванием их дефектов	1	0.9
Всего	113	100

Как видно из таблицы 4, иссечение свища слепой кишки и формирование кишечного анастомоза по Мельникову выполнены в 22 (19,5%) наблюдениях. Причинами возникновения свища слепой кишки были перенесенные операции по поводу гангренного перфоративного аппендицита, тифлита. 25(22,1%) пациентам произведено иссечение наружного свища и резекция тонкой кишки с формированием энтеро-энтероанастомоза. Одному из них была выполнена симультанно холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Причинами возникновения свищей были и перенесенные операции по поводу острой кишечной непроходимости и закрытой травмы живота.

Возникновение толстокишечных свищей было связано с операциями по поводу открытых и закрытых травм живота, с операциями по поводу калькулезного холецистита и опухолей восходящей ободочной кишки. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотранзверзоанастомоза выполнена 13(11,5%) пациентам. Резекция сигмовидной кишки и культы шейки матки с наложением сигморектального анастомоза выполнена – у 11(9,7%), резекция сигмовидной кишки с наложением десцендоректального анастомоза при помощи циркулярно сшивающего аппарата – у 8(7%); резекция тонкой кишки со свищом, резекция культы влагалища, формирование энтероэнтеро анастомоза – у 7(6,2%); иссечение свища прямой кишки и мочевого пузыря, ушивание дефектов, наложение эпицистостомии выполнены у 6 пациентов (5,3%); левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза выполнена у 5 пациентов(4,4%). Четырежды произведена резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза по поводу свища подвздошной кишки.

Дважды произведено иссечение свища подвздошной кишки и наложен илеоректальный анастомоз. У этих пациентов кишечный свищ возник после тотальной колэктомии по поводу язвенного колита. Дважды выполнено иссечение толстокишечно-желудочного свища, резекция поперечноободочной кишки с наложением коло-коло анастомоза. Этим пациентам ранее была произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. В двух наблюдениях произведены симультанные операции по поводу свищей нисходящего отдела толстой кишки и карбункула левой почки. Им произведены левосторонние гемиколэктомии и нефрэктомии. Двум пациентам с болезнью Крона толстой кишки с тотальным поражением, осложненной наружным свищем сигмовидной кишки, выполнена тотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза.

Дважды выполнено иссечение свища прямой кишки с мочевым пузырем и влагищем. В одном наблюдении после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки диагностирован свищ низведенной кишки с влагищем. Произведена резекция низведённой кишки с ушиванием дефекта стенки влагища. У одного пациента после тотальной колэктомии с наложением илеоректального анастомоза и превентивной петлевой илеостомии по поводу язвенного колита, наблюдался внутренний свищ прямой кишки с мочевым пузырем. Произведено иссечение свища с ушиванием дефекта прямой кишки и мочевого пузыря с наложением эпицистостомии. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию с учетом данных бактериологического посева и чувствительности микроорганизмов, коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений для нормализации клиничко-биохимических показателей крови. У 9(8%) пациентов наблюдались следующие ранние осложнения: нагноение послеоперационной раны – у четырех, частичная несостоятельность сигморектального и илеоректального анастомоза - у трех. Дважды возникла острая спаечная кишечная непроходимость. Произведены релапаротомии с рассечением спаек, назоэнтеральная интубация. Летальных исходов не было. После операций по поводу кишечных свищей, при которых производится формирование анастомозов, велика опасность несостоятельности швов. К этому предрасполагает много факторов, и, прежде всего, тяжелое состояние пациентов, гипопротейнемия, нарушения обменных процессов, наличие инфекции. Немаловажное значение имеют послеоперационный парез кишечника, особенно выраженный у этой категории больных, и довольно частые нагноения послеоперационных ран. При возникновении несостоятельности швов клинические проявления практически всегда бывают стертыми, а лабораторные данные малоинформативными. Поэтому при подозрении на несостоятельность швов следует использовать ультразвуковые, рентгенологические методы исследований, при необходимости, компьютерную томографию.

Результаты. Наиболее часто кишечные свищи возникают после гинекологических операций - у 23,9%, аппендэктомии – у 21,2% и операции по поводу острой кишечной непроходимости – у 16,8% больных.

Заключение. Хирургическая тактика зависит от клиничко-анатомического типа свища с учетом проходимости отводящего отдела кишечника и степени компенсации нарушений гомеостаза. Среди радикальных операций по поводу кишечных свищей наилучшими являются внутрибрюшные операции, при которых у 92,4% больных достигается полное выздоровление без послеоперационных осложнений.

Выводы

1. Наиболее часто кишечные свищи возникают после гинекологических операций (23,9%), аппендэктомии (21,2%) и операций по поводу острой кишечной непроходимости (16,8%).

2. Лечение кишечных свищей остается чрезвычайно сложным и требует высокого профессионализма, больших материальных затрат лечебного учреждения.

3. Хирургическая тактика зависит от клиничко-анатомического типа свища с уче-

том проходимости отводящего отдела кишечника и степени компенсации нарушений гомеостаза.

4. Среди радикальных операций по поводу кишечных свищей наилучшими являются внутрибрюшные операции с резекцией кишки, несущей свищ (89,4%). Среди них в 20 наблюдениях понадобились комбинированные резекции смежных органов (19,8 % от их общего количества). В 10 других наблюдениях при внутренних свищах выполнены разобщающие операции с иссечением свищевых ходов и ушиванием свищевых дефектов (8,8%). В двух наблюдениях наружных тонкокишечных свищей удалось их иссечь без резекции кишки.

5. Дифференцированная хирургическая тактика позволила в 92,4 % наблюдений достичь выздоровления пациентов без ранних послеоперационных осложнений.

Список использованной литературы:

1. Базаев А.В., Овчинников В.А., Соловьев В.А., Пузанов А.В. Результаты лечение наружных кишечных свищей. //Хирургия – 2004.- №1. – С.30-33.
2. Динерман Г.В., Бордуновский В.И., Дрожилов М.А. и др. Успешное лечение больных с множественными кишечными свищами. // Хирургия -2003.- %11. –С.44-45.
3. Кригер А.Г., Звягин А.А., Королев С.В. и др. Хирургическое лечение несформированных свищей. // Хирургия – 2011. - №7. –С.4-13.
4. Куджева Ф.А. Активная хирургическая тактика в комплексном лечении несформированных тонкокишечных свищей: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ставрополь 2004; 23.
5. Климушев В.Н., Левчук Е.Ю., Мальгин Б.Д., Власов А.А. Показания и противопоказания к внебрюшинному закрытию наружных кишечных свищей. // Вестн. хирургия. – 2003.- №6. –С. 64-66.
6. Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф. Лечение несформированных свищей.Казанский медицинский журнал 2010. - №2(том.91). – С.213-215.
7. Хубутя М.Ш. Жиганов А.В., Пахомов Г.В. и др. Профилактика и лечение наружных свищей. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2010. - №3. –С.-17.
8. Хубутя М.Ш. Жиганов А.В., Шibaев Е.Ю. и др. Успешное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами. //Хирургия. – 2012. -№3. –С. 74-76.
9. Stawincki S. P., Braslow B. M. Titulas gastrointestinalis en abdomen abierto (fistulas enterostomicas) Philadelphia 2008. V.2. №1.