



В.В. Бойко, Г.И. Андреев,
В.К. Логачев, И.В. Белозеров

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

© Коллектив авторов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ НЕСФОРМИРОВАВШИМИСЯ СВИЩАМИ ТОНКОЙ КИШКИ

Резюме. В работе представлены результаты лечения 72 больных с несформировавшимися 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 $4,42 \pm 0,58$ баллов до $5,49 \pm 0,16$ 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 до 80 % [1, 2].

Среди всех дефектов кишечной стенки свищи тонкой кишки встречаются в 42 % [3, 4]. В числе несформировавшихся свищей их часть еще больше, достигая 75-78 % [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 несформировавшегося свища. Это требует в свою очередь срочных мер по их «ликвидации» [2, 5].

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 и несовершенством проблемы профилактики послеоперационных свищей [4].

Особые сложности при лечении больных со свищами тонкой кишки возникают в случае несформировавшегося кишечного дефекта [1]. По мнению данных авторов, эта патология является одной из наиболее сложных и обусловлена высоким риском развития неблагоприятных осложнений, и летальных исходов [1, 3, 5]. Последнее возникает не столько при отсутствии консервативного лечения как следствие скорости развития тяжелого и крайне тяжелого состояний больного, невозможностью

подготовки и проведения оперативного лечения в данной категории больных (восстановления целостности и проходимости кишечной трубки) [5].

Для лечения тонкокишечных свищей в настоящее время 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 возникновения тонкокишечных свищей, выбор типов обтураторов для данной патологии) [1]. Обтуратор (каждый из их видов), прежде всего, предназначен для закрытия дефекта кишки, уменьшения количества содержимого и сокращение минимальных потерь через свищ. Однако, по многолетнему опыту, известно, что большинство обтураторов подобраны неточно относительно локализации свища, чаще всего – «у постели больного» [3]. Подбор конфигурации обтураторов под данный определенный свищевой дефект, оценка деформации кишки обтуратором и ее устранение, оптимизация лечения индивидуально для каждого больного ННТКС мало изучено.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы 196 историй болезни больных с кишечными свищами за период 2001–2011 гг., находившиеся на лечении в ГУ «ИОНХ НАМН Украины» и КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной помощи им. проф. Мещанинова А. И.», из которых были отобра-

ны 72 больных, соответствовавших теме исследования. Больные разделены на две группы (основную и группу сравнения), в которых проводилось изучение особенностей течения заболевания.

Оценка общего состояния больных в исследовании проводилась на основании клинических данных, данных инструментального и лабораторного исследований. По половому, возрастному признакам и патологии, непосредственно приведшей к фистулогенезу, все группы были сопоставимы. Нами применялось оригинальное стендовое макетирование, производимое следующим образом. При осмотре больного изучались размеры свища, расположение его по отношению к стенкам раны и оси кишки; устанавливался вид расположения свищесущей петли по отношению к ране. Затем свищевой дефект моделировался на оригинальном стенде (Пат. Украины № 60703), на основании чего производился подбор конструкции для герметизации конкретного дефекта.



Рис. 1. Стенд с макетом кишки из ПВХ трубки (Пат. Украины № 60703)

При успешной obturации модели дефекта на стенде, оригинальная obtурирующая конструкция, представляющая оригинальный трехэлементный obtуратор с моделируемым внутрикишечным элементом, устанавливалась в свищевой дефект пациента.

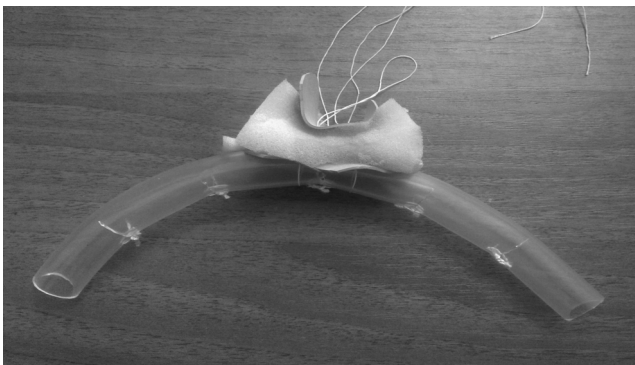


Рис. 2. Общий вид трехэлементного obtуратора с моделируемым внутрикишечным элементом (№ у 2011 07083, приоритет от 06.06.2011, положительное решение от 14.11.2011)

Методика оценки качества герметизации, применяемая в нашей работе, включала в себя оценку по трехбалльной шкале качества установки obtурирующих устройств и уровня герметизации свищевых дефектов. Шкала оценки представляет собой следующую картину: 0 баллов – не удалось достичь герметизации (либо не удалось установить конструкцию); 1 балл – конструкция установлена, но вызывает деформацию аналога; 2 балла – конструкция установлена, герметизация неполная; 3 балла – герметизация является аналогом физиологического состояния стенки кишки. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием стандартных параметров вариационной статистики и критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Были проведены стендовые испытания различных конструкций obtурирующих устройств, как широко известных, так и разработанных в клинике ГУ «ИОНХ НАМН Украины». Испытания проводились на оригинальном стенде на аналоге кишки (отрезке тупной тонкой кишки) и на макете кишки – поливинилхлоридной трубке диаметром 25 мм. Последняя в силу прозрачности стенок позволяла визуально оценивать деформацию внутрикишечного элемента obtуратора. В ходе испытаний было установлено, что если возможно установить конструкцию в «свищевое отверстие» макета кишки, то введение внутрикишечного элемента в «свищевой» дефект аналога кишки происходит без деформации последнего. Иными словами – конструкция, которая может быть установлена в отверстие поливинилхлоридной трубки, может быть установлена и в реальный кишечный свищ («на больном») без отрицательных последствий для стенки кишки.

Из 38 пациентов группы сравнения, у которых применялись традиционные методы obtурации, положительные результаты, заключающиеся в формировании полного герметизма, получены у $18 \pm 3,05$ больных (47,4 ± 8,08 %) при $p < 0,05$, у 5 пациентов (13,2 %) конструкции требовали частой смены (1 раз в 1-3 дня), что послужило поводом к раннему оперативному лечению без летальных исходов. 16 пациентов были оперированы по компенсации состояния в сроки от 3 недель до 2 месяцев с 4 летальными (10,5 %) исходами. У остальных пациентов (39,4 %) наблюдались отрицательные эффекты применения устаревших конструкций: увеличение размеров свищей, превращение неполных несформированных кишечных свищей в полные, нарастание процессов мацерации, при Г-, S- и U-образной форме свищесущей петли эффективность линей-



ных конструкций obturаторов была недостаточной. В 14 случаях данная ситуация явилась показанием к оперативному вмешательству с 6 (15,8 %) летальными исходами. Эффективность obturации основной группы составила $29 \pm 0,58$ ($85,3 \pm 4,65$ %).

Таблица 1

Эффективность применения obtурирующих конструкций у пациентов группы сравнения

Группа сравнения (n=38)	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
		1-2 день	3-5 дней	5 и более дней		
Кишечный дефект						
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
G-образный	–	1	–	–	2	3
X-образный	1	–	–	1	–	2
Всего	18 (47,4± 8,08%)	5 (13,2 %)	4 (10,5 %)	4 (10,5 %)	7 (18,4 %)	38 (100 %)

В основной группе у всех 34 пациентов, которым были установлены оригинальные трехэлементные obturаторы с моделируемым внутрикишечным элементом (№ и 2011 07083, приоритет от 06.06.2011, положительное решение от 14.11.2011), с помощью стендового макетирования был достигнут достаточный эффект, который оценивался в $5,80 \pm 0,03$ (96,6 %) баллов ($p < 0,05$). В то же время общая эффективность конечного результата лечения составила $5,49 \pm 0,16$ (91,5 %) ($p > 0,05$).

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. Логачев В.К. Усовершенствование тактики и техники obturации несформированных наружных кишеч-

Таблица 2
Эффективность применения obtурирующих конструкций у пациентов основной группы

Основная группа (n=34)	Герметизм полный	Смена конструкции			Не удалось установить	Всего
		1-2 день	3-5 дней	5 и более дней		
Кишечный дефект						
Линейный	11	–	–	1	–	20
U-образный вертикальный	5	–	–	1	–	4
U-образный горизонтальный	6	–	–	2	–	5
S-образный	2	–	–	1	–	4
G-образный	4	–	–	–	–	3
X-образный	1	–	–	–	–	2
Всего	29 (85,3± 4,65 %)	–	–	5 (14,7 %)	–	34 (100 %)

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

Выводы

1. Эффективность obturации несформированных наружных свищей тонкой кишки в основном определяется типом используемых конструкций и при адекватном их подборе может достигать 100 %.
2. Предварительное стендовое макетирование оригинальным методом является основой алгоритма помощи больному при подборе и моделировании obturатора установленного типа.

ных свищей / В.К. Логачев, Р.Р. Османов // Харківська хірургічна школа. – 2004. – № 3. – С. 18 – 22.

4. Шапринський В.О. Зовнішні кишкові нориці / В.О. Шапринский. – Вінниця: ДІЛО, 2004. – 162 с.

5. Meier R. Treatment of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage / R. Meier, A. Wettstein // Digestion. – 1999. – Vol. 60, Suppl. – P. 47 – 52.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ
ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ЗОВНІШНІ НОРИЦІ
ТОНКОЇ КИШКИ, ЩО НЕ
СФОРМУВАЛИСЯ

*В.В. Бойко, Г.І. Андрєєв,
В.К. Логачов, І.В. Белозьоров*

Резюме. У роботі представлені результати лікування 72 хворих з норицями тонкої кишки, що не сформувалися, 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 $4,42 \pm 0,58$ балів до $5,49 \pm 0,16$ у групах порівняння та основній.

Ключові слова: кишкові нориці, обтурація, стендове макетування.

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

*V.V. Boiko, G.I. Andreev,
V.K. Logachov, I.V. Belozerov*

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.*