

УДК 616.34-007.274-089

Внебрюшинное закрытие наружных кишечных свищей

Е.Ю. Левчик, С.А. Воробьев, В.Н. Климушев

(ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», Екатеринбург)

Extraabdominal closure of external intestinal fistulas

Ye. Yu. Levchik, S.A. Vorob'yev, V.N. Klimushev

Цель исследования. Сравнительное изучение непосредственных результатов внебрюшинных и внутрибрюшинных восстановительных операций у 98 пациентов со сформированными свищами тонкой и толстой кишки.

Материал и методы. В открытом проспективном контролируемом исследовании изучены результаты внебрюшинных (37) и внутрибрюшинных (59) восстановительных вмешательств у пациентов со сформированными наружными кишечными свищами, оперированных в отделении хирургической инфекции № 2 ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» с 01.01.2002 г. по 31.12.2009 г.

Результаты и выводы. Частота рецидивов кишечных фистул, инфекционных раневых осложнений после выполнения восстановительных вмешательств из внебрюшинных разрезов не отличалась от частоты аналогичных осложнений после операций из лапаротомных доступов. Жизнеопасные осложнения наблюдались только после восстановительных операций из внутрибрюшинных операционных доступов.

Ключевые слова: наружные кишечные свищи, внебрюшинное закрытие.

Aim of investigation. A comparative study of short-term results of extra- and intraperitoneal plastic operations in 98 patients with formed fistulas of small and large intestine.

Material and methods. In the open prospective controlled study results of extraabdominal (37) and intraperitoneal (59) restorative operations at patients with formed external intestinal fistulas, operated in department «Sverdlovsk regional hospital #1» from 01.01.2002 to 31.12.2009 were investigated.

Results and conclusions. Frequency of intestinal fistulas relapses, wound infection after restorative surgery by extraabdominal approach did not differ from morbidity of operations with laparotomy incisions. Life-threatening complications were observed only after restorative operations with intraperitoneal operative approaches.

Key words: external intestinal fistulas, extraabdominal closure.

Левчик Евгений Юрьевич — доктор медицинских наук, заведующий гнойного хирургического отделения № 2 Свердловской областной клинической больницы № 1, Екатеринбург. Контактная информация для переписки: levchik@2-u.ru; 620066, г. Екатеринбург, ул. Академическая, д. 9, кв. 25

Воробьев Сергей Александрович — кандидат медицинских наук, врач-хирург гнойного хирургического отделения № 2 Свердловской областной клинической больницы № 1, Екатеринбург. Контактная информация для переписки: vorobyov.sergej2011@yandex.ru; 620149, г. Екатеринбург, ул. Онуфриева, д. 26/2, кв. 35

Климушев Владимир Николаевич — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургической службе Свердловской областной клинической больницы № 1, Екатеринбург. Контактная информация для переписки: vnk@okb1.ru; 620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 185

Хирургическое лечение больных с наружными кишечными свищами остается актуальной проблемой хирургии [2]. Преимуществам внебрюшинных восстановительных вмешательств у пациентов со сформированными кишечными свищами (низкие показатели послеоперационной летальности и жизнеопасных инфекционных осложнений) многие авторы противопоставляют высокую частоту рецидивов кишечных фистул [1]. Рядом исследователей обоснованы показания и противопоказания, технические приемы внебрюшинного закрытия свищей кишечника, позволяющие снизить частоту их рецидивирования и инфекционных осложнений области хирургического вмешательства [3]. В доступной литературе мы не встретили публикаций, посвященных сравнительному изучению результатов внебрюшинного и внутрибрюшинного закрытия кишечных фистул, выполненного с учетом этих обстоятельств.

Целью работы было сравнительное изучение непосредственных результатов внебрюшинных и внутрибрюшинных восстановительных операций у пациентов со сформированными свищами тонкой и толстой кишки.

Материал и методы исследования

Выполнено открытое проспективное контролируемое изучение результатов внебрюшинных и внутрибрюшинных вмешательств у 96 из 152 пациентов со сформированными кишечными свищами, оперированных в отделении хирургической инфекции № 2 ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1» с 01.01.2002 г. по 31.12.2009 г.

У всех пациентов изучали анамнез заболевания, выполняли комплекс клинических, лабораторных, электрофизиологических, инструментальных (рентгеноскопия органов грудной полости, фистулография, ирригография) исследований. По показаниям изучали продвижение контрастного вещества по кишечнику, применяли фиброгастродуоденоскопию, сонографию и компьютерную томографию брюшной полости и забрюшинного пространства. Перед оперативным лечением все больные консультированы терапевтом, по показаниям — другими специалистами. Для регистрации полученных данных и в расчетах использовали количественные параметры, а также номинальную и порядковую шкалы.

Статистический анализ выполнили на ПЭВМ с использованием табличного процессора Excel из пакета MS Office XP (Microsoft corp., USA, 2008). Для межгрупповых сравнений применяли параметрические критерии Стьюдента (t), Фишера (ϕ), непараметрический точный метод Фишера, при $p < 0,05$.

В работе использовали классификацию кишечных свищей по Т.П. Макаренко, А.В. Богданову (1986) [4].

В зависимости от типа операционного доступа были выделены 2 группы сравнения. В *основную группу* вошли 37 из 152 пациентов, которым выполнили внебрюшинные вмешательства, в *контрольную группу* — 59 больных, оперированных из окаймляющего наружное отверстие свища лапаротомного доступа. В контрольную группу не вошли 56 пациентов, у которых свищи закрывали из внутрибрюшинных доступов в стороне от их наружных отверстий или из продолженных в длину окаймляющих разрезов.

Показаниями к внебрюшинному закрытию тонко- и толстокишечных свищей считали: 1) неполные по функции губовидные и трубчатые (пристеночные) свищи; 2) губовидные, полные по функции, двуствольные раздельные свищи, выведенные в одной анатомической области брюшной стенки [3].

Внебрюшинное закрытие кишечных фистул считали противопоказанным при: 1) механических нарушениях проходимости отводящих от свища отделов кишечника; 2) наличии выступающей шпоры свища; 3) рецидивных свищах; 4) несформированных фистулах; 5) сроках менее 30 сут существования свищей или после выполнения других операций в данной анатомической области живота.

У всех пациентов основной группы стенку кишки со свищом мобилизовали до париетальной брюшины, пересекали кишку с отсечением наружного отверстия свища с последующим ушиванием раны кишечной стенки или наложением межкишечного соустья по типу «конец в конец» двухрядным швом. Над ушитой стенкой кишки отдельными швами соединяли края апоневроза, покровные ткани брюшной стенки. Профилактическое дренирование послеоперационных ран не использовали.

Оперативное лечение больных контрольной группы выполняли из окаймляющих наружные отверстия свищей операционных доступов в пределах одной анатомической области брюшной полости. Раны кишечной стенки также ушивали двухрядным швом или накладывали двухрядные межкишечные анастомозы. Профилактическое дренирование брюшной полости и операционных ран не применяли.

Пациентам обеих групп за 15–30 мин до начала операции проводили антибиотикопрофилактику однократным внутривенным введением защищенных аминопенициллинов (амоксациллина клавуланат 1,2 г) или цефалоспоринов I поколения (цефазолин 1–2 г) с 500 мг метронидазола.

Демографическая характеристика больных обеих групп представлена в табл. 1, из которой видно, что среди оперированных преобладали

Таблица 1

Пол и возраст пациентов в основной и контрольной группах, абс. число (%)

Пол и возраст	Группа пациентов		p
	контрольная, $n_2=59$	основная, $n_1=37$	
Мужчины	35 (59,3)	22 (59,5)	>0,2
Женщины	24 (40,7)	15 (40,5)	>0,2
Возраст, $M \pm \sigma$	47,2 $\pm$ 11,1	44,6 $\pm$ 13,4	>0,2

Таблица 2

Локализация свищей у больных основной и контрольной групп, абс. число (%)

Локализация свищей	Группа пациентов		p
	контрольная, $n_2=59$	основная, $n_1=37$	
Тонкая кишка	46 (78,0)	30 (81,1)	>0,2
Толстая кишка	13 (22,0)	7 (18,9)	>0,2

Таблица 3

Характеристика групп пациентов по строению, происхождению, количеству и функции кишечных свищей, абс. число (%)

Характеристика свищей	Группа пациентов		p
	контрольная, $n_2=59$	основная, $n_1=37$	
Сформированные, в том числе:			
губовидные	46 (78,0)	30 (81,1)	>0,2
трубчатые	13 (22,0)	7 (18,9)	>0,2
Послеоперационные	30 (50,8)	18 (48,6)	>0,2
Посттравматические	1 (1,7)	1 (2,8)	>0,2
Искусственные	28 (47,5)	18 (48,6)	>0,2
Одиночные	49 (83,1)	33 (89,2)	>0,2
Множественные	10 (16,9)	4 (10,8)	>0,2
Неполные	36 (61)	23 (62,2)	>0,2
Полные	23 (39)	14 (37,8)	>0,2

мужчины (1,5:1). Межгрупповых различий по демографическим показателям не выявлено.

Распределение пациентов по локализации кишечных свищей показано в табл. 2, из которой следует, что в обеих группах значительно преобладали больные со свищами тонкой кишки; по локализации свищей группы были статистически однородны.

Характеристика групп пациентов по строению, происхождению, количеству и функции кишечных свищей приведена в табл. 3. В обеих сравниваемых группах чаще наблюдали больных с губовидными (7:1), послеоперационного или искусственного происхождения (1:1), одиночными (9:1), неполными по функции (1,5:1) кишечными фистулами.

У пациентов обеих групп перед плановыми восстановительными вмешательствами не было декомпенсированных нарушений питания (дефицит массы тела не превышал 20% от идеальной, альбумин сыворотки крови >25 г/л, гематокрит

>35%, общий белок сыворотки крови >55 г/л, абсолютное количество лимфоцитов >1,0 $\times$ 10⁹/л).

Среди видов выполненных операций преобладало ушивание внутреннего отверстия кишечных свищей; продолжительность вмешательств у всех пациентов составила менее 3 ч, а у половины из них – менее 1 ч (табл. 4).

Таким образом, контрольная и основная группы пациентов с наружными кишечными свищами по большинству значимых параметров были статистически однородны.

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах пациентов летальных исходов не было (табл. 5). Рецидивы фистул зарегистрированы у 1 (2,7%) из 37 больных основной и у 2 (3,4%) из 59 пациентов – контрольной группы, острая инфекция послеоперационных

Таблица 4

Вид и продолжительность восстановительных операций у пациентов с кишечными свищами, абс. число (%)

Вид и продолжительность операций	Группа пациентов		p
	контрольная, $n_2=59$	основная, $n_1=37$	
Ушивание свища	47 (79,7)	31 (83,8)	>0,2
Ушивание свища в $\frac{3}{4}$ анастомоза	7 (11,9)	4 (10,8)	>0,2
Резекция участка кишки со свищем и анастомозом	5 (8,5)	2 (5,4)	>0,2
Длительность операции			
<1 ч	29 (49,2)	19 (51,4)	>0,2
1–3 ч	30 (50,8)	18 (48,6)	>0,2

ран — соответственно у 4 (10,8%) и 6 (10,2%) обследованных. Очевидно, что частота этих характерных, по данным литературы, для внебрюшинных вмешательств послеоперационных осложнений между исследуемыми группами не различалась ($p>0,2$).

Развитие такого опасного для жизни осложнения, как распространенный послеоперационный перитонит, имело место у 4 (6,8%) из 59 больных контрольной группы. В этой группе наблюдались также такие послеоперационные осложнения, как внутрибрюшное кровотечение и нозокомиальная пневмония — у 2 (3,4%) из 59 пациентов.

Механическую (стенотическую, на уровне ушивания внутреннего отверстия кишечного свища) тонкокишечную непроходимость, по поводу которой была выполнена единственная лапаротомия после внебрюшинного вмешательства, выявили у 1 (2,7%) из 37 пациентов основной группы. Причиной развития данного осложнения стало несоблюдение показаний к восстановительной

операции из внебрюшинного доступа. В контрольной группе по поводу спаечной непроходимости в отводящих от свища отделах тонкой кишки оперированы 2 (3,4%) из 59 пациентов.

Итак, статистически достоверных различий в частоте рецидивов свищей, развития острой раневой инфекции после вне- и внутрибрюшинных вмешательств не обнаружено ($p>0,2$). Однако опасные для жизни внутрибрюшные осложнения (распространенный и местный перитонит в результате несостоятельности швов анастомоза, перфорация кишки вне зоны соустья; внутрибрюшное кровотечение) наблюдались исключительно после операций из внутрибрюшинного доступа. Среднее количество осложнений на одного пациента в контрольной группе также было в 1,3 раза больше, чем в основной. В целом выполнение внебрюшинных восстановительных операций было возможным у $\frac{1}{4}$ всех больных со сформированными свищами тонкой и толстой кишки.

Таблица 5

Послеоперационная летальность и осложнения в группах больных, абс. число (%)

Послеоперационные осложнения и исходы	Группа пациентов		p
	контрольная, $n_2=59$	основная, $n_1=37$	
Послеоперационная летальность	0	0	>0,2
Несостоятельность кишечного шва или соустья	4 (6,8)	2 (5,4)	>0,2
Перфорация кишки вне зоны соустья	2 (3,4)	1 (2,7)	>0,2
Распространенный перитонит	4 (6,8)	0	>0,2
Местный перитонит	2 (3,4)	0	>0,2
Рецидив свища	2 (3,4)	1 (2,7)	>0,2
Новообразование свища на другом отрезке кишки	1 (1,7)	1 (2,7)	>0,2
Внутрибрюшное кровотечение	1 (1,7)	0	>0,2
Спаечная непроходимость в отводящих от свища отделах кишечника	2 (3,4)	1 (2,7)	>0,2
Острая инфекция послеоперационных ран	6 (10,2)	4 (10,8)	>0,2
Нозокомиальная пневмония	1 (1,7)	0	>0,2
Средний послеоперационный койко-день	22±2,56	9±0,33	<0,05

Выводы

1. У больных со сформированными свищами тонкой и толстой кишки частота рецидивов кишечных фистул и раневых инфекционных осложнений после выполненных по дифференцированным показаниям внебрюшинных и внут-

рибрюшинных восстановительных операций не различается.

2. Жизнеопасные осложнения после восстановительных операций по поводу наружных кишечных свищей наблюдаются только при использовании внутрибрюшинных операционных доступов.

Список литературы

1. Базаев А.В., Овчинников В.А., Пузанов А.В. Лечение сформированных тонкокишечных свищей после резекции подвздошной кишки вблизи илеоцекального угла // Вестн. хир. — 2003. — № 6. — С. 64–66.
2. Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. — Новосибирск: Наука, 1983. — 142 с.
3. Климущев В.Н., Левчик Е.Ю., Мальгин Б.Д., Власов А.А. Показания и противопоказания к внебрюшинному закрытию наружных кишечных свищей // Вестн. хир. — 2005. — Т. 164, № 3. — С. 23–26.
4. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. — М.: Медицина, 1986. — 144 с.