

© С.А.Воробьев, Е.Ю.Левчик, 2008
УДК 616.34-007.253-089-059

С.А. Воробьев, Е.Ю. Левчик

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Хирургическое отделение № 7 ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»
(главврач — д-р мед. наук Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: кишечный свищ, тактика лечения.

Введение. Лечение больных с наружными свищами тонкой кишки остаётся сложной проблемой хирургии. Летальность при консервативном лечении пациентов с тонкокишечными свищами составляет 17–50%, при оперативном лечении — 10–24,8%, достигая при высоких несформированных свищах 50% и более [2, 4, 9, 10]. В настоящее время среди хирургов существуют две основные точки зрения на сроки восстановительного лечения пациентов со свищами тонкой кишки. Одни исследователи [4, 6, 8] считают, что восстановительные операции необходимо выполнять после устранения гнойно-воспалительных осложнений и компенсации расстройств питания через 3–6 мес от момента возникновения свищей. Другие авторы [1, 7, 11], напротив, рекомендуют выполнять ранние восстановительные операции с одновременным хирургическим лечением инфекционных осложнений свищей, но до развития у пациентов тяжелых расстройств питания.

В последние 5–7 лет в нашей хирургической клинике мы придерживаемся в качестве основной этапной тактики лечения больных со свищами тонкой кишки. Это обусловлено возросшей доступностью средств современного клинического питания и созданием условий для стойкой компенсации питания большинства больных на весь период лечения инфекционных осложнений свищей тонкой кишки.

Цель исследования — оценить эффективность этапной тактики лечения больных со свищами тонкой кишки.

Материал и методы. В проспективное неконтролируемое исследование включены 115 пациентов со свищами тонкой кишки, находившихся на стационарном лечении с 01.01.2002 г. по 31.12.2007 г.

Всем пациентам при поступлении выполняли комплекс клинических исследований (жалобы, анамнезы заболевания и жизни, антропометрию — рост, масса тела, стандартное физикальное обследование). Изучали локализацию, строение,

функцию свищей тонкой кишки, возможность их obturации, наличие, характер и распространенность осложнений. Выполняли комплекс лабораторных (общие анализы крови — уровень общего белка, альбумина, мочевины, глюкозы, амилазы, билирубина, электролитов сыворотки крови — K^+ , Na^+ , Cl^-), лучевых исследований (рентгенографию грудной и брюшной полости, рентгенофистулографию, ирригографию, исследование продвижения контраста по кишечнику). По показаниям выполняли фиброгастроудоденоскопию, сонографию органов живота. С целью выявления гнойно-воспалительных очагов в брюшной полости, забрюшинном пространстве и стенке живота у 30 (78,9%) из 38 пациентов с несформированными свищами обследование дополнили компьютерной томографией с пероральным введением водорастворимого контраста.

В работе использовали классификацию кишечных свищей Т.П.Макаренко и А.В.Богданова [6]. В отличие от ряда современных авторов [1, 3, 7] мы не считаем кишечными

Таблица 1

Характеристика пациентов при поступлении

Характеристика свищей	Число пациентов, n=115	
	абс.	%
Сформированные:	77	67
губовидные	67	58,3
трубчатые	10	8,7
Несформированные:	38	33
через гнойную полость	7	6,1
через эвентрационную рану	20	17,4
через поверхностную рану брюшной стенки	11	9,6
Послеоперационные	61	53
Посттравматические	5	4,4
Искусственные	49	42,6
Первичные	81	70,4
Рецидивные	34	29,6
Одиночные	83	72,2
Множественные	32	27,8
Неполные по функции	55	47,8
Полные	60	52,2

свищами практически все перфорации кишечной стенки, а пользуемся классическим определением наружного кишечного свища по П.Д.Колченогову [5]: «Кишечным свищом следует называть изолированное от свободной брюшной полости отверстие в кишечной стенке, через которое просвет кишки сообщается с наружной средой или другим полым органом».

Среди наших пациентов мужчин было 74 (64,3%), женщин — 41 (35,7%). Средний возраст больных ($M \pm \sigma$) составил $(45,9 \pm 14,6)$ года. В целом в группе преобладали 82 (71,3%) пациента в возрасте от 30 до 60 лет. Меньше было пожилых больных — 23 (20%) и молодых пациентов — 10 (8,7%).

Характеристика группы пациентов при поступлении в специализированный стационар представлена в табл. 1.

Анатомическая локализация свищей тонкой кишки была следующей: тощая кишка до 1 м ниже дуоденоеюнального перехода — у 34 (29,6%) больных, средний отдел тонкой кишки — у 25 (21,7%), подвздошная кишка (до 1 м выше илеоцекального перехода) — у 56 (48,7%).

Абсцессы брюшной полости при поступлении диагностировали у 30 (26,1%) из 115 больных, в том числе множественные — у 12 (10,4%), эвентрационные раны передней брюшной выявили у 24 (20,9%). При поступлении 35 (30,4%) пациентов имели дефицит массы тела более 20% от идеальной, у 47 (40,9%) — безвозвратные потери кишечного содержимого составляли более 1,5 л/сут. Другие признаки недостаточности питания тяжелой степени, суб- и декомпенсированные водно-электролитные нарушения были у 19,8 (41,7%) больных (альбумин менее 25 г/л, гематокрит менее 35%, лимфоциты менее 1×10^9 /л, общий белок сыворотки менее 50 г/л, гипокалиемия менее 3,5 ммоль/л, гипохлоремия менее 97 ммоль/л, гипонатриемия менее 130 ммоль/л).

Основными задачами первого этапа лечения пациентов с фистулами тонкой кишки были стойкая компенсация питания и ликвидация гнойных осложнений свищей. Восстановительные вмешательства стремились выполнять через 3–6 мес от момента возникновения свища или от последней лапаротомии. Операции в сроки ранее 3 мес выполняли только при невозможности добиться стойкой компенсации питания больных. Из 115 пациентов у 9 (7,8%) больных с трубчатых и 16 (13,9%) — с несформированными фистулами уже на первом этапе лечения произошло заживление свищей.

Для компенсации нарушений естественного питания больных с послеоперационными и посттравматическими фистулами с момента их поступления в отделение стремились сократить или прекратить безвозвратные потери кишечного отделяемого, используя внутрикишечную обтурацию или возврат собранного химуса в отводящий от свища отрезок кишки. У пациентов с уже имевшейся при поступлении недостаточностью питания II–III степени проводили смешанное (энтеральное и парентеральное) питание, вводили в рацион полисубстратные питательные смеси в виде питьевого раствора или сухой добавки к пище («Нутризон», «Нутрикомп»). Количество вводимого белка на 1 кг массы тела составляло 1,5–2 г/(кг•сут), энергетическая ценность рациона — 35–40 ккал/(кг•сут).

Попытки обтурации осуществили у 81 (70,4%) из 115 пациентов с неполными и полными по функции (но с мягкой, или «податливой», шпорой) свищами. Применяли внутрикишечные обтураторы Колченогова, Вицына и др. Несформированные свищи не считали противопоказанием к обтурации. Она оказалась эффективной у 39 (33,9%) из 115 пациентов, в том числе — у 10 (26,3%) из 38 с несформированными свищами, и позволила им сохранить достаточный

уровень естественного питания и физической активности до восстановительной операции. У 12 (30,8%) из этих 39 пациентов с исходно небольшими (до 500 мл/сут) потерями кишечного отделяемого удалось добиться самостоятельного заживления свищей.

У 13 (11,3%) из 115 пациентов основной группы с высокими полными свищами мы использовали «возвратную» схему компенсации потерь кишечного содержимого. Для этого собранное из свища кишечное отделяемое фильтровали через 2 слоя марли и капельно, с помощью систем для энтеральных инфузий или дробно — шприцем (по 100 мл — до 8–12 раз в сутки) вводили в имеющийся или специально наложенный свищ отводящего отдела тонкой кишки. В сутки удавалось возратить до 1,5–2,0 л химуса, прекратив совсем или сократив безвозвратные потери химуса до 0,1–0,5 л/сут. Наиболее эффективной и показанной такая схема питания больных была при фистулах тощей кишки, локализовавшихся выше 1 м от связки Трейтца. Естественное питание пациентов с «возвратной» схемой лечения осуществляли дробно и часто (6–10 раз в сутки) протёртой пищей, обогащённой белком (при длине включенного в пассаж отрезка тощей кишки более 0,5 м). Если же свищ локализовался выше 0,5 м от связки Трейтца, то осуществляли только искусственное питание в еюностому или в отводящий от свища отдел кишки. При этом вместе с кишечным отделяемым, собранным из свища приводящего отдела, вводили сбалансированные полисубстратные смеси для энтерального питания («Нутризон», «Нутрикомп») в объёме 500–1000 мл в изокалорическом разведении (500–1000 ккал/сут).

У остальных 63 (54,8%) из 115 больных с фистулами среднего и дистального отделов тонкой кишки использовали калоприёмники или сорбционные повязки (при трубчатых свищах) для сбора безвозвратных потерь кишечного отделяемого. Самостоятельного заживления свищей удалось добиться у 13 (20,6%) из этих 63 пациентов. Питание таких больных обеспечивали двумя способами. У пациентов с условно «низкими» (более 1,5 м включённой в пассаж тонкой кишки) свищами диета характеризовалась исключением продуктов с большим содержанием клетчатки и других балластных веществ, усиливающих перистальтику. Основными в естественном питании были продукты, содержащие большое количество белка. При потерях кишечного отделяемого более 500 мл/сут осуществляли дополнительное питание, используя сбалансированные смеси для перорального питания («Нутризон», «Нутрикомп») в виде питьевого раствора в стандартном разведении 1 ккал : 1 мл до 1000 мл/сут. Общая калорийность составляла около 2500 ккал/сут.

Питание больных с длиной включённой в пассаж химуса тонкой кишки менее 1,5 м представляло более сложную проблему. У части этих пациентов стойкой компенсации нарушений питания удалось добиться с помощью сухой добавки к пище сбалансированных полисубстратных смесей («Нутризон» в количестве 3–4 мерных ложек на 200 г рисовой или другой «белой» каши 3–4 раза в сутки). Приём жидкости разрешали через 30–40 мин после еды. Если вспомогательное энтеральное питание в течение 5–7 дней было неэффективным и белково-энергетическая недостаточность прогрессировала, дополнительно назначали парентеральное питание.

Показаниями к назначению парентерального питания (10% аминокислот — 500–1000 мл/сут, 10% липофундин — 500 мл/сут или «Кабивен центральный» — 1510–2010 мл/сут, 10% и 20% растворы глюкозы с инсулином 1 ЕД на 4–5 г глюкозы — до 800 мл/сут) были: гипоальбуминемия менее 25 г/л, гематокрит менее 35%, гипопотеинемия менее

50 г/л, снижение массы тела пациентов на 3 кг/нед и более, увеличение безвозвратных потерь по свищу более 1,5 л/сут. Уменьшение суточного диуреза менее 1 л/сут, гипохлоремия менее 97 ммоль/л, гипокалиемия менее 3,5 ммоль/л, гипонатриемия менее 130 ммоль/л служили показаниями к назначению инфузионной терапии кристаллоидными и коллоидными растворами.

При выявлении абсцессов брюшной полости, эвентрационных ран брюшной стенки, гнойно-каловых окolorаневых затёков, инородных тел брюшной полости и других гнойных осложнений свищей добивались их устранения до восстановительной операции. Вскрытие и дренирование абсцессов брюшной полости из отдельных лапаротомных разрезов или через имеющиеся раны выполнили у 17 (14,8%) из 115 больных, пункционно — под контролем УЗИ или КТ брюшной полости — у 4 (3,5%) пациентов, закрытие эвентрационных ран брюшной стенки с помощью поздних вторичных швов или аутодермопластики осуществили у 14 (12,2%) больных.

Исследовали общую и послеоперационную летальность, частоту отдельных послеоперационных осложнений. Статистические сравнения выполняли с помощью параметрического критерия Фишера (φ), через определение аргумента нормального распределения (u) и непараметрического — точного критерия Фишера, при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Консервативное лечение с заживлением свищей было эффективным у 25 (15,6%) из 115 больных. В процессе консервативного лечения у 8 (32%) из этих 25 пациентов были купированы гипоальбуминемия менее 25 г/л, у 6 (24%) — уровень гематокрита менее 35%, у 4 (16%) больных — лимфоцитопения менее $1,0 \times 10^9$ /л, ещё у 4 (16%) из 25 пациентов — общий белок сыворотки менее 50 г/л. Вскрытие и дренирование абсцессов брюшной полости выполнили у 4 (16%) из этих 25 больных, заживления эвентрационных ран передней брюшной стенки добились также у 4 (16%) из 25 пациентов.

На первом этапе лечения умерли 4 (3,5%) из 115 больных. Два пациента пожилого возраста со сформированными неполными свищами подвздошной кишки, с эффективной обтурацией свищей и компенсированным трофическим статусом умерли от острого нарушения мозгового кровообращения и острого инфаркта миокарда.

Таблица 2

Клинико-лабораторные показатели оперированных пациентов при первом поступлении и перед восстановительной операцией

Показатели	При поступлении (n=90)		Перед операцией (n=90)		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Альбумин менее 25 г/л	23	25,6	6	6,7	<0,05
Гематокрит менее 35%	42	46,7	22	24,4	<0,05
Дефицит массы тела более 20% от ИМТ	30	33,3	14	15,6	<0,05
Суточные потери по свищу более 1,5 л/сут	40	44,4	14	15,6	<0,05
Хлориды сыворотки крови менее 97 ммоль/л	21	23,3	13	14,4	<0,1
Общий белок сыворотки крови менее 50 г/л	19	21,1	6	6,7	<0,05
Количество мочи менее 0,5 л/сут	14	15,6	4	4,4	<0,05
Калий сыворотки крови менее 3,5 ммоль/л	30	33,3	14	15,6	<0,05
Натрий сыворотки крови менее 130 ммоль/л	10	11,1	8	8,9	>0,2
Протеинурия более/равна 0,1 г/л	37	41,1	34	37,8	>0,2
Лимфоциты, абс. менее 1×10^9 /л	20	22,2	9	10,0	<0,05
Количество эритроцитов крови менее $2,5 \times 10^{12}$ /л	6	6,7	3	3,3	>0,2

Таблица 3

Гнойно-воспалительные осложнения свищей у оперированных пациентов при первом поступлении и перед восстановительными вмешательствами

Осложнения	При поступлении, (n=90)		Перед операцией, (n=90)		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Абсцессы брюшной полости,	26	28,9	9	10	<0,05
в том числе множественные	11	12,2	2	2,2	<0,05
Эвентрационные раны брюшной стенки	21	23,3	11	12,2	<0,05
Поверхностные раны брюшной стенки	14	15,6	8	8,9	<0,1
Свищевой дерматит II–III степени	53	58,9	24	26,7	<0,05

Таблица 4

**Послеоперационная летальность и осложнения у больных, оперированных
в различные сроки от образования свищей**

Послеоперационные осложнения	Пациенты, оперированные ранее 3 мес (n=16)		Пациенты, оперированные через 3 мес (n=74)		Всего больных (n=90)		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	
Послеоперационная летальность	3	18,8	2	2,7	5	5,6	<0,05
Распространённый перитонит	6	37,5	4	5,4	10	11,1	<0,05
Несостоятельность кишечного шва или меж-кишечного анастомоза	7	43,8	2	2,7	9	10	<0,05
Рецидив свища	7	43,8	2	2,7	7	7,8	<0,05
Перфорация кишки вне зоны соустья	4	25	1	1,4	5	5,6	<0,05
Новообразование свища	4	25	1	1,4	5	5,6	<0,05
Послеоперационная пневмония	2	12,5	1	1,4	3	3,3	<0,05
Гнойный трахеобронхит	2	12,5	1	1,4	3	3,3	<0,05
Внутрибрюшное кровотечение	3	18,8	—	—	3	3,3	<0,05
Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта	1	6,3	—	—	1	1,1	<0,05
Тромбоэмболия лёгочной артерии	—	0,00	1	1,4	1	1,1	>0,2
Тромбозы и тромбофлебиты центральных вен	1	6,3	—	—	1	1,1	<0,05
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1	6,3	—	—	1	1,1	<0,05

Причиной смерти двух других пациентов стал абдоминальный сепсис на фоне тяжелого истощения, развившийся уже до поздней (более 30 сут от образования свищей) перегоспитализации в специализированное отделение.

У 90 (78,3%) из 115 пациентов были выполнены восстановительные операции. Из этих 90 больных в сроки ранее 1 мес от возникновения свища были оперированы 10 (11,1%) пациентов, от 1 до 3 мес — 6 (6,7%), позднее 3 мес — 74 (82,2%) из 90 пациентов. При этом пациентов, оперированных в сроки более 30 сут от возникновения свища или последней лапаротомии, после завершения первого этапа лечения наблюдали амбулаторно, с программным клиничко-лабораторным контролем каждые 7–14 сут. Выполнение восстановительных операций в поздние (через 3–6 мес) сроки у большинства больных стало возможным, благодаря ликвидации гнойно-воспалительных осложнений свищей и стойкой компенсации расстройств питания на первом этапе лечения (табл. 2, 3).

После восстановительных операций по поводу тонкокишечных свищей выжили 85 (94,4%), умерли 5 (5,6%) из 90 больных.

Исходы и осложнения после восстановительных вмешательств у больных, оперированных в сроки до и позднее 3 мес от возникновения свища, приведены в табл. 4.

У 74 (82,2%) из 90 пациентов, которым восстановительные операции были выполнены позже 3 мес от возникновения свища или последней лапаротомии, наблюдали 2 (2,7%) летальных исхода. У одной больной произошла перфорация не диагностированной до операции хронической язвы двенадцатиперстной кишки с развитием распространённого перитонита и нозокомиальной пневмонии с летальным исходом. У другой пациентки послеоперационный период осложнился послеоперационным перитонитом в результате несостоятельности межкишечного анастомоза и массивной тромбоэмболией лёгочной артерии.

В группе пациентов с ранними вмешательствами (до 1 мес от последней лапаротомии) умерли 2 из 10 пациентов, у которых послеоперационный период осложнился прогрессированием распространённого перитонита вследствие гнойного и калового инфицирования брюшной полости во время операции. У 6 больных, восстановительные операции которым были выполнены в сроки от 1 до 3 мес от последней лапаротомии или возникновения свища, у 1 из них имел место летальный исход (распространённый перитонит вследствие несостоятельности межкишечного анастомоза).

Распространённый перитонит (прогрессирующий или вследствие несостоятельности кишечных швов и перфорации кишки вне зоны соустья), послеоперационная пневмония, гнойный трахеобронхит после восстановительных вмешательств

чаще встречались у пациентов, оперированных в сроки ранее 3 мес от возникновения свища (см. табл. 4).

Выводы. 1. При применении этапной тактики лечения больных со свищами тонкой кишки послеоперационная летальность составила 5,6%, общая летальность больных — 7,8%.

2. Современные методы диагностики гнойных осложнений свищей, энтерального и парентерального питания позволяют применять у подавляющего большинства пациентов с тонкокишечными свищами этапную тактику хирургического лечения, обеспечивающую значительное снижение общей и послеоперационной летальности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Байчоров Э.Х., Вафин А.З., Куджева Ф.А., Макушкин Р.З. Лечение больных с несформированными тонкокишечными свищами на фоне распространённого перитонита // Новые технологии в хирургии: сборник трудов Международного хирургического конгресса / Под ред. В.С.Савельева.—Ростов н/Д, 2005.—С. 48–49.
2. Базаев А.В., Овчинников В.А., Соловьёв В.А., Пузанов А.В. Результаты лечения наружных кишечных свищей // Хирургия.—2004.—№ 1.—С. 30–33.
3. Белоконов В.И., Измайлов В.П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение // Хирургия.—2000.—№ 12.—С. 36–38.
4. Вицын Б.А., Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами // Хирургия.—1984.—№ 7.—С. 129–133.
5. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение.—М.: Медицина, 1964.—236 с.
6. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта.—М.: Медицина, 1986.—144 с.
7. Рудин Э.П., Ермолов А.В., Богданов А.В., Миронов А.С. Несформировавшиеся высокие кишечные свищи как актуальная проблема современной хирургии // Хирургия.—2004.—№ 12.—С. 15–17.
8. Bissett I.P. Postoperative small bowel fistula: back to basics // Trop Doct.—2000.—Vol. 30, № 3.—P. 138–140.
9. Girard S., Sideman M., Spain D.A. A novel approach to the problem of intestinal fistulization arising in patients managed with open peritoneal cavities // Am. J. Surg.—2002.—Vol. 184, № 2.—P. 166–167.
10. Kaur N., Minocha V., Mundu M. Improving outcome in patients of high output small bowel fistula // Trop. Gastroenterol.—2004.—Vol. 25, № 2.—P. 92–95.
11. Jordi-Galais P., Turrin N., Tresallet C. et al. Early closure of temporary stoma of the small bowel // Gastroenterol. Clin. Biol.—2003.—Vol. 27, № 8–9.—P. 697–699.

Поступила в редакцию 23.04.2008 г.

S.A.Vorobjev, E.Yu.Levchik

STAGED TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTERNAL SMALL BOWEL FISTULAS

Results of staged treatment of small bowel fistulas in 115 patients were analyzed. Staged treatment of 21.7% of patients resulted in healing the fistulas without operations. Modern methods of nutritional maintenance were shown to allow surgical restorative treatment to be performed in the optimal period in 82.2% of patients. The number of postoperative complications and lethality rate were reduced to 5.6%, general lethality to 7.8%.