Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Наиболее часто встречаются наружные кишечные свищи, при которых кишечное содержимое выделяется наружу или в полость абсцесса с полным или частичным нарушением пассажа по кишечнику. Потери кишечного содержимого зависят от уровня свища, величи­ны дефекта в стенке кишки и способа питания больного. Чем выше по кишечнику расположен свищ, где более жидкое и наибо­лее активное содержимое, тем потери кишечного содержимого, а вместе с ним воды, белков, электролитов и ферментов более существенны, а влияние на окружающие ткани более разруши­тельно. Если учесть, что формированию кишечного свища пред­шествует, как правило, выраженный гнойно-воспалительный про­цесс, приводящий к тяжелой интоксикации, то формирование кишечного свища на таком фоне приводит не только к истоще­нию, но и к дополнительному инфицированию раны, образованию затеков, распространению инфекции, тем самым усугубляя гнойно-воспалительный процесс и увеличивая интоксикацию.

Лечение кишечных свищей является наиболее трудным разде­лом хирургии желудочно-кишечного тракта. Если лечение сформи­рованных кишечных свищей в какой-то мере можно признать уже хорошо разработанным разделом хирургии с выработанными чет­кими показаниями и противопоказаниями к оперативному лечению с .относительно низкой послеоперационной летальностью, то в ле­чении больных с несформированными кишечными свищами много спорных и недостаточно разрешенных вопросов.

Наиболее трудным является лечение высоких тонкокишечных свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, особенно протекающими на фоне перитонита, межкишечных абс­цессов и непроходимости кишечника. В подобных случаях при­ходится решать не только сугубо хирургические задачи, но и про­водить коррекцию патофизиологических нарушений водного, электролитного, белкового и ферментного обменов, восстановление функции пищеварительного тракта. Больные требуют тщательного и трудоемкого ухода.

Операции ликвидации кишечных свищей, в особенности мно­жественных, относятся к числу сложных, требующих мастерства и высокой квалификации хирурга, способного подойти творчески к каждому больному и выбрать индивидуальный вариант оператив­ного вмешательства.

# Этиология, патогенез и строение кишечных свищей

Причины образования кишечных свищей многообразны. Анализ литературы и собственные наблюдения позволили нам классифи­цировать кишечные свищи по этиологическому признаку .

Кишечные свищи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные кишечные свищи встречаются относительно редко. Они являются следствием пороков развития желудочно-кишечного тракта. При аномалиях, связанных с задержкой обратного раз­вития желточного протока, не происходит заращения желточно-кишечного протока и кишечное содержимое выделяется наружу в области пупка Кроме того различные нарушения в развитии анальной и ампулярной части прямой кишки приводят к тому, что конечный отдел кишечника открывается во влагалище, мошонку или в мочевой пузырь.

Частота возникновения кишечных свищей меняется в зависи­мости от конкретного исторического периода. До 30-х годов наше­го века в связи с недостаточным охватом широких слоев населе­ния квалифицированной медицинской помощью и низким уровнем развития медицины преобладали случаи спонтанных кишечных свищей у неоперированных больных с ущемленными грыжами, запущенными формами острого аппендицита, аппендикулярных инфильтратов и абсцессов, непроходимости кишечника.

Во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. и в бли­жайшие годы после нее преобладали кишечные свищи огнестрель­ного происхождения [Баженова А.П., 1947]. В настоящее время отмечается увеличение частоты возникновения кишечных свищей после различных абдоминальных хирургических вмешательств, и контингент больных с данной патологией существенно изменился. Относительное и абсолютное увеличение числа пациентов с послеоперационными свищами кишечника связано с ростом об­ширных и вследствие этого травматичных операций.

Особую группу составляют тонкокишечные свищи вследствие подвесной энтеростомии, выполненной в “классическом” виде, т. е. когда кишка не подшивается к брюшине, а фиксируется “подвешиванием” с помощью резиновой трубки к передней брюш­ной стенке в расчете на склеивание кишки с пристеночной брюшиной. Трубку удаляют на 8—10-е сутки. Свищ должен пе­рестать функционировать и постепенно зажить, но, к сожалению, это бывает не всегда. В результате снижения пластических свойств брюшины у ослабленных больных кишка может отойти от перед­ней брюшной стенки и кишечное содержимое будет поступать не только наружу, но и в брюшную полость. Нередко кишечный свищ после извлечения резиновой трубки не заживает в преду­смотренный срок, а продолжает обильно функционировать и ведет к истощению и даже смерти больного.

Формирование противоестественного заднего прохода не отно­сится к сложным хирургическим вмешательствам, тем не менее ряд технических погрешностей может привести к тому, что вместо желаемого искусственного заднепроходного отверстия образуется толстокишечный свищ, осложненный каловой флегмоной и даже перитонитом. Одним из непременных условий благоприятного исхода операции является хорошее кровоснабжение выведенного конца кишки и надежная фиксация ее к передней брюшной стенке.

Свищи, возникшие самопроизвольно, могут быть следствием как повреждений, так и различных заболеваний.

Заболевания, которые могут привести к образованию самопро­извольных кишечных свищей, следующие: а) злокачественные опухоли (прободение кишки вследствие распада опухоли, развив­шейся как в самой стенке кишки, так и по соседству с ней); б) острые и хронические воспалительные процессы в органах брюшной полости (аппендикулярный инфильтрат, актиномикоз, брюшной тиф, туберкулез кишечника или других органов, язвен­ный колит, дивертикулит толстой кишки, терминальный илеит и др.); в) деструктивные изменения в стенке кишки, возникшие в результате расстройства кровообращения в ней (ущемленная грыжа, заболевания и повреждения сосудов брыжейки и др.).

Во всех случаях наружные кишечные свищи самопроизвольно образуются лишь при условии, если пораженная петля кишки до прободения оказалась уже отграниченной от свободной брюшной полости и при дальнейшем развитии процесса содержимое кишки находит себе выход наружу через брюшную стенку.

Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Эта группа осложнений имеет в настоящее время наибольшее практическое значение. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,92 [Грицман Ю. Я., 1972].

Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии . На 6-м Всероссийском съезде хирургов отмечено наличие значительного числа наблюдений наружных кишечных свищей аппендикулярного происхождения, что может быть расце­нено как свидетельство неадекватного использования тампонов, длительного нахождения дренажных трубок из малосовместимых с биологическими тканями материалов и погрешностей хирурги­ческой техники.

Наибольший практический интерес представляет разбор этиоло­гических и патогенетических факторов образования кишечных свищей в послеоперационном периоде, так как именно с выясне­нием этого вопроса связаны пути профилактики. Однако решить этот вопрос нередко достаточно сложно. Факторы, приводящие к нарушению целостности кишечной стенки в послеоперационном периоде, весьма многообразны.

Т. Н. Богницкая (1977) представила интересные данные о при­чинах образования наружных кишечных свищей после операции. Выделены две категории ведущих причин: пер­вая — наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением крово­обращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая — тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении послеопе­рационного периода.

Одной из ведущих причин кишечных свищей после операции является прогрессирование основного гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого больной опе­рирован. Образование кишечных свищей наблюдается после вскры­тия и дренирования абсцессов брюшной полости вследствие перфоративных неоперабельных злокачественных опухолей, запущен­ных форм острого аппендицита с нарастающей инфильтрацией, а иногда деструкцией купола слепой кишки. В таких случаях хирург опасается образования в послеоперационном периоде ки­шечного свища, но, несмотря на это, он даже способствует иногда его формированию, туго тампонируя илеоцекальную область, например, при кровотечении после аппендэктомии в стадии ин­фильтрата.

Конечно, порой очень трудно точно сказать, что именно послу­жило причиной образования кишечного свища, так как часто име­ется сочетание различных условий, предрасполагающих к данному осложнению (анемия, интоксикация, истощение). Тем не менее к выводам о том, что тактические и технические ошибки представля­ют особую опасность на фоне текущего воспалительного процесса в брюшной полости и являются немаловажными причинами об­разования кишечных свищей, необходимо прислушаться. В таких случаях любая погрешность, допущенная во время операции или в послеоперационном периоде, может послужить предраспо­лагающим фактором к формированию кишечного свища.

К тактическим ошибкам, влекущим за собой технические трудности, следует отнести неправильный выбор обезболивания. Операции при деструктивных процессах в брюшной полости тре­буют общего обезболивания и хорошей релаксации мышц передней брюшной стенки. Поэтому даже аппендэктомию при деструктив­ном процессе рекомендуется производить под наркозом. Доступ для такой операции должен быть достаточно широким. Неправиль­но выбранный доступ или небольшой разрез создают значительные трудности для операции и тщательной ревизии брюшной полости. Необходимо бережное обращение с тканями, измененными воспа­лительным процессом. При разделении спаек и выделении отростка следует строго следить, чтобы не повредить стенку кишки, поэтому выделение органа из плотного инфильтрата лучше не производить. Все десерозированные при выделении отростка участки кишечника сле­дует перитонизировать.

Во время любой операции объем оперативного вмешательства должен быть адекватным тем изменениям, которые обнаружены. Все сомнительные в отношении жизнеспособности ткани должны быть по возможности удалены, а межкишечный анастомоз следует накладывать только в пределах здоровых участков. Необходимы тщательный туалет брюшной полости и хорошее дренирование ее в послеоперационном периоде. Следует учитывать, что глухое за­шивание раны брюшной стенки при воспалительном процессе час­то приводит к нагноению с образованием кишечного свища.

Из наиболее частых технических ошибок следует отметить грубую оперативную технику, излишнюю травматизацию мягких тканей и органов, чрезмерное “скелетирование” анастомозируемых концов кишки, сквозное прошивание стенки при наложении серо-серозных швов, а также случайное подшивание кишки к ране пе­редней брюшной стенки при наличии раздутых петель и недоста­точной релаксации мышц.

Знание наиболее частых причин образования кишечных сви­щей, бережное и умелое оперирование, правильное тактическое решение операции и ведение послеоперационного периода, а также необходимое комплексное лечебное воздействие на организм боль­ного являются залогом снижения частоты этого нежелательного осложнения.

**Строение кишечных свищей.**

Кишечным свищом называется патологическсе сообщение просвета кишки с поверхностью кожи или внутренним органом.

При ***внутреннем*** свище кишечное содержимое поступает в по­лость другого органа — в кишку, желчный пузырь и внепеченочные желчные ходы, мочевыводящие пути (мочеточник, мочевой пузырь) или во влагалище. При наружном свище кишечное содер­жимое поступает во внешнюю среду.

***Наружные*** кишечные свищи могут быть сформированными и несформированными. Несформированные кишечные свищи встре­чаются в ранние сроки своего образования, когда еще не ликвиди­рован гнойно-воспалительный процесс и имеется разлитой или ог­раниченный перитонит с признаками гнойной интоксикации. Ис­течение кишечного содержимого усугубляет все эти явления, а также вызывает обезвоживание организма, потерю электролитов и мацерацию кожи.

Среди несформированных наружных кишечных свищей выде­ляют две разновидности: свищ через полость и зияющий свищ. Свищ через полость в ране не виден. Просвет его сообщается с внешней средой через полость, отграниченную от свободной брюшной полости спайками, либо открывается в глубокие карманы гнойной или гранулирующей раны . При зияющем свище слизистая оболочка или просвет кишки видны непосредственно в ране. В отличие от губовидного свища слизистая оболочка зияю­щего не фиксирована окружающими тканями и может быть вправлена в просвет кишки . Этот вид свищей обычно встречается на частично эвентрированных петлях кишечника и на дне гранулирующих ран. Такие свищи могут со временем стать сформированными.

Сформированные кишечные свищи в свою очередь делят на губовидные , трубчатые и переходные . Губовидный свищ характеризуется тем, что слизистая оболоч­ка кишки срастается с кожей и иногда выступает над ней, обра­зуя как бы губу. В губовидном свище различают отверстие свища, несущую это отверстие переднюю стенку, заднюю стенку, приво­дящий и отводящий участки кишки. Отверстие свища может быть различных размеров — от очень маленького, до нескольких санти­метров в диаметре. Через точечное отверстие кишечное содержи­мое может не выделяться наружу. Большое отверстие способствует выделению наружу почти всего кишечного содержимого. Передняя стенка кишки, принимающая участие в образовании свища, часто имеет форму воронки. Кишечное содержимое может поступать как наружу, так и в просвет отводящей кишки. В тех случаях, когда наружу выделяется не все кишечное содержимое, кишеч­ные свищи называют неполными . При таких свищах как приводящий, так и отводящий участки кишки функционируют нормально, у больного бывает стул и выраженной атрофии в от­водящей части кишки не наблюдается.

В развитии и функционировании губовидных свищей большое значение имеет так называемая шпора — пролабирование задней стенки кишки через отверстие свища. Выхождению задней стенки кишки способствуют повышенное внутрибрюшное давление, боль­шие размеры свищевого отверстия с наличием дефекта брюшной стенки, воспалительные процессы и рубцы. Шпора препятствует попаданию кишечного содержимого в отводящую часть кишки и способствует выделению всего кишечного содержимого наружу. Свищ становится полным . Отверстие полных кишечных свищей всегда большего размера, чем неполных. В связи с тем что все кишечное содержимое выделяется наружу и не попадает в отводящую часть кишки, в последней наступают вторичные атро-фические процессы и рубцовые изменения; в приводящем участке отмечаются явления гипертрофии. Они особенно выражены в мы­шечном слое стенки кишки. Губовидные свищи, как правило, само­стоятельно не заживают. Их приходится ликвидировать только хирургическим путем.

В шпоре различают вершину, обращенную в сторону свища, и основание, обращенное в сторону брюшной полости. В образова­нии шпоры участвуют, как правило, все слои стенки кишки. Шпора делит просвет кишки на две части. Шпора может быть подвижной, нефиксированной, иначе ложной , либо фиксирован­ной — истинной. Подвижную шпору легко можно заправить в просвет кишки. Она даже может самостоятельно вправляться при положении больного лежа на спине. Фиксированную шпору вправ­лять не удается, даже при значительном давлении . Иног­да можно наблюдать выпадение не только задней кишечной стенки — шпоры, но и целого участка кишки. Тогда говорят о наличии пролапса кишки в области свищевого отверстия. Пролапс может захватывать как приводящий, так и отводящий отрезки кишки и подвергаться ущемлению с развитием некроза ущемлен­ной стенки . При ущемлении пролапса необходимо его ликвидировать вправлением или путем операции.

В тех случаях, когда между дефектом в стенке кишки и кожей имеется различной длины и формы канал, кишечные свищи назы­ваются трубчатыми . В трубчатых свищах выделяют сви­щевой канал, наружное .и внутреннее отверстие. Длина свищево­го канала зависит от толщины передней брюшной стенки, подвиж­ности кишки, длины ее брыжейки, наличия сращений. Свищевой канал образуют воспалительные или специфические (туберкулез, актиномикоз) грануляции, рубцовая или опухолевая ткань. В окру­жающих свищевой канал тканях имеется, как правило, хроничес­кое неспецифическое воспаление. Трубчатые свищи с узкими сви­щевыми каналами часто заживают самостоятельно.

Свищи, у которых свищевое отверстие кишки в одной части выстлано слизистой оболочкой, сросшейся с кожей, а в другой — представляет грануляционную ткань, называют переходными. В пе­реходном свище одновременно имеются признаки как трубчатого, так и губовидного свища. Если в переходном кишечном свище грануляционная ткань станет рубцовой, возможна такая деформа­ция свищевого отверстия, при которой часть слизистой оболочки кишки, спаянная с кожей, может иногда погрузиться вглубь, а свищ превратиться в трубчатый . И наоборот, гнойно-воспалительный процесс вокруг свищевого хода может при­вести к отторжению окружающих тканей, увеличению размеров свищевого отверстия, приближению слизистой оболочки кишки к коже. В дальнейшем возможно формирование губовидного сви­ща .

Свищи кишечника могут быть простыми (неосложненными), когда стенка кишки и окружающие ткани не изменены, и ослож­ненными, когда в стенке кишки, окружающих тканях и соседних органах имеются значительные изменения — каловая флегмона, гнойники брюшной полости и брюшной стенки, последствия пов­реждений мочевого пузыря, костей таза и др. .

Кишечные свищи могут быть единичными и множественными. Свищи, расположенные близко друг от друга по ходу кишечной петли, называют соседними множественными, а свищи, располо­женные в разных отделах желудочно-кишечного тракта, — отда­ленно расположенными множественными свищами. Если свищи локализуются в тонкой и толстой кишке одновременно, их принято называть смешанными.

Губовидные свищи в зависимости от строения свищевого от­верстия различают одноустные (одноствольные), либо двуустные (двуствольные). При небольшом дефекте стенки просвет кишки может сообщаться с внешней средой в виде одноустного свище­вого отверстия. В противоположность этому при большом дефекте в стенке кишки свищ может иметь два отверстия, т.е. быть двуустным. При таких свищах одно отверстие принадлежит приводя­щему, другое — отводящему участку кишки. Нередко между этими отверстиями располагается участок задней стенки — шпора. Одно­устные губовидные свищи чаще всего бывают неполными, двууст­ные — только полными.

Локализация внутреннего отверстия наружного кишечного сви­ща может быть различной и зависит, как правило, от патологиче­ского очага в брюшной полости, послужившего причиной развития кишечного свища. Расположение наружного отверстия кишечного свища также может быть различным, но преимущественно в проек­ции или вблизи патологического очага.

**Клиника и диагностика**

Клиническое течение кишечных свищей зависит от характера основного патологического процесса, локализации и периода фор­мирования фистулы, количества и состава кишечного отделяемого, присоединившихся осложнений.

В начальном периоде возникновения несформированного ки­шечного свища преобладает воспалительный процесс. Клинически такой процесс проявляется болями в ране, повышением темпера­туры до 38 °С, ознобом, лейкоцитозом, гнойной интоксикацией. Усиление болей, как правило, свидетельствует о задержке гной­ного отделяемого и недостаточном дренировании раны.

Чем выше расположен свищ, тем быстрее и интенсивнее на­ступают различные изменения в организме, характерные для вы­сокого свища. При высоких несформированных тонкокишечных свищах в связи с тем, что в верхних отделах кишечника находится жидкое содержимое, свищ начинает бурно функционировать. Обильное выделение тонкокишечного содержимого наружу приво­дит к обезвоживанию организма. Появляются жажда, нарастаю­щая слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита, по­вышенная раздражительность. Глаза больного глубоко западают. Кожные покровы становятся сухими и теряют тургор, на коже конечностей появляется розовато-синюшная мраморность. Под­кожные вены спадаются. Конечности становятся холодными на ощупь; отмечается тахикардия. Вследствие сниженной почечной фильтрации уменьшается диурез. На фоне снижения артериаль­ного давления и электролитных нарушений возникают фибрилляр-ные подергивания мышц конечностей, нередко переходящие в судорожные сокращения. Все эти патологические сдвиги вызывают за короткое время значительную потерю массы тела, доходящую до 50% от исходной.

У больных со свищами, локализующимися в нижних отделах подвздошной кишки, клиническая картина характеризуется тем, что в ряде случаев с момента образования свища в течение длительного срока состояние больного может оставаться удовлетвори­тельным. Больные в этот период активны, сохраняют аппетит, у них не наблюдается значительной потери массы тела. Диурез нормальный. Функциональные и биохимические показатели крови без существенных отклонений от нормы. В этот период кишечный свищ может окончательно сформироваться.

В клинической картине толстокишечных свищей ведущее мес­то занимают гнойно-воспалительные процессы, а расстройства водно-электролитного обмена и нарушения питания больного отходят на задний план. В ранней стадии образования толсто-кишечного свища, как правило, несущая свищ петля кишки лежит в гнойной, заполненной кишечным отделяемым ране. В остром периоде свищ только формируется, поэтому станет он губовидным или трубчатым — будет зависеть от дальнейшего течения воспали­тельного процесса. Такой период наиболее опасен для больного и требует особого внимания; в это время наиболее часто встре­чаются тяжелые гнойные осложнения — каловая флегмона перед­ней брюшной стенки, забрюшинного пространства и полости ма­лого таза. Эти осложнения характеризуются быстрым развитием воспалительного, чаще некротического, обширного и распростра­ненного процесса в подкожной клетчатке, протекающего с тяжелой интоксикацией, длительной температурной реакцией и ознобом. Очень тяжелое течение имеют флегмоны на фоне свищей сигмовидной и прямой кишки. Они развиваются по типу некроти­ческих флегмон с резко выраженной интоксикацией.

Наряду с общими явлениями интоксикации и лихорадочного состояния у больных выражены местные воспалительные про­цессы. Гнойное пропитывание окружающих тканей вокруг свища сочетается с затеками, идущими глубоко в область поясницы и в малый таз. Распространение гнойно-воспалительного процесса по забрюшинной клетчатке сопровождается появлением болезнен­ности по ходу подвздошной кости и поясницы.

Частым осложнением свищей являются абсцессы брюшной по­лости, которые локализуются в правой подвздошной области, подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, между петля­ми тонкой кишки и в полости малого таза. Такие абсцессы возни­кают и как сопутствующие вследствие перенесенного общего пери­тонита.

Изолированное скопление гноя может иногда почти ничем не проявляться на протяжении длительного времени, что, по-видимо­му, обусловлено ареактивностью резко ослабленного организма. Однако если абсцесс не был своевременно распознан и не при­нимались меры к его ликвидации, он прорывается в свободную брюшную полость, и развивается картина быстро прогрессирующего перитонита. Реже гнойник вскрывается в просвет лежащей по­близости кишки, что может привести в самоизлечению.

В комплекс диагностики кишечных свищей входят определение  вида и локализации, характера и длины свищевого хода, а также уточнение проходимости отводящего колена петли кишки, несущей свищ, и взаимоотношения ее с окружающими органами. Комплекс­ное обследование включает визуальное исследование раны со сви­щом, применение красителей внутрь или через клизму, рентгено­логическое и эндоскопическое исследование.

Ориентировочный диагноз обычно не представляет затрудне­ний, так как о наличии наружного кишечного свища свидетель­ствует появление в ране кишечного содержимого. Насколько прос­то установить наличие свища, настолько значительно труднее, а часто невозможно, определить его уровень. Первые предваритель­ные выводы в отношении уровня кишечного свища делают, исходя из осмотра его наружного отверстия. Уже по виду отделяемого можно до определенной степени судить о локализации свища по ходу кишечника. Свищи тощей кишки имеют жидкое пенистое зеленовато-желтого цвета отделяемое с большой примесью жел­чи, которое очень быстро приводит к мацерации кожи вокруг на­ружного отверстия в результате действия ферментов поджелудоч­ной железы и кишечника. Свищи подвздошной кишки, в част­ности расположенные вблизи илеоцекальной заслонки, имеют отделяемое в виде жидкого кала. Свищи толстой кишки, особен­но ее левой половины, выделяют более или менее оформленный кал, не обладающий “переваривающим” действием и не вызываю­щий так быстро мацерацию кожи. Однако такого рода диагностика недостаточно достоверна, а в ряде случаев ошибочна.

Местоположение свищевого отверстия на поверхности кожи также дает некоторые дополнительные сведения об уровне свища. Так, в эпигастральной области чаще открываются свищи поперечной ободочной кишки, в мезогастральной — тощей, в гипогастральной — подвздошной, на боковых стенках живота и в поясничной области — толстой кишки.

В случаях сомнений в функционировании очень маленьких свищей, а также для выяснения высоты расположения заведомо тонкокишечных свищей можно провести ряд простых проб с ис­пользованием различных красителей, которые дают выпить боль­ному. Из большого арсенала красителей наибольшее распростра­нение получило применение метиленового синего. Ю. Я. Грицман и А.И.Борисов (1972), сопоставляя у больных время появления метиленового синего из кишечного свища с точными данными его локализации, полученными во время операции, определили прибли­женно скорость продвижения красящего вещества по тонкой кишке: в среднем на эвакуацию красителя из желудка в двенадцатиперстную кишку уходит 3—4 мин; в дальнейшем он продвигается по тонкой кишке со скоростью около 10 см в минуту. Эти данные не абсолют­ны, возможны колебания в сторону ускорения или замедления эва­куации, что зависит от индивидуальных особенностей моторной функции кишечника. Тем не менее по времени появления метилено­вого синего в кишечном отделяемом при тонкокишечном свище с учетом приблизительной скорости его продвижения с определен­ной долей вероятности можно судить о высоте расположения ки­шечного свища. При свищах толстой кишки можно также воспользоваться клизмой, окрашенной метиленовым синим. Появление окрашенной воды в свищевом отделяемом подтверждает наличие кишечного свища в толстой кишке. Вытекание жидкости сильной струей через периферический отрезок кишки, несущей свищ, позволяет думать о достаточной ее проходимости, что в дальнейшем подтвержда­ется при рентгенологическом исследовании и непосредственно во время операции.

Другой способ констатации наружного кишечного свища за­ключается в исследовании отделяемого из раны на наличие билирубина, диастазы или мочевины.

В большинстве случаев вид и размеры свища, наличие шпоры и ее подвижность устанавливают с помощью простых приемов ви­зуального и пальцевого обследования. Однако в больших глубоких ранах и при свищах через полость такой осмотр затруднителен. В этих случаях можно прибегнуть к помощи эндоскопических при­боров, в частности лапароскопа. Зондирование свежего свища металлическим зондом или резиновым катетером не рекомендуется.

Ведущим методом диагностики кишечных свищей является рентгенологический. В большинстве случаев с его помощью можно решить все ранее перечисленные задачи. Ввиду значительного многообразия кишечных свищей, требующих дифференцированного выбора диагностических методик, а также учитывая тяжелое сос­тояние большинства больных, в каждом отдельном случае следует подбирать наименее травматичный метод исследования. При этом необходимо учитывать топографию и особенности свищевого хода, а также предполагаемую локализацию внутреннего отверстия.

Больные с кишечными свищами должны быть детально обследо­ваны для выявления точной локализации свища, его характера и сопутствующих осложнений. Чем раньше проведено рентгенологи­ческое исследование, тем быстрее будет поставлен правильный диагноз. Общее тяжелое состояние больного и наличие гнойной раны не являются противопоказанием к рентгенологическому исследованию.

Методика рентгенологического исследования зависит от периода заболевания. В ранние сроки образования свища, в острый период, эта методика должна включать обзорное полипозиционное исследо­вание грудной клетки и брюшной полости, а также контрастные методы — фистулографию, пассаж бария по кишечнику и ирригоскопию. Если устье свища доступно зондированию, предпочтительна фистулография. При приеме бария внутрь контрастируются тонко-кишечные свищи, с помощью ирригоскопии — свищи толстой кишки. В ряде случаев необходимо использовать тот и другой способ в 1 комплексе. Сопоставление данных рентгенологического исследова­ния с клиническим наблюдением обеспечивает раннюю и точную диагностику не только самого свища, но и осложнений, нередко возникающих в остром периоде.

Реактивные изменения органов грудной клетки (базальные пневмонии, ателектазы нижних долей легких) выпот в плевре, высокое стояние диафрагмы и ограничение подвижности ее) — косвен­ный признак гнойного очага в брюшной полости. Чем ближе к диафрагме локализуется очаг, тем более выражены реактивные изменения.

При рентгенологическом обзорном исследовании больных в остром периоде образования кишечных свищей обнаруживают лишь косвенные признаки гнойного процесса в брюшной полости. Такое исследование имеет важное значение и для выявления гнойно-некротических процессов, локализующихся в забрюшинном прост­ранстве (деструктивный панкреатит, флегмона забрюшинной клет­чатки, тазовая флегмона и т. д.), которые имеют определенную рентгеносемиотику. Окончательно решить вопрос о наличии, харак­тере и локализации наружного кишечного свища можно только при использовании контрастных методов исследования.

Рентгенологическая диагностика в поздние сроки при уже сформированном кишечном свище является менее сложной. К этому времени, как правило, заканчивается гнойно-воспалитель­ный процесс и в области раны, и в брюшной полости. Следователь­но, устраняется причина реактивных изменений кишечника, диаф­рагмы, легких и плевры, характерных для раннего этапа образова­ния кишечных свищей. В комплексе применяемых рентгенологи­ческих методов в этот период значительно возрастает роль конт­растных методов исследования, особенно фистулографии.

Фистулографию выполняют следующим образом: через тонкий катетер, находящийся в свищевом ходе, вводят жидкое контраст­ное вещество и производят рентгенографию. На снимках устанав­ливают форму хода и локализацию. Для проведения фистулогра­фии используют различные контрастные вещества — барий, йодолипол, кардиотраст и др. Количество и выбор препарата диктуются величиной свища. В отличие от бариевой взвеси жидкие контраст­ные вещества хорошо проникают даже в небольшие отверстия в стенке кишки. В остальных случаях, особенно если резиновый катетер удается ввести непосредственно в просвет кишки, пред­почтительнее вводить жидкую бариевую взвесь. Резиновые дрена­жи для фистулографии следует подбирать с учетом наружного диаметра свища; герметичность достигается с помощью марлевых тампонов или поролоновой губки. Введение контрастного вещества не непосредственно в кишку, а через свищевой ход или полость следует осуществлять с осторожностью и при возникновении болей в животе тотчас его прекратить, так как возможны осложнения в виде проникновения контрастного вещества в свободную брюш­ную полость.

Фистулография является ценным методом диагностики кишеч­ных свищей потому, что выявленная с ее помощью конфигурация •свищевого хода в ряде случаев позволяет выбрать наиболее пра­вильный метод лечения. Однако при проведении исследования иногда необходимо выполнение с целью уточнения вида и мес­тоположения несущей свищ кишки одновременно рентгенофистулоскопии с участием специалиста рентгенолога. Ирригоскопию или рентгенологическое исследование с приемом бария внутрь проводят обычным способом. При ирригоскопии возможно ориентировочно установить уровень свища толстой кишки и патологические изменения ее стенки. На рентгенограммах, произведенных при фракционном пассаже с заданными интервала­ми времени от приема контрастного вещества, возможно также лишь ориентировочно определить уровень свища.

Значение рентгенологического исследования больных с ки­шечными свищами трудно переоценить. Тщательное обследование, выполненное хирургом совместно с рентгенологом, позволяет получить достоверные сведения, являющиеся залогом правильного выбора лечения.

Рентгенологическое исследование возможно сочетать с эндо­скопическими методами. В диагностике свищей толстой кишки уже нашли применение эндоскопическая интубационная фисту-лография, встречная фистулография и фистулоскопия с селектив­ной фистулографией [Ананьев В. Г., Кузьмин А. И., 1983].

# Лечение

Лечение наружных кишечных свищей является сложной задачей. Оно затрагивает вопросы не только чисто хирургические, но и вопросы, относящиеся к парентеральному питанию и коррекции нарушений гомеостаза. Лечение должно быть комплексным и сугубо индивидуальным в зависимости от формы и стадии разви­тия свища.

Методы консервативного и оперативного лечения кишечных свищей не исключают, а дополняют друг друга и могут применять­ся как одновременно, так и отдельно в соответствующих наблюде­ниях и в соответствующем периоде. Общие принципы лечения больных с наружными кишечными свищами складываются из трех факторов: 1) местного лечения; 2) общего лечения; 3) оператив­ных методов ликвидации кишечного свища.

***Местное лечение***. В настоящее время применяют местное лече­ние наружных кишечных свищей, которое складывается из: а) ле­чения гнойной раны; б) предохранения тканей, окружающих свищ, от воздействия кишечного отделяемого; в) уменьшения или пре­кращения потерь кишечного отделяемого.

Принципы лечения гнойных ран при наличии кишечного свища такие же, как и при лечении инфицированных ран. В зависимости от сроков и стадии раневого процесса применяют повязки с ги­пертоническими растворами, антисептиками и ферментными пре­паратами, различными мазями и эмульсиями.

В практических лечебных учреждениях широко распростране­но лечение ран с кишечными свищами мазевыми повязками. В ряде случаев это оправдано: мазь и бальзам способствуют росту грануляций, очищению раны, при небольших свищах оказывают обтурирующее действие. Однако применение мази Вишневского на обнаженных петлях кишечника должно быть осторожным, так как это может привести к дополнительной деструкции кишечной стенки. Мазь Вишневского не нейтрализует химическую и биологическую активность кишечного отделяемого, что особенно важно в лече­нии тонкокишечных свищей. Салфетки с этой мазью обладают гигроскопичностью и даже гипертоническим свойством, быстро промокают, создавая, таким образом, своеобразный “каловый компресс”. Поэтому следует отдать предпочтение средствам, ней­трализующим действие кишечного отделяемого.

Защита кожи от переваривающего действия кишечного отде­ляемого — первостепеннейшая задача хирурга. Способы профилак­тики и лечения изменений кожи можно разделить на физические, биохимические и механические.

Физические способы защиты кожи очень многообразны. К ним относится применение различных мазей, паст, присыпок и др., которые препятствуют соприкосновению кожи с кишечным отделя­емым и способствуют адсорбции пищеварительных соков. Чаще всего для этой цели используют пасту Лассара, клей БФ-2, БФ-6, полимеризирующуюся пленку, силиконовые пасты.

Биохимические способы защиты кожи преследуют цель пре­дупредить разрушение кожи нейтрализацией ферментов кишечно­го отделяемого. Для этого используют различные вещества. Полу­чил распространение способ биологической нейтрализации пище­варительных соков тампонами, обильно смоченными яичцым бел­ком. Такой тампон накладывают непосредственно на свищ, а рану иногда заполняют мазевыми тампонами. Подобная повязка хотя и быстро промокает, но в ряде случаев при небольших зияющих свищах может быть применена.

Механические способы защиты кожи направлены на уменьше­ние или прекращение выделения из свища кишечного содержимого. Для предупреждения вытекания и обеспечения нормального пас­сажа кишечного содержимого существуют различные приспособ­ления: пелоты, обтураторы, обтурирующие заслонки и повязки, специальные аппараты и др.

Закупорка свища может быть постоянной и временной. Вре­менная обтурация свища осуществляется в течение некоторого срока, необходимого для подготовки больного к радикальной операции. Постоянная закупорка свища применяется больными пожизненно, например, при сигмостоме: обтуратор, как правило, вынимается больным только на время удаления из кишечника кала и газов. Средства, предложенные для обтурации кишечных свищей, можно разделить на несколько групп:

1. Обтурирующие средства, применяемые снаружи, без введе­ния их в просвет кишки. К ним могут быть отнесены также кало-приемники.

2. Обтураторы, вводимые в просвет кишки через свищ и за­купоривающие свищевое отверстие изнутри.

3. Различные приспособления и аппараты для аспирации ки­шечного отделяемого и. последующего введения его в отводящий отрезок кишки, несущей свищ.

Наилучшие обтураторы те, которые не только закупоривают свищ, но и одновременно обеспечивают нормальный пассаж ки­шечного содержимого. Непременным условием применения обтура­торов является проходимость отводящей части кишки.

Для обтурации кишечных свищей снаружи применяют обтура­торы из разнообразных материалов с размером больше наружного отверстия свища. Наиболее часто кишечные свищи прикрывают тампонами, пропитанными пищевыми продуктами, инактивирующими действие ферментов (масло, белки, мясной бульон и др.). Поверх тампона накладывают давящую повязку.

В профилактике дерматитов, вызванных попаданием на кожу кишечного отделяемого, и своеобразной обтурации кишечного свища находят применение гипсовые повязки. Использование гип­са в лечении наружных кишечных свищей особенно было рас­пространено во время Великой Отечественной войны 1941— 1945 гг.

Один из методов применения гипсовой повязки типа “бублик”, предложенный Н. М. Светом (1944), заключается в следующем: сначала формируется ватно-марлевый “бублик”, внутренний диа­метр которого в несколько раз больше диаметра свища. С помощью клеола “бублик” укрепляют на коже вокруг свища. После этого внутреннюю полость “бублика” засыпают гипсовым порошком до самых краев. Гипс постепенно пропитывается содержимым кишеч­ника и затвердевает. После затвердевания гипса такая повязка хорошо закупоривает наружное отверстие свища и препятствует вытеканию из него кишечного содержимого. Этот метод не поте­рял своей ценности и в настоящее время применяется в соче­тании с тампонами из мяса. Применение кусочков говяжьего мяса зарекомендовало себя хорошо. Тампон из мяса, введенный в свищ, не только обеспечивает его закупорку, но и инактивирует переваривающее действие ферментов кишечного содержимого.

Калоприемники приспособлены не столько для закрытия свище­вого отверстия, сколько для сбора кишечного отделяемого. Резер­вуар для кишечного отделяемого может быть одно- или много­кратного применения и выполняется из различного материала (стекло, резина, полиэтиленовая пленка и др.). С помощью бан­дажа и резиновой прокладки резервуар плотно фиксируется к животу.

***Общее лечение***. В комплекс общего лечения больных с наруж­ными кишечными свищами входят: 1) ограничение и ликвидация воспалительного процесса в брюшной полости и передней брюш­ной стенке; 2) Проведение рационального питания; 3) коррекция гомеостаза и уменьшение интоксикации; 4) стимуляция защитных сил организма и регенеративных процессов. Для борьбы с инфек­цией и интоксикацией применяют антибактериальную и дезинток-сикационную терапию.

Важную роль в лечении кишечных свищей играет питание, так как заболевание специфически затрагивает именно эту функ­цию организма. Основным принципом разработки диеты у таких больных, как, впрочем, и всего лечения, является индивидуальный подход в каждом отдельном случае. Наблюдения показали, что большую роль в профилактике потерь воды и электролитов имеет соответствующая диета. Измерение количества выделяющегося ки­шечного содержимого позволило установить, что наименьший со-когонный эффект дает .белковая пища. После приема углеводов выделяется значительно большое количество кишечного содержи­мого, а при жировой диете выделение сока возрастает еще более. На этих принципах Н. К. Мюллер разработал оригинальную дие­тотерапию больных с кишечными свищами, которая с успехом применялась еще в годы Великой Отечественной войны 1941— 1945 гг. [Баженова А.П., 1945]. Диета, предложенная Н. К. Мюллером, заключается в том, что больным дают пищу с большим содержанием белков и такой кулинарной обработкой продуктов, чтобы они полностью усваивались в тонкой кишке, образуя при этом как можно меньше шлаков. Из рациона исклю­чают фрукты и овощи, богатые шлаками и ускоряющие перисталь­тику и секрецию. При свищах с большим количеством жидкого отделяемого ограничивают прием жидкости через рот до 400— 500 мл/сут (метод сухоядения). Рекомендуют грецкие орехи, арахис, курагу, изюм, содержащие соли калия и микроэлементы.

В некоторых странах получили распространение специально созданные, почти полностью усвояемые, бесклеточные синтети­ческие диеты. Такая пища содержит вей необходимые для поддер­жания жизнедеятельности белки, углеводы, витамины, жиры, соли и полностью всасывается, одновременно подавляя секрецию пище­варительных желез.

Парентеральное питание больных с кишечными свищами долж­но быть интенсивным, высококалорийным и полноценным. Для поддержания азотистого равновесия необходимо введение сбалан­сированных по количеству и качеству белковых препаратов (аминопептид, гидролизат казеина, протеин, набор аминокислот, альбу­мин). Непременным условием усвоения организмом белка являет­ся одновременное введение концентрированных растворов глюко­зы, растворов этилового спирта и жировых эмульсий в коли­чествах, необходимых для обеспечения энергии около 30 кал/кг массы тела. Введение больших доз глюкозы с инсулином явля­ется не только способом покрытия энергетических потребностей, но, как показали исследования И. Ю. Юдаева и Л. М. Полякова (1975), глюкозоинсулиновая смесь улучшает функцию печени.

Парентеральное питание не может полностью заменить естест­венное и при высоких тонкокишечных свищах с обильным исте­чением кишечного содержимого не должно быть слишком про­должительным, даже при наличии полноценных белковых и жи­ровых препаратов. Учитывая, что потери воды, белков, солей и ферментов через наружный свищ приводят к быстрому уменьше­нию массы тела, объема циркулирующей крови и к развитию пе­ченочно-почечной недостаточности, необходимо как можно рань­ше начинать интенсивную заместительную инфузионнотрансфу-зионную терапию, обеспечивающую компенсацию потерь и устране­ние обменных нарушений. Количество необходимых препаратов должно рассчитываться соответственно суточной потребности и де­фициту, определяемому по лабораторным показателям и объему потерь из свища.

В оценке степени коррекции дефицита жидкости и электро­литов помогают как данные общего клинического состояния боль­ного, так и показатели гемодинамики и диуреза, особенно в ост­ром начальном периоде образования кишечного свища, когда имеются не столько качественные нарушения водно-электролитно­го обмена, сколько количественные. Необходимо обращать внима­ние на исходные данные — величину артериального и централь­ного венозного давления, частоту пульса, объем циркулирующей крови и содержание ее компонентов, показатель гематокрита, а также на биохимические и газометрические исследования.

Для длительного парентерального введения жидкости, белко­вых и электролитных составов необходима хорошо развитая сеть подкожных вен. Там, где подкожные вены недостаточно выраже­ны, рекомендуют пользоваться методикой Сельдингера для катете­ризации подключичной вены, считая ее наиболее целесообразной у такой группы больных.

При больших потерях кишечного содержимого и нарастающей интоксикации инфузионной терапией не всегда удается остановить прогрессирующее истощение организма. Взвешивание больных ча­сто указывает, что они теряют ежесуточно до 500 г массы тела, несмотря на введение больших количеств растворов и белковых препаратов. Поэтому парентеральное питание должно быть по воз­можности скорее заменено или дополнено энтеральным, чтобы пе­риод выключения пищеварения и всасывания в кишечнике был по продолжительности минимальным.

Крайне важно для больных с кишечным свищами назначение комплекса мероприятий, направленных на мобилизацию защитных сил организма. С этой целью показано введение свежезаготов­ленной крови, лейкоцитной массы, иммуноактивных препаратов. Особенно показано прямое переливание крови, обладающее сти­мулирующим, тонизирующим и дезинтоксикационным действием.

Для повышения окислительно-восстановительных процессов в тканях надо использовать большие дозы витаминов, особенно витамина С и группы В, способствующих заживлению ран. Кроме того, должна проводиться соответствующая симптоматическая сердечно-сосудистая терапия и назначаться успокаивающие и обезболивающие средства.

***Оперативные методы лечения кишечного свища.*** Проблема хи­рургического лечения кишечных свищей затрагивает вопросы опре­деления показаний, выбора оптимального срока вмешательства и его характера. В каждом отдельном наблюдении эти вопросы должны решаться индивидуально. Показания к операции опреде­ляются стадией развития и локализацией свища, количеством и характером кишечного отделяемого, эффективностью консерватив­ной терапии, сопутствующими осложнениями и т. д. Сформирован­ные губовидные свищи тонкой и толстой кишки самостоятельно не заживают, поэтому их наличие является прямым показанием к хиругическому лечению. Наибольшие трудности в установлении показаний к хирургическому вмешательству возникают при несформированных, находящихся на ранней стадии своего образо­вания кишечных свищах.

При высоких обильно функционирующих тонкокишечных сви­щах, если все консервативные мероприятия по временному закры­тию свища оказываются несостоятельными, больных надо опери­ровать как можно раньше, поскольку такие свищи ведут к очень быстрому обезвоживанию, расстройству электролитного баланса и истощению больного. Никакая инфузионная корригирующая тера­пия не может возместить тех потерь, которые наблюдаются при обильном истечении содержимого из высоких отделов тонкой киш­ки. Чем дольше сроки консервативной терапии при обильном исте­чении кишечного содержимого, тем тяжелее состояние больного и хуже прогноз хирургического вмешательства.

При расположении свища не в верхних отделах тонкой кишки отделяемое из него не носит профузного характера. Основным критерием показаний к операции в этом случае служит состояние раны. При наличии большой инфицированной раны хирургический доступ к свищу затруднен, и в значительной степени предопреде­лен отрицательный прогноз операции. В то же время длительное существование кишечного свища истощает и ослабляет больного, вызывая подчас глубокие обменные нарушения. В этом случае критерием для определения срока хирургического вмешательства является возможность полноценной подготовки больного при по­стоянно функционирующем кишечном свище.

При толстокишечных свищах хирургическая тактика более оп­ределенна. Показанием к операции служит наличие сформирован­ных и неподдающихся консервативной терапии губовидных и рубцово-трубчатых свищей. Срок хирургического вмешательства уста­навливается с учетом состояния больного и раны, а также общих противопоказаний к операции. Наиболее благоприятным местным условием для операции является полное заживление раны до устья фистулы.

При разборе клиники наружных кишечных свищей нами под­черкивалось разнообразие их течения даже при однотипной лока­лизации, поэтому мы не считаем необходимым и возможным ус­танавливать какие-либо определенные сроки выполнения операции. Вопрос о времени хирургического лечения следует решать при динамическом наблюдении за больными. Если рана со свищом очищается, уменьшается в размерах, а общее состояние больного не ухудшается, несмотря на функционирование свища, возможно удлинение срока предоперационной подготовки, вплоть до зажив­ления раны и оздоровления кожи вокруг свища. Если же потери кишечного содержимого создают непосредственную угрозу для жизни больного, вызывая значительные и плохо поддающиеся лечению нарушения гомеостаза организма, предоперационная под­готовка должна быть сведена до нескольких дней, так как удли­нение этого срока еще больше увеличивает риск операции. В таких случаях, несмотря на неблагоприятные условия, операция прово­дится по жизненным показаниям.

Все производимые при кишечных свищах хирурги­ческие вмешательства можно подразделить на предварительные, направ­ленные на устранение со­путствующих гнойно-вос­палительных процессов (вскрытие абсцессов, гной­ных затеков), и основные, целью которых является выключение или ликвида­ция кишечного свища. Вы­ключение кишечного свища относят к паллиативным операциям. Смысл опера­ции заключается в отклю­чении приводящей и отво­дящей петель кишки, несу­щей свищ, и восстанов­ление проходимости желу­дочно-кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза. Выключение кишечного свища может быть полным и неполным. Неполное выключение сви­ща происходит тогда, когда создается обходной путь с помощью межкишечного анастомоза между приво­дящим и отводящим участ­ком кишки. Для кишечных свищей илеоцекальной об­ласти возможно односто­роннее неполное отключе­ние. Неполное выключение не всегда поз­воляет избежать всех от­рицательных проявлений свища, особенно при значительном выделении кишечного содержимого. Поэтому боль­шинство хирургов предпочитают производить полное отключение свища. Для этого приводящую и отводящую по отношению к синцу петли кишки необходимо пересечь и идущие к свищу концы ушить, а непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановить с по­мощью межкишечного анастомоза .

При операциях выключения свища хирургический доступ обес­печивается из разреза, отдаленного от устья наружного кишечного свища, что является более асептичным для наложения межкишечного анастомоза, хотя при выраженном спаечном процессе такой доступ затрудняет отыскание петли, несущей свищ. И все же при тонкокишечных свищах, ког­да операция предпринимается нередко при незаживших ра­нах, такой доступ следует считать предпочтительным. Для облегчения отыскания петли кишки, несущей свищ, рекомендуется вводить до операции в оба конца рези­новые катетеры различного диаметра. Выключенный от­резок кишки вместе со сви­щом можно удалить хирур­гическим путем спустя неко­торое время, когда гнойно-воспалительные явления пройдут и общее состояние больного улучшится.

Исходя из изложенного выше. операции выключения кишечного свища можно рекомендовать в следующих случаях.

1) при несформированных свищах тонкой кишки в ранней стадии образования, когда преобладают явления острого гнойно-воспалительного процесса в окружающих тканях, а обильное функционирование свища приводит к прогрессирующему обезво­живанию, нарушениям водно-электролитного баланса и питания;

2) при несформированных свищах толстой кршки в ранней стадии образования, когда преобладают явления острых гнойно-некротических процессов и когда имеется больших размеров рана, постоянно загрязняющаяся калом;

3) при множественных, смешанных и сложных свищах, особенно если больные уже много раз оперированы, так как одномоментные операции у такой категории больных, как правило, заканчиваются неблагоприятно;

4) как вынужденный выход из положения при радикальных операциях, когда хирург встречается с большими техническими трудностями после предшествующего длительного существования разлитого или тазового перитонита.

Радикальные операции, рассчитанные на ликвидацию кишечно­го свища, очень просты по замыслу, но не всегда легки для испол­нения. Их желательно производить только тогда, когда кишечный свищ уже сформирован, острый гнойно-воспалительный процесс стих, состояние больного стабилизировалось и, по возможности, скорригированы те нарушения, которые явились следствием функ­ционирования кишечного свища.

Радикальные операции в ранние сроки образования толстоки-шечных свищей, когда не ликвидированы последствия острой гнойной инфекции, следует считать тактической ошибкой. Одно­временная попытка устранения кишечного свища и гнойных ос­ложнений увеличивает риск хирургического вмешательства. Ради­кальное закрытие свищей толстой кишки следует откладывать на более поздние сроки. Чем позже произведена радикальная опера­ция, тем более обеспечен успех. Выполнять такое вмешательство целесообразно через 4—5 мес после ликвидации гнойных ослож­нений.

Радикальные операции могут быть выполнены как внебрюшинным, так и внутрибрюшинным доступом. Наилучшим методом является внутрибрюшинная операция, при которой можно хорошо осмотреть брюшную полость, выявить абсцессы, инфильтраты и др. и, следовательно, правильно выбрать способ оперативного за­крытия свища.

Пристеночная резекция кишки вместе со свищом показана при неполных сформированных губовидных свищах. Чаще всего на толстой кишке в связи с ее большим диаметром удается произве­сти операцию бокового ушивания свища, иногда даже внебрюшин-ным доступом. В редких случаях при неосложненных свищах тонкой кишки небольшого диаметра возможно боковое ушивание после освежения краев свища. Желательно эту операцию также производить внутрибрюшинно с необходимой ревизией прилежащих петель. Следует отметить, что длительное существование свища приводит к образованию своеобразного колбовидного расширения кишки в этой зоне, что подчас позволяет наложить боковой шов, не опасаясь сужения просвета кишки .

Методом выбора там, где это возможно, является циркулярная резекция кишки вместе со свищом . Хирургический до­ступ осуществляется через окаймляющий свищ разрез или лапаро-томию вдали от свища. Если свищ сформирован и имеет форму губовидного без наличия гнойной раны вокруг, окаймляющий доступ является наиболее удобным и позволяет быстро найти петлю кишки, несущую свищ. При больших гнойных ранах в ок­ружности свища целесообразен хирургический доступ вдали от свища. Если соединяемые отрезки имеют различный диаметр, а стенка кишки изменена вследствие спаек, то более показан анасто­моз бок в бок. Широкое соустье обеспечивает более легкое тече­ние послеоперационного пареза кишечника, столь часто встречаю­щегося у этой категории больных. Из особенностей операции следует отметить необходимость герметичного ушивания наружно­го отверстия кишечного свища до вскрытия брюшной полости, чтобы предупредить возможное инфицирование ее. При хирургическом лечении кишечных свищей илеоцекальной области, особенно слепой кишки, вначале стоит попытаться произ­вести пристеночную резекцию слепой кишки (так как довольно часто выполнимо), а при несостоятельности попытки—правосто­роннюю гемиколэктомию. Если причиной свищей были злокачест­венные новообразования, туберкулез, актиномикоз или проводи­лась рентгенотерапия, хирургическое вмешательство должно быть более обширным. Облученные ткани не создают условий для само­стоятельного закрытия свища.

Основной причиной отрицательных результатов хиругического лечения кишечных свищей является несостоятельность швов. К этому предрасполагают многие факторы и прежде всего гипопротеинемия, нарушение обменных процессов, наличие инфекции. Немаловажным звеном в патогенезе осложнения является после­операционный парез кишечника. У больных, находящихся в тяже­лом состоянии, особенно на фоне ограниченных гнойников или инфильтратов, локализующихся в брюшной полости, может быть рекомендована резекция петли кишки, несущей свищ, с последую­щим восстановлением проходимости кишечного тракта с помощью межкишечного анастомоза по типу конец в бок или бок в бок и одновременным формированием разгрузочной энтеростомы на проксимальном отрезке кишки . При наличии выражен­ного пареза кишечника такая энтеростома может предохранить кишечный анастомоз от возможной несостоятельности. Энтеросто­ма в дальнейшем может самостоятельно закрыться или быть ушита.

Послеоперационное ведение больных существенно не отличает­ся от такового при операциях на кишечнике вообще, только необходимо тщательно следить за состоянием послеоперационной раны в связи с довольно частыми нагноениями у этой группы больных.