



В. К. Логачов, Г. И. Андреев,
Р. В. Барыбин

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© В. К. Логачов, Г. И. Андреев,
Р. В. Барыбин

МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ НЕСФОРМИРОВАВШИМИСЯ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ

Резюме. В работе представлены результаты лечения 72 больных с несформированными свищами тонкой кишки, при которых были использованы обтураторы. Результаты оценивались дифференцировано по балльной шкале. Использование оригинальных конструкций обтураторов в основной группе пациентов и предварительного стендового макетирования позволило повысить эффективность метода с 73,7% в группе сравнения до 100% в основной группе. При этом эффективность результатов лечения повысилась с $4,42 \pm 0,58$ балла до $5,49 \pm 0,16$ балла, соответственно, в группе сравнения и в основной группе.

Ключевые слова: кишечные свищи, обтурация, стендовое макетирование.

Введение

Лечение наружных тонкокишечных свищей является одной из актуальных проблем хирургии по причине высокой летальности больных, которая может достигать от 35 до 80% [1, 2, 4].

В последние годы наблюдается увеличение количества послеоперационных осложнений, в том числе тонкокишечных свищей. Это обусловлено как социальными проблемами (экономическими, экологическими, низким уровнем жизни больных, отсутствием социальной информированности и, как следствие, поздняя обращаемость пациентов), так и частыми случаями послеоперационных осложнений, несовершенством их профилактики [4].

Среди всех дефектов кишечной стенки свищи тонкой кишки встречаются в 42% случаев [3, 4]. В числе несформированных свищей их доля еще больше — 75—78% случаев [5]. Это объясняется тем фактом, что свищи тонкой кишки в значительной мере вносят нарушения в систему гомеостаза и при недостаточной или несвоевременной коррекции последнего могут приводить к летальному исходу еще на стадии несформированного свища. Это требует, в свою очередь, срочных мер по их «ликвидации» [2, 5].

Если свищевой дефект сформировался в дистальных отделах кишечного тракта, то, по мнению разных авторов [3, 5], благоприятный исход возможен с более высокой долей вероятности благодаря низкому дебиту свищевых дефектов и скорейшему заживлению свищей под влиянием соответствующей консервативной терапии. Это уменьшает сроки подготовки больных к дальнейшему этапу оперативного лечения.

Особые трудности при лечении больных со свищами тонкой кишки возникают в случае несформированного кишечного дефекта [1]. По мнению авторов, данная патология является одной из наиболее тяжелых и обусловлена высоким риском развития неблагоприятных осложнений и даже

летальных исходов [1, 3, 5]. Осложнение возникает не столько по причине отсутствия консервативного лечения, сколько вследствие скорости развития тяжелого и крайне тяжелого состояния больного, невозможностью подготовки и проведения оперативного лечения у данной категории (восстановления целостности и проходимости кишечной трубки) [5].

Трудности возникают и при расположении несформированных наружных тонкокишечных свищей (ННТКС) на эвентрированных петлях кишки [3]. При необходимости оперативного лечения единственно возможным способом подготовки больного к оперативному вмешательству является временное восстановление непрерывности пищеварительного тракта путем использования обтураторов в комплексе с достаточным объемом инфузионной терапии [4].

В настоящее время для лечения тонкокишечных свищей существуют следующие консервативные методы: применение калорийного питания, коррекция нарушений обмена веществ и водно-электролитных расстройств, обтурация свища с помощью различных устройств (обтураторы, мазевые тампоны и т. п.), уход за кожей вокруг свища [4]. Однако возникает ряд вопросов по поводу выбора форм закрытия свища (например, изучение проблем профилактики появления тонкокишечных свищей, выбор типов обтураторов для данной патологии) [1]. Обтуратор (каждый из их видов) прежде всего предназначен для закрытия дефекта кишки, уменьшения дебита содержимого и сокращения минимальных потерь через свищ. Но по нашему многолетнему опыту известно, что большинство обтураторов подобраны неточно относительно локализации свища, чаще всего — «у постели больного» [3]. Подбор конфигурации обтураторов под определенный свищевой дефект, оценка деформации кишки обтуратором и ее устранение, оптимизация лечения индивидуально для каждого больного ННТКС мало изучены.

Матеріали і методи

Нами були проаналізовані 196 історій болізни пацієнтів з кишечними свищами за період 2001—2011 гг., знаходившихся на ліченні в ГУ «ІОНХ НАМН України» і ХГКБСНМП імені проф. А. І. Мещанинова, із яких були обрані 72 боліхних, відповідуючих темі дослідження. Пацієнти були розділені на дві групи (основну і групу порівняння), в яких проводилося вивчення особливостей течення захворювання.

Оцінка загального стану боліхних в дослідженні проводилася на основі клінічних даних, даних інструментального і лабораторного досліджень. По половому, віковому, віковому ознакам і патології, безпосередньо приведшій до фистулогенезу, всі групи були репрезентативні. Нами застосовувалося оригінальне стендове макетирование: при огляді боліхного вивчалися розміри свища, розташування його по відношенню до стінок рани і осі кишки; встановлювався вид розташування свищесущей петлі по відношенню до рани. Далі свищевой дефект моделювався на оригінальному стенді (Пат. України № 60703), на основі чого підбиралася конструкція для герметизації конкретного дефекта (рис. 1).

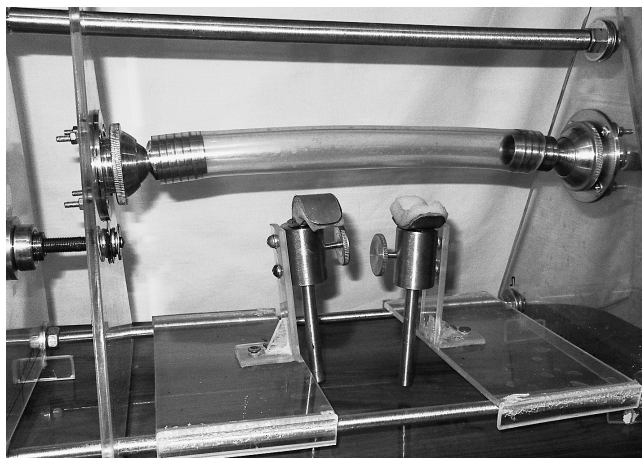


Рис. 1. Стенд з макетом кишки із ПВХ-трубки

При успішній обтурації моделі дефекта на стенді конструкція встановлювалася в свищевой дефект пацієнта. Результати обтурації оцінювалися по бальной системі: 0 баллів — конструкція не забезпечувала герметизм в течення сутки і/або приводила до негативних наслідків (збільшення розмірів свища, перетворення неповного свища в повний, втрата обтуратора); 1 балл — конструкція не забезпечувала герметизації свища більше сутки без негативних наслідків маніпуляції; 2 балла — конструкція забезпечувала герметизм більше сутки, але вимагала зміни частіше 1 раз в 3 дні; 3 балла — конструкція забезпечувала герметизм в течення всього періоду лічення.

Результати лічення пацієнтів оцінювалися по системі: 1 — консервативне лічення було неефективним і привело до летального результату; 2 — консервативне лічення було ефективним, але не вплинуло на причини летального результату; 3 — консервативне лічення було неефективним, що вимагало оперативного лічення, завершеного несприятливо; 4 — консервативне лічення було неефективним, що вимагало оперативного лічення, завершеного сприятливо; 5 — консервативне лічення було ефективним в течення періоду підготовки пацієнта, а летальний результат оперативного втручання не був обумовлений абдомінальною патологією (острий інфаркт міокарда, серцево-судинна недостатність в пізньому післяопераційному періоді — більше 7 сутки); 6 — лічення було ефективним: свищ закритися або оперативне лічення завершилося выздоровленням. Результати дослідження були піддані статистичній обробці з використанням критерію Ст'юдента—Фішера для малочисельних груп при біномінальному розподілі ознак.

Результати дослідження і їх обговорення

Були проведені стендові випробування різних конструкцій обтуруючих пристроїв як широко відомих, так і розроблених в клініці ГУ «ІОНХ НАМН України». Випробування проводилися на оригінальному стенді на аналозі кишки (відокремленій тонкій кишці) і на макеті кишки — полівинілхлоридній трубці діаметром 25 мм. Остання в силу прозорості стінок дозволяла візуально оцінювати деформацію внутрішнього елемента обтуратора. В ході випробувань було встановлено, що якщо можливо встановити конструкцію в «свищеве отвір'я» макету кишки, то введення внутрішнього елемента в «свищевой» дефект аналога кишки відбувається без деформації останнього. Іншими словами, конструкція, яка може бути встановлена в отвір'я полівинілхлоридної трубки, може бути встановлена і в реальній кишечній свищі («на боліхному») без негативних наслідків для стінки кишки.

Із 38 пацієнтів групи порівняння, у яких застосовувалися традиційні методи обтурації, позитивні результати, що призвели до формування повного герметизма, отримані у 18 (47,4%) боліхних, у 5 (13,2%) пацієнтів конструкції вимагали частого зміни (1 раз в 1—3 дні), що послужило приводом до раннього оперативного лічення без летальних результатів. 16 пацієнтів були оперировані по компенсації стану в строки від трьох тижнів до двох місяців з 4 (10,5%) летальними результатами. У решти пацієнтів (39,4%) спостерігалися негативні ефекти застосування застарілих конструкцій: збільшення розмірів свищів, перетворення



неполных несформировавшихся кишечных свищей в полные, активизация процессов мацерации, при Г-, S- и U-образной форме свищесущей петли эффективность линейных конструкций обтураторов была недостаточной. В 14 случаях данная ситуация явилась показанием к оперативному вмешательству с 6 (15,8%) летальными исходами. Эффективность обтурации составила $4,42 \pm 0,58$ балла (73,7%), а результаты лечения в целом оценивались как $4,04 \pm 0,31$ балла (табл. 1).

В основной группе у всех 34 пациентов, которым были установлены обтураторы на основании

индивидуального подбора, с помощью стенового макетирования был достигнут достаточный эффект, который оценивался в $5,80 \pm 0,03$ (96,6%) балла ($p < 0,05$). В то же время общая эффективность конечного результата лечения составила $5,49 \pm 0,16$ (91,5%) балла ($p > 0,05$). Последнее объясняется исходным состоянием пациентов — 26 из 34 (76,5%) поступили спустя две и более недель с момента образования свища. Кроме того, в этой группе преобладали Г-, S- и U-образные формы свищесущих петель (21 из 34 больных) (61,8%) (табл. 2).

Таблица 1

Эффективность применения обтурирующих конструкций у пациентов группы сравнения

Группа сравнения (n=38)	Кишечный дефект	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
			1—2 дня	3—5 дней	5 и более дней		
Линейный	17	—	1	2	—	20	
U-образный вертикальный	—	1	2	—	1	4	
U-образный горизонтальный	—	1	1	1	2	5	
S-образный	—	2	—	—	2	4	
Г-образный	—	1	—	—	2	3	
X-образный	1	—	—	1	—	2	
Всего	18 (47,4%)	5 (13,2%)	4 (10,5%)	4 (10,5%)	7 (18,4%)	38 (100%)	

Таблица 2

Эффективность применения обтурирующих конструкций у пациентов основной группы

Основная группа (n=34)	Кишечный дефект	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
			1—2 дня	3—5 дней	5 и более дней		
Линейный	11	—	—	1	—	20	
U-образный вертикальный	5	—	—	1	—	4	
U-образный горизонтальный	6	—	—	2	—	5	
S-образный	2	—	—	1	—	4	
Г-образный	4	—	—	—	—	3	
X-образный	1	—	—	—	—	2	
Всего	29 (85,3%)	—	—	5 (14,7%)	—	34 (100%)	

Выводы

1. Эффективность обтурации несформировавшихся наружных свищей тонкой кишки в основном определяется типом используемых конструкций и при адекватном их подборе может достигать 100%.

2. Предварительное стеновое макетирование оригинальным методом является основой алгоритма помощи больному при подборе и моделировании обтуратора установленного типа.

Таким образом, проблема лечения несформировавшихся наружных свищей тонкой кишки продолжает оставаться актуальной и требует последующих исследований.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта / В.И. Белоконев, Е.П. Измайлов // Самар. гос. мед. ун-т. — Самара: Перспектива, 2005. — 238 с.
2. Зовнішні нориці дванадцятипалої кишки: класифікація, діагностика та лікування / В.Ф. Саєнко, В.В. Кучерук, А.С. Лаврик [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 77—80.
3. Логаčov В.К. Усовершенствование тактики и техники обтурации несформировавшихся наружных кишечных свищей / В.К. Логаčov, Р.Р. Османов // Харківська хірургічна школа. — 2004. — № 3. — С. 18—22.
4. Шапринський В.О. Зовнішні кишкові нориці / В.О. Шапринський: моногр. — Вінниця: Діло, 2004. — 162 с.
5. Meier R. Treatment of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. / R. Meier, A. Wettstein // Digestion. — 1999. — Vol. 60. — P. 47—52.

МЕТОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ЗОВНІШНІ НЕСФОРМОВАНІ
НОРИЦІ ТОНКОЇ КИШКИ

*В. К. Логаčov, Г. І. Андрєєв,
Р. В. Барибін*

Резюме. У роботі подано результати лікування 72 хворих із несформованими норицями тонкої кишки, у яких були застосовані обтуратори. Результати оцінювалися диференційовано за бальною шкалою. Застосування оригінальних конструкцій обтураторів в основній групі пацієнтів і попереднього стендового макетування дозволило підвищити ефективність методу з 73,7% у групі порівняння до 100% в основній групі. При цьому ефективність результатів лікування підвищилася з $4,42 \pm 0,58$ балу до $5,49 \pm 0,16$ балу, відповідно, в групах порівняння та основній.

Ключові слова: кишкові нориці, обтурація, стендове макетування.

METHODS OF TREATMENT
OPTIMISATION OF PATIENTS
WITH NONFORMED
FISTULAS OF THIN BOWEL

*V. K. Logachov, G. I. Andreyev,
R. V. Barybin*

Summary. The results of treatment of 72 patients with nonformed fistulas of thin bowel, which have been applied at with obturators, are presented. The results were estimated differentiated on a special scale. The application of original constructions of obturators in the main group of patients and preliminary stand prototyping allowed to promote efficiency of the method from 73,7% in comparison group to 100% in main group. Thus efficiency of the results of the treatment rose from $4,42 \pm 0,58$ marks to $5,49 \pm 0,16$ in comparison group and main group.

Key words: intestinal fistulas, obturation, stand modelling.