

УДК 616.345–007.253–089.16–089.168

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ НАЛИЧИИ НАРУЖНОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

В. В. Ставицкий

*Знаменская центральная районная больница, Кировоградская область*

## RESULTS OF SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS IN THE PRESENCE OF EXTERNAL COLONIC FISTULA IN CONDITIONS OF DISTRICT HOSPITAL

V. V. Stavitskiy

### РЕФЕРАТ

Проанализированы результаты лечения 102 пациентов по поводу различных травм и хирургических заболеваний толстой кишки (ТК), у которых выполнены вмешательства, завершившиеся формированием наружного толстокишечного свища (НТКС). После реконструктивно–восстановительных и восстановительных операций по поводу НТКС все пациенты живы. Послеоперационные осложнения возникли у 15 (20,8%) больных, в том числе внутрибрюшные – у 2 (2,8%). Оптимальные сроки проведения хирургической реабилитации и объем восстановительной или реконструктивно–восстановительной операции у больных по поводу НТКС следует определять строго индивидуально, с учетом тяжести и характера заболевания или травмы, что потребовало наложения стомы, состояния пациента, тяжести течения послеоперационного периода и местных рубцово–воспалительных процессов в брюшной полости, в области свища и лапаротомной раны. Выполнение симультанной операции (СО) при хирургической реабилитации больных с НТКС практически не увеличивает риск возникновения послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** наружный толстокишечный свищ; хирургическая реабилитация; симультанные операции.

### SUMMARY

Results of treatment of 102 patients for a variety of injuries and surgical diseases of the colon, who performed the intervention, culminating in the formation of the external colonic fistula (ECF) were analyzed. After reconstructive and restorative surgery for ECF, all patients were alive. Postoperative complications occurred in 15 (20.8%) patients, including intraabdominale – in 2 (2.8%). The optimal timing of surgical rehabilitation and volume reduction or reconstructive surgery in patients over the ECF should be determined strictly individual basis, taking into account the severity and nature of the illness or injury, which required imposition of an stoma, the severity of postoperative scar and local inflammatory processes in the abdominal cavity, in laparotomic wound and fistula. Performing simultaneous operations in the surgical rehabilitation of patients with ECF practically does not increase the risk of postoperative complications.

**Key words:** external colonic fistula; surgical rehabilitation; simultaneous operations.

**Х**ирургическая реабилитация больных при наличии НТКС – одна из актуальных и сложных проблем колопроктологии. Несмотря на значительные успехи хирургической науки, проблема далека от решения. По данным литературы [1–4], в последние годы отмечено увеличение числа пациентов, у которых выявляют заболевания ТК и которым показано выполнение реконструктивно–восстановительных операций, в том числе тех, у которых во время предыдущего вмешательства вынужденно наложен наружный тонко– или толстокишечный свищ. Актуальность проблемы также обусловлена рядом медицинских и социальных аспектов. При наличии кишечной стомы значительно ухудшается качество жизни больного, ограничивается его трудоспособность, возникают инвалидность, значительный психологический дискомфорт, поэтому устранение свища и восстановление непрерывности кишечника не только улучшает качество и комфортность жизни пациента, но и имеет важное социально–экономическое значение [2, 4, 5], в связи с чем хирургическая реабилитация больных с НТКС в настоящее время – не только медицинская, но и важная социальная проблема [2, 4–6]. По данным литературы, выполнение восстановительных и реконструктивно–восстановительных операций у пациентов по поводу НТКС сопровождается большой частотой послеоперационных осложнений – 37–94% [1, 3, 4, 6], наиболее частые осложнения – нагноение операционной раны (30–60%), несостоятельность швов анастомоза (3–23%) [1–4]. Послеоперационная летальность после восстановительных и реконструктивно–восстановительных операций составляет 5–12% [1, 3, 4, 6]. Дальнейшее совершенствование методов предоперационной подготовки, хирургической техники выполнения открытых восстановительных и реконструктивно–восстановительных операций, уточнение показаний и сроков выполнения повторных операций актуальны.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения в хирургическом стационаре 102 пациентов по поводу различных травм и хирургических заболеваний ТК, которым произведены операции, завершившиеся формированием НТКС. Возраст больных от 22 до 92 лет, в среднем 58,6 года. Мужчин было 40 (39,2%), женщин — 62 (60,8%). У 58 (56,9%) больных колостома наложена по поводу осложненного рака ТК, у 23 (22,5%) — травмы ободочной и прямой кишки, в том числе у 14 — закрытой, у 4 — ножевой, у 3 — огнестрельной, у 2 — травмы кишки инородным телом, у 7 (6,9%) — мегадолихосигмы, осложненной заворотом и некрозом сигмовидной ободочной кишки, у 3 (2,9%) — некротической флегмоны ободочной кишки, у 2 (2,0%) — воспалительного псевдотумора поперечной ободочной кишки, у 2 (2,0%) — дивертикулеза ободочной кишки, осложненного ее перфорацией, у 1 (1,0%) — болезни Крона ободочной кишки, осложненной перфорацией, у 1 (1,0%) — липосаркомы брыжейки ободочной кишки с прорастанием стенки поперечной ободочной кишки. У 3 (2,9%) больных наложена двухствольная трансверзостома при возникновении осложнений после реконструктивно-восстановительных операций (у 2) и брюшно-анальной резекции прямой кишки, выполненной по поводу рака (у 1). У 2 (2,0%) больных причиной формирования НТКС явилась несостоятельность швов после выполнения аппендэктомии.

При осложненном раке ТК у 33 больных выполнена обструктивная резекция ободочной кишки по Гартманну с формированием одноствольной колостомы, в том числе сигмэктомия — у 18, левосторонняя гемиколэктомия — у 12, трансверзэктомия — у 3. У 25 больных наложена разгрузочная стома, в том числе у 12 — двухствольная трансверзостома, у 5 — двухствольная сигмостома, у 8 — цекостома.

По поводу травмы ТК резекция ободочной кишки по Гартманну выполнена у 12 больных, в том числе левосторонняя гемиколэктомия — у 6, правосторонняя — у 1, трансверзэктомия — у 1, сигмэктомия — у 4. Зашивание множественных повреждений левой половины ободочной кишки с наложением двухствольной трансверзостомы выполнено у 7 больных, зашивание внутрибрюшного разрыва прямой кишки с наложением двухствольной сигмостомы — у 2. У одного пострадавшего после сквозного огнестрельного ранения с касательным повреждением заднебоковой стенки восходящей ободочной кишки возникли НТКС, флегмона забрюшинного пространства справа и передней брюшной стенки в правой паховой области, что потребовало в дальнейшем дренирования флегмоны и наложения разгрузочной двухствольной илеостомы. У 10 пострадавших при сочетанной травме вмешательство на ТК дополнено зашиванием тонкой кишки (у 5), желудка (у 1), поджелудочной желе-

зы (у 1), печени (у 2), мочевого пузыря с эпицистостомией (у 1), резекцией тонкой кишки (у 1), спленэктомией (у 3).

У 7 больных обструктивная резекция ободочной кишки по Гартманну выполнена по поводу заворота и некроза сигмовидной ободочной кишки. У 3 больных резекция поперечной ободочной кишки по Гартманну выполнена по поводу воспалительного псевдотумора ТК (у 2), разрыва забрюшинной липосаркомы брыжейки ободочной кишки с прорастанием стенки ТК (у 1). Из 2 больных, у которых формировался наружный свищ слепой кишки при несостоятельности швов после аппендэктомии, у одной — наложена илеотрансверзостома, у одной — НТКС сформировался самостоятельно.

НТКС локализовался в поперечной ободочной кишке — у 51 больного, сигмовидной ободочной кишке — у 39, слепой кишке — у 11, восходящей ободочной кишке — у 1.

Реконструктивно-восстановительные и восстановительные операции выполнены у 72 больных в возрасте от 22 до 87 лет, в среднем 49,4 года. Мужчин было 38 (52,8%), женщин — 34 (47,2%). Всего выполнено 78 операций. Сроки выполнения повторных операций от 3 нед до 14 мес, в среднем 86,2 сут. В течение первого месяца оперированы 16 (22,2%) больных, через 1–2 мес — 16 (22,2%), 2–6 мес — 31 (43,1%) позже чем через 6 мес — 9 (12,5%). У 5 пациентов операция выполнена позже чем через 6 мес из-за нагноения и длительного заживления раны, у 4 — в связи с более длительным восстановлением после первой операции, выполненной на фоне тяжелого состояния и/или тяжелых сопутствующих соматических заболеваний. У 6 больных повторную операцию не выполняли из-за отказа, у 5 — из-за наличия неоперабельного рака. У 19 больных после наложения разгрузочной колостомы резекция ТК с опухолью выполнена в специализированных онкологических учреждениях.

Характер выполненных реконструктивно-восстановительных и восстановительных операций приведен в *таблице*.

При наличии илеостомы или правосторонней колостомы больные проводили необходимую предоперационную инфузионную гомеостазкорректирующую терапию. При наличии левосторонней колостомы необходимости в проведении предоперационной корректирующей терапии у большинства больных не было. У больных этой группы предоперационную подготовку ограничивали применением пробиотиков, лечебной гимнастикой и предоперационной подготовкой кишечника. Для предоперационной подготовки ТК при повторных операциях у 9 больных применяли антиперистальтический способ, у 41 — комбинированный способ полного изоперистальтического промывания [7] проксимальной части ки-

## Реконструктивно–восстановительные и восстановительные операции, выполненные по поводу НТКС

Операция	Число больных
Трансверзосигмостомия с закрытием трансверзостомы	16
Сигморектостомия с закрытием сигмостомы	14
Сигмосигмостомия с закрытием сигмостомы	6
Трансверзотрансверзостомия с закрытием трансверзостомы	6
Аппаратная У–образная десцендоректостомия	1
Реконструктивно–восстановительная илеотрансверзостомия с закрытием трансверзостомы и концевой илеостомы	1
Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией при несформированном наружном трубчатом свище слепой кишки	1
Правосторонняя гемиколэктомия с иссечением сформированного наружного трубчатого свища слепой кишки	1
Резекция сигмовидной ободочной кишки с опухолью с сигморектостомией и закрытием трансверзостомы	1
Закрытие двуствольной трансверзостомы	12
Закрытие цекостомы	8
Закрытие двуствольной сигмостомы	4
Закрытие одноствольной сигмостомы	1
Иссечение сформированного трубчатого НТКС	5
Закрытие илеостомы с межкишечным анастомозом при закрывшемся наружном трубчатом свище слепой кишки	1
Всего ...	78

шечника и антиперистальтического промывания дистальной части кишки. У 22 больных во время предоперационной подготовки кишечника использовали препарат Фортранс.

Для восстановления проходимости кишечника и закрытия колостомы применяли как внутрибрюшинный, так и внебрюшинный способ. Реконструктивно–восстановительные операции с закрытием одноствольной колостомы у всех больных выполняли с использованием внутрибрюшинного способа. Межкишечные толстокишечные анастомозы у 45 больных формировали инвагинационным способом по Бондарю, у 1 – с короткой культей прямой кишки, У–образный десцендоректоанастомоз наложен с применением циркулярного сшивающего аппарата CDH33 компании Ethicon. Двуствольную трансверзостому у 12 больных закрывали внебрюшинно, у 6 – внутрибрюшинно с резекцией участка поперечной ободочной кишки со стомой и наложением инвагинационной трансверзотрансверзостомы. Двуствольную сигмостому закрывали внебрюшинно (у 4 больных), цекостому – внутрибрюшинно с одномоментной пластикой брюшной стенки (у 6), внебрюшинно (у 2).

У 46 (63,9%) больных выполнены 57 СО. У 34 больных симультанным этапом при осуществлении реконструктивно–восстановительных операций была аллогерниопластика передней брюшной стенки, у 8 – холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, у 4 – аппендэктомия, у 2 – удаление кисты яичника, у 1 – удаление рецидивной забрюшинной липосаркомы. Послеоперационная грыжа брюшной стенки (ПОГБС) у 17 (50%) больных образовалась в области лапаротомной раны, у 9 (26,5%) – в области стомы. У 8 (23,5%) больных отмечено со-

четание ПОГБС и параколостомной грыжи. Пластику параколостомной грыжи у всех больных осуществляли методом on lay. При устранении срединной ПОГБС у 12 (48%) больных выполнена аллогерниопластика методом on lay, у 11 (44%) – sub lay. У 2 (8%) больных при наличии гигантской ПОГБС использовали различные модификации операции Ramirez. У 38 больных, в связи с распространенным спаечным процессом в брюшной полости, проведен обширный висцеролиз. При выполнении сочетанной аллогерниопластики операционную рану дренировали одной–двумя полимерными трубками, которые подсоединяли к низковакуумному устройству. Контроль эффективности вакуумного дренирования операционной раны осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После выполнения реконструктивно–восстановительных и восстановительных операций по поводу НТКС все пациенты живы. Послеоперационные осложнения возникли у 15 (20,8%) больных, в том числе серома операционной раны – у 2 (2,8%), нагноение – у 9 (12,5%). При внебрюшинном закрытии двуствольной колостомы частичная несостоятельность кишечных швов возникла у 2 (11,1%) больных с последующим формированием трубчатого кишечного свища, закрывшегося самостоятельно по мере заживления операционной раны в течение 3–4 нед.

Внутрибрюшные осложнения возникли у 2 (2,8%) больных. По поводу частичной несостоятельности швов колоректального анастомоза у 1 (2,2%) больного после наложения аппаратной У–образной десцендоректостомы в сочетании с аллогерниопластикой

ПОГБС в ближайшем послеоперационном периоде выполнены релапаротомия, удаление аллоэксплантата, наложение проксимальной двустольной трансверзостомы, программированная санационная релапаротомия. В дальнейшем послеоперационный период у больного осложнился нагноением лапаротомной раны и образованием рецидивной ПОГБС. При выполнении повторной СО через 14 мес одномоментно осуществлены герниолапаротомия, резекция поперечной ободочной кишки с трансверзостомой, наложение межкишечного инвагинационного соустья по Бондарю, внутрибрюшинное закрытие концевой сигмостомы, аллогерниопластика брюшной стенки (модификация операции Ramirez). После повторной операции течение послеоперационного периода без осложнений. Еще у 1 (1,4%) больного после наложения трансверзосигмоанастомоза возникли пролежень и перфорация сигмовидной ободочной кишки интубационной трубкой ниже уровня анастомоза. Для устранения осложнения произведена релапаротомия, наложена проксимальная двустольная трансверзостома. Трубочатый НТКС закрылся самостоятельно в течение 4 нед. Двустольная трансверзостома закрыта через 2 мес после закрытия свища.

Таким образом, оптимальные сроки хирургической реабилитации и объем восстановительной или реконструктивно-восстановительной операции у

пациентов при НТКС следует устанавливать строго индивидуально, с учетом тяжести и характера заболевания или травмы, обусловивших наложение стомы, их состояния, тяжести послеоперационного периода и характера местных рубцово-воспалительных процессов в брюшной полости, области свища и лапаротомной раны. Выполнение СО при хирургической реабилитации у больных с НТКС практически не увеличивает риск возникновения послеоперационных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты лечения наружных кишечных свищей / А. В. Базаев, В. А. Овчинников, В. А. Соловьев, А. В. Пузанов // Хирургия. — 2004. — № 1. — С. 30 — 33.
2. Богданов А. В. Свищи пищеварительного канала в практике общего хирурга / А. В. Богданов. — М.: ИМ, 2001. — 196 с.
3. Хирургическое лечение больных с колостомами / В. М. Тиммербулатов, С. Н. Афанасьев, Ф. М. Гайнуудинов [и др.] // Хирургия. — 2004. — № 10. — С. 34 — 37.
4. Мельник В. М. Реконструктивно-восстановительные операции при удалении функционально-активных отделов толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. М. Мельник. — К., 2008. — 40 с.
5. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике; под ред. Э. Н. Ванцяна. — М.: Медицина, 1990. — 224 с.
6. Макаренко Т. П. Свищи желудочно-кишечного тракта / Т. П. Макаренко, А. В. Богданов. — М.: Медицина, 1986. — 144 с.
7. Клур В. Ю. Гемодинамические и гомеостатические эффекты изоперистальтической подготовки толстой кишки в колоректальной хирургии / В. Ю. Клур, А. П. Костюченко, А. Л. Литарский // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1985. — № 9. — С. 38 — 43.

