

© Е.Б.Городецкий, Е.Ю.Левчик, 2009  
УДК 616.342-007.253:615.036

Е.Б.Городецкий, Е.Ю.Левчик

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ БОКОВЫХ СВИЩЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» (главврач — Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

**Ключевые слова:** двенадцатиперстная кишка, несформированные свищи, лечение.

**Введение.** Лечение свищей двенадцатиперстной кишки (ДПК) представляет собой сложную проблему современной хирургии. При свищах культи двенадцатиперстной кишки, в результате несостоятельности ее швов после резекций желудка по типу Бильрот-П, хирургическая тактика и методы лечения в основном определены, а снижение абсолютного числа резекций этого типа в последние десятилетия уменьшило и остроту проблемы. При боковых фистулах ДПК хирургическая тактика и методы лечения до сих пор недостаточно разработаны и дифференцированы. В то же время, в последние 10–15 лет число боковых свищей ДПК возросло, в связи с увеличением числа оперативных вмешательств на желчевыводящих путях (ЖВП), поджелудочной железе, пилородуоденальной зоне, а также частоты травматических повреждений органов живота. Летальность при боковых дуоденальных свищах остается очень высокой и составляет, по данным разных авторов, 40–100%. Большой разброс данных о летальности обусловлен тем, что часть исследователей анализировали результаты лечения свищей ДПК только в результате травм, другие — заболеваний, третьи — после оперативных вмешательств [1, 2, 4, 5]. Слабо учитывается исследователями влияние на исходы лечения распространенности гнойных осложнений боковых фистул ДПК.

Цель нашей работы — изучение результатов хирургического лечения несформированных боковых свищей ДПК в зависимости от характера и распространенности местных инфекционных осложнений.

В работе использовали классификации свищей ДПК по Т.П.Макаренко, А.В.Богданову [3] и Г.Д.Попандопуло, С.Д.Иваненко [4], характеризующие как общепринятые параметры кишечных свищей — строение, функцию, осложнения, так и дополнительно — отношение внутреннего отверстия фистул ДПК к большому дуоденальному сосочку, внутри- или внебрюшинное расположение канала свища, другие значимые для выбора тактики лечения показатели.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование результатов лечения 65 пациентов с несформированными боковыми свищами ДПК, находившихся на лечении в отделениях хирургической инфекции ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» с 01.01.1995 по 31.12.2007 г.

Обследование пациентов включало стандартное клиническое, инструментальное и лабораторное исследования, в том числе — сбор анамнеза и изучение направительной документации, физикальный осмотр, ЭКГ, рентгеноскопию легких, общий и биохимический анализы крови, исследование электролитов сыворотки крови, общий анализ мочи. Пациенты с нарушениями витальных функций (чаще — с распространенными гнойными осложнениями свищей ДПК) сразу госпитализировались в ОРИТ. Местное исследование свищей ДПК начинали с визуальной, пальцевой и инструментальной ревизии наружного отверстия и канала свища в условиях перевязочной или операционной. При этом стремились определить место расположения и размеры внутреннего отверстия свища, взаимоотношения с окружающими органами и тканями брюшной полости и стенки живота, наличие и характер гнойных осложнений и т.д. Для уточнения диагноза при поступлении выполнили ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства — у 9 (13,8%) больных, рентгенофистулографию — у 8 (12,3%), релаксационную контрастную дуоденографию — у 30 (46,2%), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) — у 21 (32,3%), КТ брюшной полости и забрюшинной клетчатки с пероральным введением водорастворимого контраста — у 22 (33,8%).

При изучении результатов сравнивали послеоперационную летальность, частоту развития отдельных послеоперационных осложнений между контрольной и основной группой больных, методом стратификации по характеристикам свищей ДПК и распространенности осложнений, с использованием параметрических — *t*-критерия Стьюдента для средних, критерия Фишера ( $\phi$ ) для долей и непараметрического — точного метода Фишера (ТМФ), при уровне значимости различий  $p < 0,05$ .

**Характеристика группы больных и методов их лечения.** Из 65 пациентов с несформированными боковыми дуоденальными свищами были 41 (63,1%) мужчина, 24 (36,9%) женщины. Возраст больных составил от 16 до 85 лет, средний — ( $M \pm \sigma$ ) (49,1 ± 15,7) лет. 44 (71%) пациента были в возрасте от 16 до 59 лет, 18 (29%) — старше 60 лет. Происхождение свищей ДПК представлено в табл. 1.

У  $3/4$  всех больных боковые свищи ДПК имели послеоперационное и только у  $1/4$  — посттравматическое происхождение (см. табл. 1). В этиологии посттравматических свищей преобладали тупые травмы живота; среди причин послеоперационных — ведущее место занимали операции на желчевыводящих путях, доля которых составила 32%. Боковые свищи ДПК при некротизирующем панкреатите сочли необходимым выделить отдельно, так как причиной развития осложнений было инфекционное поражение поджелудочной

Таблица 1

**Происхождение боковых свищей ДПК (n=65)**

Происхождение свищей ДПК	Абс. число	%
Посттравматические:	16	24,6
тупая травма живота	13	20
проникающие ранения	3	4,6
Послеоперационные:	49	75,4
несостоятельность швов гастродуоденоанастомоза	10	15,4
несостоятельность швов ДПК	8	12,3
операции на желчевыводящих путях	21	32,3
операции при некротизирующем панкреатите	10	15,4

Таблица 2

**Анатомическая локализация свищей ДПК n=65**

Анатомический отдел ДПК	Абс. число	%
Верхний отдел	7	10,8
Верхний изгиб	24	36,9
Нисходящий отдел	20	30,8
Нижний изгиб	10	15,4
Нижнегоризонтальный отдел	4	6,2
Супрапапиллярные	45	69,2
Инфрапапиллярные	20	30,8

железы и окружающей ее клетчатки; фистулы возникали вследствие перфорации контактной к гнойному очагу стенки ДПК и открывались в уже дренированную полость сальниковой сумки или забрюшинного пространства. Анатомическое расположение свищей ДПК приведено в табл. 2. Заметно преобладали в исследуемой группе больных свищи супрапапиллярного расположения.

У 37 (56,9%) из 65 пациентов несформированные свищи ДПК при поступлении уже были осложнены распространенными гнойными процессами (перитонит, забрюшинная флегмона или их сочетание). У 28 (43,1%) больных выявили местные инфекционные осложнения фистул ДПК (мест-

ный неограниченный перитонит, абсцессы брюшной полости и/или забрюшинной клетчатки). Характер и частота местных инфекционных осложнений несформированных боковых свищей ДПК представлены в табл. 3.

Наиболее частыми осложнениями несформированных свищей ДПК были распространенный перитонит или абсцесс брюшной полости (чаще всего — подпеченочный) — у 43 (66,2%) из 65 больных и распространенный перитонит в сочетании с забрюшинной флегмоной или абсцессом — у 11 (16,9%). Изолированные забрюшинные поражения наблюдали всего у 5 (7,9%) пациентов, в основном — при свищах посттравматического происхождения. Сроки поступления больных после получения травм или выполнения операций, явившихся причинами возникновения боковых свищей ДПК, в отделения хирургической инфекции ГУЗ «СОКБ № 1» составили от 1 до 15 сут, в среднем — (M±σ) (6,6±3,8) сут.

У 43 (66,2%) из 65 пациентов при поступлении безвозвратные потери энтеральной среды по свищу превышали 1000 мл/сут, из них у 12 (18,5%) — более 2000 мл. У 22 (33,8%) человек потери составляли менее 1000 мл/сут, из них у 10 (15,4%) — менее 500 мл. Преобладали (2/3) больные с большими потерями (свыше 1000 мл) дуоденального содержимого по свищам.

Основными задачами лечения боковых дуоденальных свищей мы считали следующие: 1) отведение дуоденального содержимого из анатомической зоны свища; 2) прекращение или сокращение безвозвратных потерь энтеральной среды; 3) обеспечение полноценного искусственного питания

Таблица 3

**Характер и частота местных инфекционных осложнений несформированных боковых свищей ДПК (n=65)**

Осложнения свищей ДПК	Абс. число	%
Распространенный перитонит	17	26,2
Местный неограниченный перитонит	4	6,2
Абсцесс брюшной полости	22	33,8
Забрюшинная флегмона	8	12,3
Абсцесс забрюшинной клетчатки	1	1,5
Распространенный перитонит+забрюшинная флегмона	8	12,3
Распространенный перитонит+забрюшинный абсцесс	3	4,6
Забрюшинная флегмона+абсцесс брюшной полости	1	1,5
Абсцесс брюшной полости+абсцесс забрюшинной клетчатки	1	1,5
Всего распространенных гнойных осложнений	37	56,9
Всего местных гнойных осложнений	28	43,1

пациента; 4) лечение развившихся и предупреждение вторичных — общих и местных осложнений свищей ДПК.

Для отведения агрессивного дуоденального содержимого, сбора и обеспечения его возврата в отводящие отделы кишечника у 55 (84,6%) из 65 больных применили постоянную активную аспирацию, которую осуществляли двумя основными способами.

При первом способе накладывали антральную гастростому по Витцелю с двухканальным дренажем, проведенным на 4–5 см ниже зоны свища. Через этот, внутренний, дренаж осуществляли постоянную аспирацию содержимого желудка и ДПК. Важно отметить, что перфоративные отверстия внутренней трубки (1–2) располагали в области его дистального конца, а наружной — 2–3 отверстия — в области ее нижней части и 1 — в середине трубки. Дренаж устанавливали с таким расчетом, чтобы одно из нижних отверстий наружной трубки располагалось в проекции внутреннего отверстия свища, а отверстие в ее середине — в антральном отделе желудка. Вторым постоянный активный, также двухканальный дренаж, устанавливали через прокол или контрапертуру брюшной стенки к зоне свища снаружи. Этим способом лечили 19 (29,2%) из 65 больных. У 6 (31,6%) из этих 19 пациентов выполнили ушивание свищей ДПК, в сочетании с двойным активным дренированием зоны свища.

При втором способе 1 или 2 активных двухканальных дренажа устанавливали через имевшуюся рану или контрапертуру брюшной стенки, непосредственно к зоне внутреннего отверстия свища. Данный метод применили для лечения 36 (55,4%) из 65 пациентов.

Операцию завершали санацией и дренированием гнойных очагов в брюшной полости и забрюшинном пространстве; по показаниям планировали повторные (от 2 до 7) санирующие вмешательства, которые выполняли до полного купирования воспалительного процесса.

Еще у 7 (10,8%) из 65 больных первой операцией при поступлении было ушивание свищей ДПК двухрядным швом. У 6 (85,7%) из этих 7 больных после ушивания дуоденальных свищей развилась несостоятельность швов ДПК. При повторной операции 1 больному выполнено двойное активное — внутреннее и наружное дренирование зоны свища ДПК через гастростому, 4 — активное наружное дренирование и 1 пациенту — обтурация свища.

При малых размерах свища (до 0,5 см в диаметре), с небольшими (до 200,0 мл) потерями дуоденального содержимого, отсутствии распространенных гнойных осложнений, дренирование свищевых каналов осуществляли пассивными трубчатыми дренажами, резиновыми выпускниками, применяли сорбирующие тампоны и повязки. Этим способом пролечены 5 (7,7%) из 65 больных.

У 5 (7,7%) пациентов для прекращения или сокращения потерь энтеральной среды использовали внутрикишечную и внекишечную обтурацию катетерами Фолея или мазевыми внекишечными турундами-обтураторами, что позволило сохранить естественное питание и физическую активность больных, значительно ограничиваемую применением аспирационных дренажей.

Для возвращения собранного дуоденального отделяемого и обеспечения энтерального питания больных применяли как еюностомии (по Витцелю), так и назодуоденальные или назоэюнальные зонды. Следует отметить, что в силу необходимости длительного обеспечения искусственного питания больных со свищами ДПК им чаще накладывали еюностомы — у 46 (70,8%) из 65 пациентов, а назодуоденальные или назоэюнальные зонды проводили реже — у 13 (20%) больных. Искусственное питание больных, до формирования свища в неполный трубчатый, окончательного заживления или восстановительного оперативного лечения, проводили полисубстратными смесями («Нутризон», «Нутрикомп») в объеме от 1500,0 до 2500,0 мл/сут, в разведении 1,0:1 ккал. Всем больным назначали H<sub>2</sub>-блокаторы, а в последние 3 года — ингибиторы протонной помпы, в стандартных профилактических дозировках, антибактериальную, инфузионную терапию. Для сокращения безвозвратных потерь энтеральной среды аспирированное дуоденальное содержимое, после фильтрации через 2 слоя марли, полностью или частично возвращали в назоинтестинальный зонд или еюностому (до 1500 мл/сут), через систему для энтерального искусственного питания, чередуя с введением полисубстратных питательных смесей. На начальных этапах лечения больных применяли также полное парентеральное или парентеральное питание с дополнительной энтеральной поддержкой. По мере купирования септических осложнений свищей и восстановления функций кишечника стремились к переходу на полное искусственное энтеральное питание. Естественное питание начинали только после полного заживления свищей или эффективной их обтурации, по данным контрольного рентгеноконтрастного исследования, а также после восстановительного оперативного лечения.

**Результаты и обсуждение.** При обоих методах активного дренирования, по мере сокращения отделяемого из свища ДПК, формирования канала и сокращения размеров внутреннего отверстия (по данным рентгеноконтрастного исследования), активные двухканальные дренажи переводили в пассивные одноканальные (простым удалением внутренней трубки). Первое контрольное рентгенологическое исследование с пероральным введением водорастворимого контраста выполняли через 10–15 сут после операции. Пациентам, у которых дуоденальные свищи не зажили на первом этапе лечения, после их формирования, применяли их ушивание или внекишечную, а перед ушиванием — также и внутрикишечную обтурацию фистул (табл. 4).

Заживление несформированных боковых свищей ДПК на первом этапе лечения, в результате адекватного активного или пассивного дренирования или внекишечной обтурации, произошло у 50

Таблица 4

#### Способы местного лечения сформировавшихся боковых свищей ДПК (n=65)

Методы лечения сформировавшихся свищей ДПК	Абс. число	%
Ушивание свища (после периода обтурации)	3	4,6
Обтурация свища после завершения наружного дренирования	8	12,3
Обтурация свища после завершения внутреннего дренирования	4	6,2
Всего	15	23,1

Таблица 5

**Летальность больных с боковыми свищами ДПК в зависимости от характера и распространенности инфекционных осложнений**

Характер осложнений свищей ДПК	Летальность	
	Абс. число	%
Распространенный перитонит, n=17	9	52,9
Распространенный перитонит+забрюшинная флегмона, n=8	7	87,5
Распространенный перитонит+забрюшинный абсцесс, n=3	2	66,7
Забрюшинная флегмона, n=8	1	12,5
Местный перитонит или абсцесс брюшной полости, n=27	4	14,8
Всего больных, n=65	23	35,4

(76,9%) больных из 65; у 15 пациентов (23,1%) свищи сформировались и потребовали дальнейшего этапного лечения (см. табл. 4). При этом восстановительное лечение в объеме внутрибрюшинного ушивания свищей ДПК потребовалось только 3 (20%) из 15 больных, у которых свищи сформировались в губовидные; у остальных 12 (80%) — постепенное сокращение канала трубчатого свища, при использовании внекишечной обтурации турундами с жирорастворимой мазью и склеротерапии, привело к заживлению фистул в течение нескольких недель. У 5 (7,7%) из 65 больных с диаметром свищей до 0,5–0,7 см применили многократную (3–5) эндоскопическую обработку внутренних отверстий свищей склерозирующим раствором, до их полного заживления.

Умерли 23 (35,4%) из 65 пациентов с несформированными боковыми свищами ДПК. Летальность больных, в зависимости от характера и распространенности инфекционных осложнений свищей ДПК, представлена в табл. 5.

Как следует из данных табл. 5, летальность пациентов с несформированными боковыми свищами ДПК прямо зависела от распространенности их инфекционных осложнений: сочетание распространенного перитонита с забрюшинной флегмоной привело к гибели 87,5% больных, распространенного перитонита с забрюшинным абсцессом — 66,7%, только распространенного перитонита — 52,9%; при изолированной забрюшинной флегмоне летальность составила 14,8%, а при ограниченных внутри- или забрюшинных осложнениях свищей — 12,5%.

Непосредственной причиной смерти 16 (69,7%) из 23 больных стал тяжелый абдоминальный сепсис вследствие распространенности и длительности течения инфекционных процессов. Еще 3 (13%) пациента умерли от тяжелого абдоминального сепсиса в сочетании с рецидивирующими эрозивными кровотечениями из зоны свища ДПК. Причиной смерти 3 (13%) из 23 пациентов стали профузные артериальные кровотечения из зоны дуоденального свища. Еще 1 (4,3%) больной умер от тромбоэмболии крупных ветвей легочной артерии.

**Выводы.** 1. Летальность пациентов с несформированными боковыми свищами ДПК прямо зависит от распространенности их инфекционных осложнений; наибольшей летальностью характеризуется сочетание распространенного перитонита с гнойным процессом в забрюшинной клетчатке.

2. Непосредственными причинами смерти больных с боковыми свищами ДПК являются тяжелый абдоминальный сепсис, вследствие обширных гнойных поражений брюшной полости и забрюшинной клетчатки, эрозивные кровотечения из зоны свища.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Войтенко Н.К., Дешкевич В.С. Наружные послеоперационные свищи двенадцатиперстной кишки // Хирургия.—1985.—№ 2.—С. 46–49.
2. Дешкевич В.С. Кишечные свищи.—Минск: Беларусь, 1985.—50 с.
3. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта.—М.: Медицина, 1986.—С. 60.
4. Попандопуло Г.Д., Иваненко С.Д. Послеоперационные наружные дуоденальные свищи // Вестн. хир.—1974.—№ 9.—С. 119–124.
5. Попов О.В., Винник Ю.С., Мухин С.П. и др. Обширный разрыв двенадцатиперстной кишки // Вестн. хир.—1994.—№ 7.—С. 55–56.

Поступила в редакцию 30.01.2009 г.

E.B.Gorodetsky, E.Yu.Levchik

#### RESULTS OF TREATMENT OF NON-FORMED LATERAL FISTULAS OF THE DUODENUM

Results of treatment of 66 patients with non-formed lateral fistulas of the duodenum by the methods of active external and double (external and internal) drainage of the fistula zone, and more rarely — by passive drainage or obturation were analyzed. Lethality of the patients was 35.4%. The lethality of the patients was shown to directly depend on the spreading of purulent complications of fistulas of the duodenum up to 87.5% with a combination of diffuse peritonitis and retroperitoneal phlegmon. The immediate causes of death of the patients with lateral fistulas of the duodenum were severe abdominal sepsis due to spacious purulent lesions of the abdominal cavity and retroperitoneal fat, more rarely — profuse erosive bleedings from the fistula zone.