

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616-007.253:616.341:616-082(045)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Э. Х. Байчоров, А. З. Вафин, Ф. А. Куджева

Ставропольская государственная медицинская академия

Несформированные тонкокишечные свищи (НТонКС) являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости, требующим от хирурга нестандартных действий как в диагностическом, так и лечебном плане [4, 7, 9, 10, 12]. Общая летальность при наружных кишечных свищах достигает 16,5%-57,5%, если при сформированных кишечных свищах она составляет 4%, то при несформированных - в среднем 71,7% [3, 4, 10]. Летальность у больных с НТонКС варьирует от 60 до 90% [5, 6, 10]. Коллективный опыт хирургов свидетельствует о целесообразности дифференцированного выбора хирургической тактики с учетом уровня расположения и вида свищей, их количества, объема кишечных потерь, наличия перитонита, явлений полиорганной дисфункции [1, 2, 4, 8, 11, 13].

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных с несформированными тонкокишечными свищами путем разработки и дифференцированного применения активной хирургической тактики.

Материал и методы. Клинические данные основаны на материале, полученном при обследовании и лечении 196 больных с НТонКС в возрасте от 16 до 83 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии ГУЗ «СМКЦ СВМП» г. Ставрополя. 97 больных с НТонКС составили контрольную группу, в их лечении использовались традиционные «закрытые» методы - с применением obturators различных конструкций для перевода несформированных кишечных свищей в сформированные. У этих больных применялись релапаротомии «по требованию» с попытками ушивания свища и установкой неподвижных дренажей в брюшной полости с целью ограничения зоны излияния кишечного содержимого в брюшную полость. У 99 больных, составивших основную груп-

пу, применялись активные хирургические методы лечения, включающие: местное лечение, отграничение зоны кишечного свища от свободной брюшной полости и налаживание активной аспирации с последующим включением кишечного отделяемого в программу раннего энтерального питания, вскрытие и дренирование гнойных полостей при осложненных формах НТонКС, купирование перитонита методом лапаротомии и программированных санаций брюшной полости, перевод НТонКС в сформированные свищи с длительной декомпрессией кишечника и ликвидацией тонкокишечного свища хирургическим путем.

Статистический анализ производился с использованием однофакторного дисперсионного анализа и дисперсионного анализа повторных измерений. Множественные попарные сравнения производились с помощью критерия Ньюмена-Кейлса. Сравнение распределений качественных признаков проводилось с использованием критерия Z оценки разности долей, точного критерия Фишера и критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение. Большинство больных в обеих группах были трудоспособного возраста (16-61 год), а именно, в основной группе больных 80 (80,8%) и в контрольной - 74 (76,3%). В контрольной группе мужчины составили 61,9%, женщины - 38,1%, в основной 62,6% и 37,4% соответственно.

Единичные свищи в контрольной группе были диагностированы у 66 (68%) больных, в основной - у 55 (55,6%), множественные, расположенные на разных петлях одного сегмента кишечника, были соответственно у 31 (32%) и 44 (44,4%) больных.

Высокие свищи имели место у 66 (66,7%) больных основной группы и 50 (51,5%) - контрольной. Низкие свищи в контрольной группе были у 47 (48,5%) больных и в основной - у 33 (33,3%), в том числе смешанные свищи, локализующиеся одно-

временно на петлях тонкого и толстого кишечника и множественные одного отдела кишечника.

У больных обеих групп чаще наблюдались НТонКС, открывавшиеся в свободную брюшную полость: в основной группе у 29 (29,3%) и в контрольной - у 31 (32%). В свободную брюшную полость свищи открывались через гнойную полость у 14 (14,1%) больных основной группы и у 17 (17,5%) контрольной группы, наружу - через гнойную полость - у 23 (23,2%) и 16 (16,5%) больных соответственно. Свищи открывались наружу через гнойную рану у 9 (9,1%) больных основной группы и у 24 (24,7%) контрольной. Свищи, открывавшиеся в гнойную полость, наблюдались у 24 (24,3%) пациентов основной группы, открывавшиеся наружу в эвентрированную рану - у 9 (9,3%) больных контрольной группы.

Основной причиной возникновения НТонКС были: послеоперационные осложнения с развитием распространенного перитонита, диагностированные в основной группе у 39 (39,4%) и в контрольной группе - у 32 (32,9%) пациентов, острая кишечная непроходимость у 18 (18,2%) больных основной группы и у 21 (21,7%) - контрольной. Панкреонекроз как причина НТонКС выявлен в основной группе у 12 (12,1%) больных, а в контрольной группе - у 13 (13,4%). Другие причины возникновения НТонКС - острый аппендицит, ущемленные грыжи, травмы органов брюшной полости, перфорация полых органов, акушерско-гинекологическая патология - имели место у 31 (32%) больного контрольной группы и у 30 (30,3%) - основной группы.

Основной причиной развития послеоперационных осложнений с развитием НТонКС была несостоятельность швов кишки и межкишечных анастомозов: в основной группе у 29 (74,3%) больных и в контрольной группе - у 25 (78,05%). В контрольной группе у 2 (6,3%) больных и в основной группе у 3 (7,7%) свищи были связаны с прогрессированием забрюшинной флегмоны, ятрогенного повреждения и перфорацией кишки, недостаточным гемостазом, неадекватной санацией и дренированием брюшной полости. Инородные тела брюшной полости стали непосредственной причиной НТонКС и послеоперационного перитонита у 1 (2,6%) больного в основной группе и у 1 (3,05%) - в контрольной.

Распространенный перитонит диагностировался в контрольной группе - у 56 (57,7%), в основной - у 78 (78,8%) больных. Местный перитонит был диагностирован у 41 (42,3%) больного в контрольной группе и у 21 (21,2%) - в основной группе.

Полиорганная недостаточность имела место в обеих сравниваемых группах: у 46 (46,5%) больных в основной группе и у 51 (52,6%) - в контрольной. Стадия моноорганной недостаточности перитонита была диагностирована у 28 (28,3%) больных в основной группе и у 32 (33%) - в контрольной группе. Реактивная стадия перитонита определялась только у 14 (14,4%) больных контрольной группы и у 25 (25,2%) - основной.

Тяжесть течения перитонита мы оценивали по Мангеймскому индексу перитонита (МИП) (1987). Преобладали больные со II и III степенью тяжести перитонита. II степень тяжести встречалась у 56 (56,6%) пациентов в основной группе и у 48 (49,5%) - в контрольной. III степень тяжести перитонита диагностирована у 34 (34,3%) и 45 (46,4%) больных соответственно. I степень тяжести перитонита встречалась у 9 (9,1%) больных основной группы и у 4 (4,1%) пациентов контрольной группы.

В контрольной группе больных с НТонКС на фоне распространенного перитонита у 67 (69,1%) были предприняты от 1 до 3 релапаротомий «по требованию», максимально 8. Одна релапаротомия была выполнена 21 (21,7%) больному, две-три - 33 (34,1%) больным с несформированными тонкокишечными свищами на фоне распространенного перитонита. Все эти вмешательства не позволили купировать перитонит и устранить тонкокишечный свищ. В основной группе троим (3%) больным была выполнена до наложения лапаростомы 1 безуспешная релапаротомия «по требованию», у остальных 75 (75,8%) больных при первичной лапаротомии или при первой релапаротомии операцию завершали лапаростомией. Общее число экстренных релапаротомий в контрольной группе у 67 больных составило 170.

78 больным основной группы проводились активные методы санации брюшной полости, включающие лапаростомию с программированными санациями брюшной полости. В среднем число санаций варьировало от 2 до 6, максимальное - 29 с благоприятным исходом. Программированные санации выполнялись через 24-48 часов до купирования перитонита с последующей ликвидацией свища и закрытием лапаростомы. Общее число программированных санаций брюшной полости у 78 больных основной группы составило 556.

В ходе применения активной хирургической тактики, в среднем к 14-м суткам лечения, стихает диффузная воспалительная реакция, появляются грануляции, и в эти сроки уже можно безопасно накладывать швы на кишечник. В основной группе выполнялись различные виды операций по ликвидации свищей. Резекция свищесущей петли с выведением стомы произведена у 20 (20,2%) больных, резекция свищесущей петли с анастомозом - у 16 (16,2%), ушивание свища - у 15 (15,2%). Операции по ликвидации свищей с наложением еюностомы по типу Майдля выполнены у 8 (16%) больных. Еюностома накладывалась с целью устранения НТонКС путем разгрузки и защиты анастомоза, также для проведения раннего энтерального питания.

Применение программированных санаций брюшной полости у больных основной группы способствовало купированию перитонита в сроки от 7 до 28 дней, что давало возможность ликвидировать НТонКС в ранние сроки - на 1-12 сутки после купирования перитонита. Свищи 12-перстной и тощей кишок удалось ликвидировать на 4-12 сутки по-

еле купирования перитонита, свищи подвздошной кишки - на 1-12 сутки, т.к. выполнялась резекция свищесущей петли тонкой кишки с выведением илеостомы на фоне перитонита. Смешанные свищи закрывались на 1-17 сутки. Рассматривая сроки ликвидации НТонКС у больных контрольной группы, мы отметили, что в 21 (36,8%) случае свищи были ликвидированы на 16 сутки, в 17 (29,8%) - на 14-15 сутки и лишь в 3 (5,3%) случаях - на 3 сутки. Отметим, что из 72 больных основной группы у 2 и из 57 больных контрольной группы у 9 удалось перевести несформированные свищи в сформированные, которые были ликвидированы в последующем.

Из 72 больных основной группы 44 (61,1%) выписаны из стационара с выздоровлением, а в контрольной группе из 57 больных выписаны с выздоровлением - 36 (63,1%). С вентральными грыжами выписаны 3,5% больных контрольной группы и 5,6% - основной, со стомами 33,3% и 33,4% соответственно. Грыжи и стомы были ликвидированы хирургическим путем в среднем через 1,5-2 месяца.

Заключение. Приведенные данные показывают, что при высоких НТонКС на фоне купирующегося перитонита показана резекция свищесущей петли с формированием разгрузочной еюностомы по типу Майдля, которая способствует снижению летальности с 56% до 33,3%. При низких НТонКС на фоне перитонита, с целью устранения его источника целесообразна резекция свищесущей петли с формированием разгрузочной илеостомы, что способствует снижению летальности с 25,5% до 15,2%. Применение активной хирургической тактики позволило снизить летальность с 41,2% до 27,3%.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Э. Х. БАЙЧОРОВ, А. З. ВАФИН, Ф. А. КУДЖЕВА

Представлены сравнительные данные лечения двух групп больных с несформированными тонкокишечными свищами, полученные путем применения «традиционного» метода лечения и с использованием активной хирургической тактики. Обследовано 196 больных с НТонКС в возрасте от 16 до 83 лет. При высоких НТонКС на фоне купирующегося перитонита показана резекция свищесущей петли с формированием разгрузочной еюностомы по типу Майдля, что способствует снижению летальности с 56% до 33,3%. При низких НТонКС на фоне перитонита, с целью устранения его источника целесообразна резекция свищесущей петли с формированием разгрузочной илеостомы, что способствует снижению летальности с 25,5% до 15,2%. Применение активной хирургической тактики позволило снизить летальность с 41,2% до 27,3%.

Ключевые слова: несформированные тонкокишечные свищи, перитонит, санации брюшной полости, декомпрессия кишечника

Литература

1. Антонюк, С.М. Некоторые аспекты улучшения результатов лечения кишечных свищей. / С.М. Антонюк, В.Н. Буценко, В.Б. Ахrameв // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1989. - №5. - С. 30-34.
2. Аскерханов, Г.Р. Программированная релапаротомия при перитоните / Г.Р. Аскерханов, А.Г. Гусейнов, У.З. Загаров [и др.] // Хирургия. - 2000. - №8. - С. 20-23.
3. Атаманов, В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Атаманов. - Новосибирск, 1985. - 45 с.
4. Атаманов, В.В. Три лечебные программы при лечении больных с несформированными кишечными свищами / В.В. Атаманов // 50 лет НГМИ. Тез. докл. науч. сессии. - Новосибирск, 1985. - С. 30-31.
5. Базаев, А.В. Лечение наружных кишечных свищей / А.В. Базаев, В.А. Овчинников, А.В. Пузанов // Нижегородский мед. журн. - 1998. - №3. - С. 88-92.
6. Базаев, А.В. Состояние и перспективы лечения наружных тонкокишечных свищей / А.В. Базаев, В.А. Терентьев, А.В. Пузанов [и др.] // Нижегород. мед. журн. - 2000. - № 4. - С. 14-16.
7. Богданов, А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга / А.В. Богданов. - М., 2001. - 196 с.
8. Брискин, Б.С. Иммунный статус у больных гнойной инфекцией брюшной полости и выбор иммунокорректирующих воздействий / Б.С. Брискин // Хирургия. - 1986. - №2. - С. 93-98.
9. Ванцян, Э.Н. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / Э.Н. Ванцян. - М., 1990.
10. Вичин, Б.А. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи / Б.А. Вичин, Е.М. Блажитко. - Новосибирск, 1983.
11. Гостищев, В.К. Непрямая электрохимическая детоксикация в комплексном лечении гнойных заболеваний в хирургии / В.К. Гостищев, Н.М. Федоровский // Хирургия - 1994. - №4. - С. 48-50.
12. Каншин, Н.Н. Лечение несформированных свищей тонкой кишки в условиях гнойного перитонита / Н.Н. Каншин // Хирургия. - 1998. - №10. - С. 37-40.
13. Мартов, Ю.Б. Распространенный перитонит / Ю.Б. Мартов, СП Подолинский, В.В. Кирковский [и др.] - М., 1998. - 144 с.

COMPLEX TREATMENT OF INCOMPLETE SMALL INTESTINE FISTULA

BAICHOROV E.C., VAFIN A.Z., KUDZHEVA FA.

Comparative assessment of two therapeutic approaches: «traditional» management and active surgical approach, was performed in patients with incomplete small intestine fistulas (ISIF). 196 patients with ISIF aged 16-83 were examined. High ISIF with reducing peritonitis required resection of the affected intestinal loop and decompression via jejunostoma by K. Maydl, resulting in decrease of lethality rate from 56% to 33,3 %. Low NSIF followed by peritonitis need resection of the affected intestinal loop and formation of ileostoma for decompression, decreasing the lethality rate from 25,5 % to 15,2%. Use of the aggressive surgical management resulted in decrease of lethality rate from 41,2 % to 27,3%.

Key words: incomplete small intestine fistulas, peritonitis, abdominal cavity sanation, decompression of intestine