

УДК 616.345-089.86-0.36.8

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ

К.Т. Шакеев

Областная клиническая больница, г. Караганда

В данной работе показаны дополнения к классификациям кишечных свищей и их осложнений. На основании проведенных исследований установлена целесообразность дополнений, что позволило оптимизировать лечебную тактику и улучшить результаты лечения больных с кишечными свищами.

Ключевые слова: кишечный свищ, колостома, параколостомическая грыжа

Актуальность. Кишечные свищи в зависимости от происхождения разделяются на две группы: 1- лечебные кишечные стомы; 2- послеоперационные кишечные свищи и свищи образовавшиеся в результате патологических процессов [1]. Послеоперационные тонкокишечные свищи разделены на два вида, сформированные и несформированные, в зависимости от морфологических характеристик определяется и лечебная тактика [2].

В классификации В.И.Белоконева [3] кишечные свищи подразделяются на 5 типов, однако некоторые варианты кишечных свищей не укладываются в этой классификации. В частности при I типе кишечного свища происходит во время прорыва кишечного содержимого в свободную брюшную полость, в данном случае это прорыв кишечного содержимого в брюшную полость, который приводит к перитониту.

Наиболее рациональна классификация тонкокишечных свищей В.В.Атаманова [4], которая более реально определяет патогенез и морфологические особенности. В ней выделено 4 типа свищей. Предложенная В.Д.Федоровым и соавт. [5] классификация колостом по ГНЦ проктологии МЗ РФ представлена в основном параколостомическими грыжами, а систематизация стриктур колостом не представлена.

Цель исследования. Определить эффективность дополнений классификации кишечных осложнений и осложнений.

Материалы и методы. В наших наблюдениях согласно классификации В.В.Атаманова 41 пациентов распределены следующим образом.

При этом типе свищей характерно открытие свища в рану, дном которой является эвентрированные петли кишок, так называемые свищи в эвентрированных петлях - 14 больных (34,1%). При второй типе свищ открывается в рану, дном

которой являются окружающие ткани передней брюшной стенки – 12 (29,3%). Третий тип - свищ открывается в плохо отграниченную полость – 8 (19,5%). Четвертый тип свищей открывается в плохо отграниченную или свободную брюшную полость – 7 (17,1%).

Классификация осложнений кишечных свищей должна предусматривать местные и общие воздействия. Местные осложнения характеризуются гнойно-воспалительными процессами в области свища, общие - водно-электролитные расстройства, нарушения белкового обмена. Тяжелые формы происходят к поражению органов и систем с развитием полиорганной недостаточности.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа наблюдений осложненных несформированных кишечных свищей нам удалось произвести их систематизацию, и предлагаем свои дополнения:

I - Свищи, осложненные гнойно-воспалительными процессами

- 1 - на уровне кожи (поверхностные нагноения, пиодермии);
- 2 - подкожно-жировой клетчатки (абсцессы, флегмоны);
- 3 - с затеками в другие анатомические области – (эпигастральная и мезогастральная область).

II – Свищи, осложненные поражением кожных покровов за счет раздражающего воздействия кишечного отделяемого в виде:

- 1 – мокнутий; 2 – мацерации; 3 – экземоподобные воспаления.

III - Сочетанные свищи

- 1 – сочетание тонко- и толстокишечных свищей;
- 1а – в отграниченной полости;
- 1б – на эвентрированных петлях тонкой и толстой кишок.

IV – сочетание кишечного и мочевого свища (мочекишечные свищи)

- 1 - свищ через полость; 1а – свищ при интимном срастании органов;
- 2 – по количеству сочетанных мочекишечных свищей;
- 2а – единичные свищи; 2б - множественные свищи;
- 3 – по происхождению;
- 3а – послеоперационные (лапаротомных, лапароскопических вмешательств);
- 3б – в результате патологических состояний (патологии мочевыводящих путей, кишечного тракта);
- 3в – посттравматические.

V - по локализации свищей

- 1 - в единой полости (кармане);
- 2 - в разных анатомических областях;
- 3 – в зависимости от сообщения между собой;
- 3а – не сообщающиеся; 3б – сообщающиеся между собой.

Осложнения лечебных стом в зависимости от времени развития подразделяются на ранние, развивающиеся до 28 дней после операции и поздние после 28

дней. В этой классификации не рассматриваются осложнения, которые развивались через несколько лет после колостомии. При анализе поздних осложнений колостом классификации не учитывался характер колостомы - временная или постоянная.

На основании проведенного анализа параколостомических осложнений предлагается следующая классификация с учетом хронологических аспектов и характера колостомы.

Ранние осложнения при:

- I - Временной колостоме до 28-30 дней после операции;
- II - постоянной колостоме до 1,5-2 месяцев.

Поздние осложнения:

- I - временной колостоме после 1 месяца;
- II - постоянной колостоме после 2 месяцев.

На основании изучения причин образования осложнений энтеростом и колостом, учитывая данные дополнительных методов исследования ультразвукового исследования, компьютерной томографии, интраоперационных данных предлагаются следующие классификации ранних и поздних осложнений колостомии.

Ранние осложнения кишечных стом представлены следующим образом:

- I – по распространенности параколостомического абсцесса
 - 1 - с локализацией до 1\2 полуокружности; 2 - более 1\2 полуокружности.
- II – в зависимости от глубины поражения
 - 1 - поверхностное расположение; 2 - глубокое расположение.
- III – в зависимости от нарушения функции кишечной стомы
 - 1 - со сдавлением колостомы;
 - 1а - без нарушения опорожнения колостомы; 1б – с нарушением опорожнения;
 - 2 - без сдавления колостомы.

Параколостомическая флегмона

- I – по распространенности поражения
 - 1 - одностороннее поражение; 2 - поражением по окружности;
 - 2а – субтотальное поражение; 2б - тотальное поражение.
- II – по глубине поражение
 - 1 – поверхностно; 2 - глубокое поражение.
- III – в зависимости от общих реакций
 - 1 - с явлениями интоксикации (сепсиса); 2 – без явлений сепсиса;
 - 3 - на фоне иммунодефицита; 4 - на фоне длительной антибиотикотерапии.

Поздние осложнения колостом у 61 пациента, дополнены таким образом:

- I - параколостомическая грыжа – сочетание с вентральной грыжей в едином блоке (мешке).
- II - сочетание с интрастомальной грыжей.

III - с вовлечением более одной анатомической области (параколомическая грыжа больших размеров с вовлечением левого мезогастрия и боковой области).

IV - после лапаротомии, локального доступа в проекции стомы и лапароскопической колостомии.

Стриктура колостомы:

По протяженности стриктуры:

I - стриктуры на всем протяжении выведенной кишки.

II - стриктура на уровне кожи.

По изменениям кожи:

I - с выраженной деформацией кожи; II - незначительной деформацией кожи

По нарушению функции колостомы:

I - с компенсированным нарушением процесса опорожнения через стому.

II - с декомпенсированным нарушением процесса опорожнения через стому.

По течению стриктуры колостомы:

I - с тенденцией прогрессированию сужения;

II - без тенденции прогрессирования сужения.

По этиологии стриктуры колостомы:

I - в результате перенесенного гнойного процесса в парастомической области;

II - вследствие технических погрешностей при формировании кишечной стомы.

III - в результате склонности организма к гиперпластическим процессам (келоидизации)

Сочетанные параколомические осложнения:

I - параколомические осложнения

1 – сочетание параколомической и вентральной грыжи

а) требующая пластику с использованием сетчатого эндопротеза;

б) возможно пластика местными тканями;

2 – сочетание параколомической грыжи с парастомическими свищами и лигатурными абсцессами.

II - эвагинация колостомы – интраколомическая грыжа

1 – сочетание с парастомической грыжей; 2 – без парастомической грыжи.

Согласно классификации поздние осложнения отмечены у 61 пациентов (%): параколомические грыжи у 31 пациента (50,8%), причем сочетание параколомических и вентральных грыж у 10; стриктуры колостомы у 21 (34,4%); параколомические свищи у 9 (14,7%); эвагинация колостомы у 7 (11,5%); поздняя параколомическая флегмона у 2 (3,2%), причиной которых являлись перфорации колостомы на уровне подкожной клетчатки.

Дополнения в классификации позволили определить лечебную тактику и соответственно улучшить результаты лечения. При выявлении характера свища и наличия осложнений определялся вид лечения. Способ реконструкции колостомы

в виде радикального иссечения рубцовой ткани по окружности и на всю глубину. Компенсированная форма стриктуры колостомы у 5, субкомпенсированная у 4 и декомпенсированная стриктура у 3. Развитие кишечной непроходимости на фоне стриктуры имело место у 2 больных. При рубцовом процессе на уровне кожи у 2 больных и подкожной клетчатки у 5 произведено иссечение рубцовой ткани с реконструкцией стомы. 2 больным в результате грубых рубцовых изменений стомированной кишки сделана реколостомия. При этом размеры выводимого конца кишки соразмерны с размером раны, и сдавление кишки не должно отмечаться. В послеоперационном периоде замеряются размеры колостомы в динамике, пальпаторно через колостому оценивается состояние параколостомической ткани. В качестве доказательной базы производится УЗИ параколостомической области через 10, 20 и 30 дней. При этом установлено, что после радикального иссечения рубцовой ткани рецидив рубцовой стриктуры колостомы крайне редко развивается.

Способ ненатяжной герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов при закрытии больших грыжевых дефектов особенно эффективен у больных с сочетанными параколостомическими и вентральными грыжами, где мышечно-апоневротическая пластика местными тканями не представляется возможной из-за большого грыжевого дефекта и чрезмерного натяжения тканей. Рационально использование для пластики больших грыжевых дефектов сетчатых полипропиленовых эндопротезов, так как при этом исключается натяжение тканей, что является фактором нарушения локального кровообращения. Хирургическая тактика при параколостомической грыже определялась их размерами и наличием или отсутствием эффекта консервативного лечения. При больших размерах параколостомической грыжи с выраженным дискомфортом консервативная терапия малоэффективна, а при сочетании грыжи и эвагинации колостомы, сопровождаемых нарушением опорожнения кишечника, что является абсолютным показанием к оперативному лечению. Средние формы параколостомических грыж без выраженного нарушения пассажа и опорожнения колостомы служат относительным показанием к оперативному лечению. При постоянной колостоме у больных со средними размерами параколостомических грыж после брюшно-промежностной экстрипации прямой кишки и илеостоме после колпроктэктомии вопрос решался в пользу оперативного лечения. У больных с временной колостомой вопрос ликвидации параколостомических грыж совмещали с восстановительной операцией. Больным с небольшими грыжами, не вызывающими дискомфорта и не нарушающих процесс опорожнения через колостому, оперативное лечение не показано было, этим больным ликвидация параколостомических грыж произведена была при восстановительной операции. Принципиальное значение при хирургическом лечении параколостомических осложнений имеет значение постоянная или временная колостома, так как сокращаются сроки выполнения с 12-14 мес до 3-4 мес

и при развитии подобных осложнений сочетают восстановительную операцию с пластикой грыжевого дефекта. У больных с постоянной колостомой при развитии параколостомических грыж тактика решалась в пользу оперативного лечения.

Оперировано 16 больных с параколостомическими грыжами, при этом кольцевая грыжа больших размеров - 9, боковая грыжа средних размеров у 4 и малая параколостомическая грыжа у 3. Ущемление колостомы у 1, что послужило показанием к резекции пораженного участка кишки и реколостомии с пластикой грыжевого дефекта с помощью сетчатого полипропиленового эндопротеза, размеры дефекта 11X14 см. Пластика с использованием полипропиленового эндопротеза была проведена 4 пациентам с сочетанными вентральными грыжами. Рациональная диагностическая программа парастомических осложнений и дифференцированный подход при хирургической коррекции улучшает результаты лечения и повышает качество жизни стомированных больных.

Выводы. 1. Для проведения систематизации осложнений кроме анализа клинических проявлений необходимо учитывать данные инструментальных методов исследований. 2. На основании предложенных дополнений классификаций кишечных свищей оптимизировалась лечебная тактика. 3. Проведенная рациональная хирургическая коррекция осложнений кишечных свищей позволило улучшить результаты лечения этой категории больных.

Литература

1. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга. - М: ИМ, 2001. - 197 с.
2. Ванцян Э.Н. Наружные и внутренние свищи в хирургической практике. - М.: Медицина, 1990. - 221 с.
3. Белоконов В.И., Измайлов Е.П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение // Хирургия. - 2000. - №12. - С.36-38.
4. Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами: Автореф. Дис...д-ра мед. наук. М.1985.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Рывкин В.Л. Клиническая и оперативная колопроктология. - М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432 с.

Тұжырым

Бұл жұмыста ішек жылан көздері мен асқынулардың жіктелуіне толықтырулар ұсынылған. Жүргізілген зерттеулер негізінде толықтырулардың қажеттілігі анықталды, ол өз алдына емдеу тактикасы мен науқастардың емдеу нәтижесін жақсартуға ықпал етті.

Түйінді сөздер: ішек жылан көздері, колостома, параколостомиялық жарық

Summary

In given work are shown addendas to classification intestine fistulas and their complications. On the grounds of called on studies is installed practicability of the additions that has allowed optimizing the treatment tactic and perfecting the results of the treatment sick with intestine flaw.

Key words: intestine fistulas, colostomy, complication colostomy