

© С.А.Воробьев, Е.Ю.Левчик, 2009
УДК 616.34-007.253-089

С.А.Воробьев, Е.Ю.Левчик

ВЫБОР ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА И ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ТРУБЧАТЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Гнойное хирургическое отделение № 2, ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»
(главврач — д-р мед. наук Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: трубчатый кишечный свищ, операционный доступ, объем операции.

Введение. Трубчатые кишечные свищи неопухолевого происхождения встречаются реже губовидных, тем не менее, их лечение представляет собой сложную проблему [1, 7, 8]. Консервативное лечение обычно бывает эффективным у 30–40% пациентов, однако у половины из них впоследствии развиваются рецидивы фистул [2]. После оперативного лечения рецидивы трубчатых свищей также возникают у 30–60% больных [9]. Это связано с недооценкой при выборе операционного доступа и объема оперативного пособия причинных факторов поддержания персистенции трубчатых свищей неспецифического происхождения — стойкой внутрикишечной гипертензии вследствие механических нарушений проходимости на уровне или в отводящих от свища отделах кишки, наличия инородных тел в области внутренних отверстий кишечных фистул [5].

Существуют две основные точки зрения на выбор операционного доступа и объема вмешательства у пациентов с трубчатыми кишечными свищами. Одни исследователи считают, что восстановительные операции следует выполнять в минимальном объеме, чаще — ушивание внутреннего отверстия свища из окаймляющего вне- или внутрибрюшинного доступа [4]. Другие хирурги, напротив, рекомендуют выполнять восстановительный этап операции на кишечнике только после устранения всех возможных причин, препятствующих заживлению свищей. При этом более удобным считают выполнение лапаротомного доступа в стороне от свища [3], что снижает вероятность рецидивов кишечных фистул. Однако с увеличением объемов восстановительных вмешательств возрастает и риск послеоперационных осложнений [6, 7]. Внебрюшинные операции, по мнению ряда авторов [3], не являются радикальными при лечении трубчатых кишечных свищей и не должны выполняться.

Цель нашего исследования — сравнительная оценка результатов оперативного лечения

пациентов с трубчатыми кишечными свищами в зависимости от выбора объема оперативного вмешательства и операционного доступа.

Материал и методы. В ретроспективном сравнительном исследовании изучили результаты оперативного лечения 93 пациентов с трубчатыми тонко- и толстокишечными свищами, находившихся на лечении в нашем отделении с 01.01.1990 г. по 30.06.2008 г. Группы больных были выделены по типам операционных доступов и объемам оперативных вмешательств.

У 64 (68,8%) из 93 пациентов выполнили восстановительные вмешательства с устранением причин, препятствовавших заживлению свищей: у 42 (45,2%) — из окаймляющего операционного доступа (1-я группа) и 22 (23,7%) — из доступа вне свища (2-я группа). У 29 (31,2%) из 93 пациентов выполнили внутрибрюшинное закрытие свищей без полной верификации причин их персистенции: у 23 (24,7%) — из окаймляющего доступа (3-я группа) и у 6 (6,5%) — из доступа в стороне от наружного отверстия свища (4-я группа).

Всем пациентам при поступлении выполнили комплекс клинических исследований (оценку жалоб, анамнеза заболевания и жизни, антропометрию — рост, масса тела, стандартное физикальное обследование). Изучали локализацию, строение, функцию (дебит) кишечных свищей, наличие, характер и распространенность осложнений. Выполняли комплекс лабораторных (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ сыворотки крови — общий белок, альбумин, мочевины, глюкоза, амилаза, билирубин, калий, натрий, хлор), лучевых исследований (рентгенография грудной полости, рентгенофистулография, ирригография, исследование продвижения контраста по кишечнику). С целью определения конфигурации и протяженности свищевого хода, выявления инородных тел, объемных образований в брюшной полости, забрюшинном пространстве и стенке живота с 01.01.2002 г. (у 19 из 93 пациентов) обследование дополняли рентгеновской компьютерной томографией с пероральным контрастированием кишечника и одновременным введением в свищевой ход водорастворимого контраста.

В работе использовали классификацию кишечных свищей по Т.П.Макаренко, А.В.Богданову [5].

В табл. 1 представлена сравнительная клиническая характеристика групп пациентов. Большинство пациентов в группах составляли мужчины, преобладали лица от 30 до 60 лет. Во всех группах подавляющее большинство свищей имели послеоперационное происхождение, рецидивные и множественные свищи составляли от $\frac{1}{5}$ до $\frac{1}{3}$ численности групп.

Основными причинами длительной персистенции кишечных свищей являлись хроническая рецидивирующая

Таблица 1

Клиническая характеристика групп пациентов

Показатели	Группы пациентов			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Пол:				
мужчины	27 (64,3)	15 (68,2)	19 (82,6)	6 (100)
женщины	15 (35,7)	7 (31,8)	4 (17,4)	0 (0)
Средний возраст ($M \pm \sigma$), лет	51 $\pm$ 13,9	47,6 $\pm$ 15	43,9 $\pm$ 16,8	60 $\pm$ 8
Характеристика свищей:				
послеоперационные	36 (85,7)	19 (86,4)	22 (95,7)	5 (83,3)
посттравматические	6 (14,3)	3 (13,6)	1 (4,3)	1 (16,7)
первичные	33 (78,6)	17 (77,3)	19 (82,6)	4 (66,7)
рецидивные	9 (21,4)	5 (22,7)	4 (17,4)	2 (33,3)
одиночные	34 (81)	18 (81,8)	17 (73,9)	4 (66,7)
множественные	8 (19)	4 (18,2)	6 (26,1)	2 (33,3)
Причины персистенции и рецидивирования свищей:				
хроническая рецидивирующая непроходимость в отводящем отделе тонкой кишки	22 (52,4)	13 (59,1)	12 (52,2)	3 (50)
рубцовый стеноз канала кишки на уровне свища	11 (26,2)	5 (22,7)	4 (17,4)	3 (50)
толстокишечный стаз	2 (4,8)	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)
инородные тела брюшной полости и стенки живота	7 (16,7)	4 (18,2)	6 (26,1)	0 (0)
Локализация свищей:				
тонкая кишка	22 (52,4)	12 (54,5)	13 (56,5)	4 (66,7)
толстая кишка	20 (47,6)	10 (45,5)	10 (43,5)	2 (33,3)

Примечание. Здесь и в табл. 2–5: в скобках — проценты.

непроходимость в отводящих от свища отделах тонкой кишки (у 50 пациентов), рубцовый стеноз канала на уровне свища толстой (у 22 больных) или тонкой (у 1 пациента) кишки. Среди наших больных незначительно преобладали пациенты со свищами тонкой кишки (были у 51). Суточный дебит кишечного отделяемого по свищу во всех группах был небольшим и составлял в среднем (80 ± 25) мл/сут. Дефицит массы тела более 20% от идеальной наблюдали только у 1 (2,4%) из 42 пациентов 1-й группы и у 1 — (16,7%) — 4-й группы.

Декомпенсированные отклонения параметров гомеостаза также наблюдали у единичных пациентов (табл. 2).

Восстановительные операции больным с трубчатыми свищами выполняли при неэффективности консервативного лечения (регуляция стула, местное использование мазевых турунд и инстилляций склерозирующих свищевой ход препаратов) и малых операций (вскрытие абсцессов брюшной полости и стенки живота, внекишечная обтурация свищей, удаление инородных тел из свищевого хода или внутреннего

Таблица 2

Данные лабораторных исследований у пациентов перед операцией

Показатели	Группы пациентов			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Альбумин менее 20 г/л	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Общий белок сыворотки менее 60 г/л	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Гематокрит менее 35%	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Лимфоциты менее $1,0 \times 10^9$ /л	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Количество эритроцитов крови менее $3,5 \times 10^{12}$ /л	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Гемоглобин менее 100 г/л	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Хлориды сыворотки крови менее 97 ммоль/л	0 (0)	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)
Калий сыворотки крови менее 3,5 ммоль/л	0 (0)	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)
Натрий сыворотки крови менее 130 ммоль/л	0 (0)	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)
Количество мочи менее 1 л/сут	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Протеинурия более 0,1 г/л	0 (0)	1 (4,5)	0 (0)	1 (16,7)

Таблица 3

Виды и технические особенности восстановительных операций у пациентов с трубчатыми кишечными свищами

Характеристика операций	Группы больных			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Резекция кишки со свищом	17 (40,5)	14 (63,6)	2 (8,7)	3 (50)
Ушивание свища в $\frac{3}{4}$ анастомоза	6 (14,3)	0 (0)	8 (34,8)	0 (0)
Ушивание свища	19 (45,2)	8 (36,4)	13 (56,5)	2 (33,3)
Обходные межкишечные соустья	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16,7)
Продолжительность:				
менее 1,5 ч	16 (38,1)	2 (9,1)	8 (34,8)	1 (16,7)
1,5–4 ч	21 (50)	14 (63,6)	14 (60,9)	3 (50)
более 4 ч	5 (11,9)	6 (27,3)	1 (4,3)	2 (33,3)
Межкишечные соустья, всего	19 (45,2)	14 (63,6)	2 (8,7)	3 (50)

отверстия свища) в течение 3–4 мес. Заживления трубчатых кишечных свищей удалось добиться у 58 (37,4%) пациентов, не включённых в настоящее исследование.

При выполнении восстановительных вмешательств у больных 1-й и 2-й группы устраняли выявленные в ходе предоперационного обследования факторы, препятствовавшие самостоятельному заживлению трубчатых свищей. У пациентов со свищами тонкой кишки из таких причин чаще обнаружили спаечные деформации, вызывавшие хроническую рецидивирующую непроходимость в отводящих от свища отделах (у 50), у 1 — стеноз канала кишки на уровне свища. У больных с толстокишечными свищами чаще выявляли рубцовый стеноз канала кишки на уровне свища (у 22), у 17 (40,5%) — в поддержании персистенции толстокишечных фистул имели ведущее значение инородные тела (лигатуры, марлевые шарики, салфетки) брюшной полости и стенки живота. Реже из причин персистенции толстокишечных свищей наблюдали толстокишечный стаз (у 3 пациентов).

У больных 2-й и 4-й группы использовали операционные доступы вне свищевого отверстия: срединный, трансректальный, парамедианный или параректальный. Выбор доступов зависел как от локализации наружного отверстия свищей, так и от расположения рубцов после предыдущих лапаротомий, после которых часто формируются плоскостные висцеро-париетальные сращения. В 1-й и 3-й группе больных использовали разрезы, окаймляющие наружное отверстие свища, с направлением и размером, зависящим от анатомической области и наличия послеоперационных рубцов брюшной стенки.

Статистический анализ выполняли с помощью параметрического критерия Фишера (ф), через определение аргумента нормального распределения (u) и непараметрического — точного критерия Фишера, при $p < 0,05$. Для сравнения средних величин использовали параметрический t-критерий Стьюдента, при $p < 0,05$. Отсутствие статистических различий доказывали при вероятности нулевой гипотезы $p > 0,2$.

Результаты и обсуждение. Виды и технические особенности восстановительных операций представлены в табл. 3. Наибольшее количество резекций кишки со свищом выполнили во 2-й группе пациентов (у 14 из 22 больных — 63,6%), в то время как ушивание свищей чаще произвели из окаймляющего доступа — у 19 (45,2%) из 42 больных 1-й группы и у 13 (56,5%) из 23 пациентов — 3-й группы.

Продолжительность операций менее 1,5 ч чаще отметили у больных, оперированных с использованием окаймляющих доступов: у 16 (38,1%) из 42 больных 1-й группы и у 8 (34,8%) из 23 пациентов — 3-й. Операций длительностью более 1,5 ч и с большей частотой наложения межкишечных анастомозов выполнили чаще пациентам 2-й и 4-й группы, что было связано с расширением объемов вмешательств из операционных доступов в стороне от наружного отверстия свища.

Характер и частота интраоперационных осложнений восстановительных вмешательств представлены в табл. 4.

Несмотря на увеличение длительности операций во 2-й группе пациентов (см. табл. 3), что было связано с широкой ревизией и мобилизацией отводящего от свища отдела кишки, более частым выполнением резекций кишки с наложением межкишечных соустьев, частота интраоперационных осложнений была меньшей, чем во всех остальных группах ($p < 0,05$). Всего интраоперационные осложнения во 2-й группе отмечены у 13 (59,1%), в 1-й группе — у 34 (81%), в 4-й группе — у 5 (83,3%) и в 3-й группе — у 22 (95,7%).

После восстановительных операций по поводу тонко- и толстокишечных свищей выжили 88 (94,6%), умерли 5 (5,4%) из 93 больных. Сравнение частоты исходов и послеоперационных осложнений восстановительных вмешательств у больных с трубчатыми кишечными свищами представлено в табл. 5.

Во 2-й группе больных летальных исходов не наблюдали, в 4-й группе — летальность была наибольшей (1 из 6 пациентов), меньшей она была в 1-й и 3-й группе. Распространённый перитонит после восстановительных вмешательств наблюдали у 4 пациентов, по одному в каждой из групп ($p > 0,2$). Несостоятельность межкишечного анастомоза и рецидивы кишечных свищей чаще развивались у пациентов 3-й группы (у 6 из 23 больных), у которых не было выполнено целе-

Таблица 4

Интраоперационные осложнения в группах пациентов

Осложнения	Группы больных			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Десерозирование стенки кишки	12 (28,6)	4 (18,2)	8 (34,8)	2 (33,3)
Перфорация стенки кишки	10 (23,8)	3 (13,6)	8 (34,8)	2 (33,3)
Гнойное инфицирование брюшной полости	7 (16,7)	5 (22,7)	3 (13)	2 (33,3)
Инфицирование брюшной полости кишечным содержимым	8 (19)	2 (9,1)	6 (26,1)	2 (33,3)
Кровопотеря более 1 л	4 (9,5)	1 (4,5)	3 (13)	1 (16,7)
Повреждения других органов	1 (2,4)	0 (0)	1 (4,3)	0 (0)

Таблица 5

Послеоперационная летальность и осложнения у пациентов с трубчатыми кишечными свищами

Исходы и осложнения	Группы больных			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Послеоперационная летальность	3 (7,1)	0 (0)	1 (4,3)	1 (16,7)
Распространённый перитонит	1 (2,4)	1 (4,5)	1 (4,3)	1 (16,7)
Несостоятельность кишечного шва	5 (12)	0 (0)	6 (26,1)	1 (16,7)
Рецидив свища	3 (7,1)	0 (0)	6 (26,1)	1 (16,7)

направленного устранения причин персистенции фистул и которых оперировали из окаймляющих наружное отверстие свища доступов. Во 2-й группе больных рецидивов свищей не было.

Послеоперационная пневмония развилась у 4 (4,3%) из 93 пациентов: у 2 больных 1-й группы и по 1 пациенту — в 3-й и 4-й группе. Острый инфаркт миокарда стал причиной смерти 1 пациента 3-й группы, ТЭЛА — у 1 больного 1-й группы.

Выводы. 1. У больных с трубчатыми свищами тонкой и толстой кишки объём восстановительного вмешательства должен включать устранение основных факторов, препятствующих заживлению (хроническая рецидивирующая непроходимость в отводящем отделе тонкой кишки, рубцовый стеноз канала кишки на уровне свища, толстокишечный стаз, инородные тела брюшной полости и стенки живота) и приводящих к рецидивам свищей.

2. Операционный доступ в стороне от наружного отверстия трубчатого кишечного свища обеспечивает более благоприятные условия для выполнения радикального объёма восстановительных вмешательств и снижения частоты рецидивов кишечных фистул.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Базаев А.В., Овчинников В.А., Соловьёв В.А., Пузанов А.В. Результаты лечения наружных кишечных свищей // Хирургия.—2004.—№ 1.—С. 30–33.
- Белоконов В.И., Измайлов В.П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение // Хирургия.—2000.—№ 12.—С. 36–38.

3. Климушев В.Н. Внебрюшинное закрытие наружных кишечных свищей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Екатеринбург, 2004.—22 с.

4. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение.—М.: Медицина, 1964.—236 с.

5. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта.—М.: Медицина, 1986.—144 с.

6. Bissett I.P. Postoperative small bowel fistula: back to basics // Trop. Doct.—2000.—Vol. 30, № 3.—P. 138–140.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

Поступила в редакцию 30.01.2009 г.

S.A.Vorobyev, E.Yu.Levchik

DECISION ON THE OPERATIVE APPROACH AND VOLUME OF INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH TUBULAR INTESTINE FISTULAS

Results of operative treatment of 93 patients with tubular small and large intestine fistulas were analyzed depending on the operative access and volume of interventions. In the post-operative period incompetence of the intestinal anastomosis and recurrent intestine fistulas are found more often in the group of patients with not removed causes of maintenance of the fistula persistence. These complications are rarer in patients operated from the bordering access with liquidation of the cause of long existence of the fistula. The liquidation of the persistence causes and operative access some distance away from the external opening of the fistula resulted in the absence of incompetence of the intestinal anastomosis and recurrent fistulas.