
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Б. Дж. Азизов^{1,2}, И.Х. Хамидов², А.Р. Давлатов^{1,2}, С. Дж. Самадов², М.Х. Табаров²

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», кафедра детской хирургии, Душанбе
²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF EXTERNAL INTESTINAL FISTULAS IN CHILDREN

B.J. Azizov^{1,2}, I.H. Khamidov², A.R. Davlatov^{1,2}, S.J. Samadov², M.H. Tabarov²

¹st State Educational Institution "Institute of Postgraduate Education in the field of Healthcare of the Republic of Tajikistan", Department of Pediatric Surgery, Dushanbe
²SU "Istiklol Health Complex"

Цель исследования. Улучшить результаты лечения наружных кишечных свищей (НКС) у детей.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании нами проанализированы результаты проспективного (93) и ретроспективного (73) наблюдения лечения 166 детей с НКС. Возрастной диапазон составил от 3 месяцев до 17 лет. По применяемым методам лечения дети были распределены на основную группу – 81 (48,8%) и контрольную – 85 (51,2%). Неотложное оперативное лечение потребовалось 33 пациентам основной группы и 37 – контрольной, всего 70 (42,2%) детей. Остальным 96 (57,8%) хирургическое вмешательство выполнялось планоно.

Результаты исследования. В проведенное исследование были включены 166 детей с наружными кишечными свищами (НКС). В зависимости от степени их сформированности пациенты были разделены на две группы: со сформированными свищами – 53% (n=88) и с несформированными – 47% (n=78). Дополнительно по типу формирования свищей выделены четыре варианта: I тип – 10,8%, II тип – 7,9%, III тип – 14,9% и IV тип – 66,4%. Такая классификация позволила более точно оценить особенности клинического течения заболевания и определить дифференцированные подходы к лечению. Применение данного подхода способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 15–18,5% (группа сравнения, n=85) до 4–4,7% (основная группа, n=81), а также уменьшению показателя летальности с 6,5% до 2,5%.

Выводы. Хирургическое планирование при сформированных и несформированных свищах требует системного подхода, предполагающего выполнение диагностических процедур, периоперационного ведения и установление границ оперативного вмешательства с учетом морфологических особенностей свищевого образования.

Ключевые слова: наружные кишечные свищи, кишечные стомы, межкишечные анастомозы, дети.

Актуальность. Наружные кишечные свищи (НКС) у детей остаются одной из наиболее сложных проблем детской хирургии. Несмотря на достижения в области диагностики и хирургического лечения, данная патология характеризуется высокой частотой осложнений и значительным уровнем летальности, особенно в случаях экстренных вмешательств при несформированных свищах. Совершенствование хирургических технологий, внедрение современных методов периоперационной коррекции и нутритивной поддержки позволили добиться определённых успехов, однако многие вопросы остаются открытыми. До настоящего времени отсутствует единый алгоритм ведения детей с НКС, что отражается в различиях хирургической тактики: от наложения межкишечных анастомозов при тяжёлом перитоните до формирования кишечных стом [1–3]. Высокий риск несостоятельности анастомозов связан с отёком и воспалением стенки кишки, несоответствием анастомозируемых отделов, тяжёлой интоксикацией и нарушением гомеостаза. Дополнительным неблагоприятным фактором является послеоперационный парез кишечника. Всё это приводит к высокой частоте осложнений, задерживает сроки ликвидации свищей и негативно сказывается на исходах лечения. [3–4]

Послеоперационный парез кишечника представляет собой дополнительный значимый фактор, провоцирующий несостоятельность анастомоза. Немаловажное значение имеют также гипертония в просвете кишки, выраженный токсикоз и дисбаланс гомеостатических показате-

телей, что отрицательно сказывается на регенерации анастомотических тканей и замедляет разрешение воспаления [4].

Ряд исследователей рассматривают создание межкишечных соустьев при перитоните и критических состояниях как тактическую ошибку, рекомендуя формирование кишечных стом. Следует подчеркнуть отсутствие на сегодняшний день унифицированного подхода к стомообразованию в детской хирургии. Остаются дискуссионными показания к созданию кишечных стом, выбор анатомического уровня и техники выведения кишки, продолжительность функционирования стомы и временные рамки ее закрытия. Формирование кишечных стом часто связано с техническими сложностями и тактическими просчетами, обуславливающими широкий диапазон осложнений от 15 до 75%. [5–6]

Согласно литературным данным, НКС в педиатрической популяции способны провоцировать разнообразные осложнения как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Исследователи сообщают о частоте осложнений после ликвидации кишечных стом в диапазоне 10–40%, при этом показатели летальности могут достигать 11,4%. [5–8]

Обоснованным представляется согласиться с позицией профессора В.В. Атаманова (1985), утверждающего, что хирургические вмешательства при несформированных кишечных свищах характеризуются высокой частотой осложнений и смертностью до 70%, тогда как обтурация незрелых кишечных свищей является необходимой и выполнимой, поскольку дает возможность предотвратить их в остром периоде заболевания путем уменьшения кишечных потерь, способствуя созреванию свища, что создает условия для предоперационной подготовки пациента к радикальному закрытию.

Анализ собственных клинических наблюдений в сочетании с литературными данными позволяет заключить, что проблемы диагностики, терапии и восстановительного лечения детей с НКС сохраняют свою актуальность и нуждаются в продолжении исследований и методологического развития.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения наружных кишечных свищей у детей.

Материал и методы исследования. Данное исследование охватило 166 детей с НКС, среди которых проведено проспективное наблюдение 93 пациентов и ретроспективное изучение 73 случаев. Возрастной диапазон обследованных составил от 3 месяцев до 17 лет. Стратификация больных по морфологическим характеристикам свищевых образований выявила: несформированные наружные кишечные свищи у 88 (53%) пациентов и сформированные наружные кишечные свищи у 78 (47%) детей. Согласно применяемым лечебным подходам сформированы основная группа из 81 ребенка и сравнительная группа из 85 пациентов.

Неотложные хирургические вмешательства потребовались 70 (42,2%) больным, включая 33 пациента основной группы и 37 детей сравнительной группы. Плановые операции выполнены у 96 (57,8%) оставшихся пациентов.

Каждому пациенту выполнялся комплекс клинично-лабораторных исследований, включавший биохимический анализ крови с определением общего белка, альбумина, амилазы, АсАТ, АлАТ, Гамма-ГТ, щелочной фосфатазы, общего билирубина, мочевины, креатинина, K^+ , Na^+ , Ca^{2+} . Оценка функционального состояния почек и волемического статуса проводилась путем изучения канальцевой реабсорбции, скорости клубочковой фильтрации, концентрационного коэффициента, осмотической концентрации мочи, осмолярного давления мочи, осмолярности плазмы и удельного веса мочи.

Иммунологическое обследование охватывало анализ иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) ЦИК, клеточного звена иммунитета и защитных факторов: лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD16, апоптоза, CD20, CD25, рецепторов к трансферрину, фагоцитарного числа и фагоцитарной активности. Дополнительно применялись методы лучевой диагностики – ультразвуковые и рентгенологические исследования.

Статистическая обработка результатов выполнена в программе Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Для проверки нормальности распределения использовали тест Шапиро–Уилка ($n \leq 50$) и Колмогорова–Смирнова ($n > 50$). Количественные показатели представлены как среднее \pm стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для сравнения качественных показателей между двумя независимыми выборками использовали точный критерий Фишера. Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

Результаты исследования. У 35 пациентов с несформированными НКС (17 в основной и 18 в сравнительной группе) свищевые ходы сообщались со свободной брюшной полостью, провоцируя развитие распространенного перитонита, что потребовало неотложного хирурги-

Таблица 1. Экстренные оперативные вмешательства у детей с наружными кишечными свищами

Вид вмешательства	Сравнительная группа (n=37)	Основная группа (n=33)	Всего (n=70)	p*
Резекция кишки с обходным анастомозом «бок в бок»	9	0	9	0,003
Выведение петли кишки со свищом	12	0	12	<0,001
Резекция кишки со свищом + РУ-анастомоз, еюностома	3	5	8	0,457
Резекция кишки со свищом + одноствольная еюностома	13	3	16	0,020
Резекция кишки со свищом + двуствольная еюностома / комбинированные методы (зондирование, цекостомия)	0	25	25	<0,001
Итого	37 (52,9%)	33 (47,1%)	70 (100%)	—

Примечание: *p – точный критерий Фишера.

ческого лечения. Экстренные операции выполнены 17 детям (9 – сравнительная группа, 8 – основная группа) с несформированными НКС при дренировании свищей в абсцедированную полость с наружным отделяемым, обуславливающим ограниченный локальный перитонит. Дополнительно 15 больным с несформированными НКС потребовались срочные хирургические вмешательства в ситуациях, когда свищевые ходы вскрывались в раневую поверхность с эвентрированными кишечными петлями в качестве дна, сопровождаясь клиникой кишечной непроходимости. У 18 больных (основная группа – 8, сравнимая группа – 10) со сформированными наружными кишечными свищами выполнены экстренные оперативные вмешательства (табл. 1).

У 9 пациентов сравнительной группы проведена резекция проксимальных и дистальных участков тонкой кишки со множественными свищевыми образованиями с последующим формированием обходного анастомоза «бок в бок», при этом кишечные концы, исходящие от свища, подвергались заглушению.

Несостоятельность созданного соустья развилась у 3 больных, что потребовало повторных хирургических вмешательств с наложением илеостомы. Один пациент скончался. Высокая частота послеоперационных осложнений при использовании данной хирургической методики послужила основанием для отказа от ее применения в последующей клинической практике.

У 12 пациентов проведено выведение обоих концов кишечной петли совместно со свищевыми образованиями на переднюю брюшную стенку. Послеоперационные осложнения развились у 4 больных в виде некротических изменений выведенного участка тонкой кишки, гнойного воспаления и флегмоны окружающих мягких тканей. Частичная кишечная непроходимость сформировалась у 2 детей, что потребовало повторных хирургических вмешательств с резекцией пораженного сегмента тонкой кишки со свищом в границах неизмененных тканей и последующим созданием двуствольной илеостомы.

При свищевых поражениях подвздошной кишки у 16 пациентов проведена резекция пораженного сегмента с последующим созданием одноствольной илеостомы. Двуствольная илеостомия сформирована у 15 детей, тогда как 9 больным выполнено комбинированное стомирование – илео- и колостомия. Пациентам основной группы (6 детей) дополнительно осуществлено дренирование приводящего и отводящего участков тонкой кишки посредством назогастрального зонда с одновременным наложением гастростомы.

У 7 пациентов со множественными свищевыми образованиями, расположенными на расстоянии 10–15 см между собой и сочетающимися с предперфоративными изменениями кишечной стенки, проведена резекция пораженного сегмента тонкой кишки с формированием двуствольной тонкокишечной стомы. Трём детям при множественном свищеобразовании выполнена резекция кишечных участков с наложением двуствольной еюностомы в комбинации с колостомией, дополненной назогастральным дренированием отводящих отделов кишечника и цекостомией по методике Витебского. Тонкая кишка в области ушитых свищей интубировалась полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями. У двух детей со средними наружными

кишечными свищами, при наличии выраженного воспалительного процесса стенки тонкой кишки на фоне разлитого гнойного перитонита в терминальной стадии, была сформирована двустольная илеостома. Просвет как приводящей, так и отводящей частей кишки подвергался интубации. Химус из приводящей стомы вводился в отводящую часть кишки, в которую также осуществлялось капельное введение питательных смесей. Через две недели, после улучшения состояния и нормализации показателей крови, выполнялся У-образный анастомоз по Ру.

У 8 пациентов проведена экономная резекция свищевого поражения тощей кишки с созданием Y-образного анастомоза по Ру посредством наложения еюностомы на конец приводящего сегмента и формирования термино-латерального соустья между концом приводящей и боковой стенкой отводящей кишки. Анастомозирование выполнялось с отступом 15–20 см от дистального конца с обеспечением декомпрессии через еюностомические отверстия. У 25 детей основной группы с наружными кишечными свищами, осложненными II и III стадиями синдрома эндогенной интоксикации, дополнительно осуществлена декомпрессия путем создания цекостомы по методу Витебского.

Следует отметить, что на начальном этапе исследования у сравнительной группы пациентов при выполнении оперативного вмешательства декомпрессия желудка осуществлялась посредством назогастрального зонда либо через сформированную гастростому. Также применялась ретроградная интубация кишечника через прямую кишку или через цекостому с использованием двухпросветной трубки. После устранения источника перитонита и наружного кишечного свища проводилась санация брюшной полости. Очищение абдоминальной полости включало удаление фибринозных наложений и некротизированных тканей с использованием тампонов, пропитанных растворами фурацилина и декосана. Дополнительно выполнялась резекция измененных участков большого сальника и дренирование внутрибрюшных абсцессов. Забрюшинное пространство катетеризировалось для осуществления регионарного обезболивания и эндолимфатической антибактериальной терапии. Дренирование брюшной полости осуществлялось полихлорвиниловыми трубками с латеральными перфорациями, обеспечивающими лаваж и активную аспирацию содержимого.

При выраженной эндогенной интоксикации формировалась искусственная вентральная грыжа путем ушивания лапаротомной раны только в области кожных покровов, что обеспечивало декомпрессию абдоминальной полости.

Плановые операции по устранению свищевых образований проведены 96 (58,5%) пациентам со зрелыми наружными кишечными свищами. Литературные источники описывают свыше 30 методик закрытия зрелых наружных кишечных свищей, что указывает на широкий спектр хирургических подходов к ликвидации данной патологии, включающий выполнение многоэтапных реконструктивных операций. Систематизация всех описанных методов оперативной коррекции свищей представляет значительную трудность, поскольку в их основе лежат различные хирургические принципы и технические приемы.

Ликвидация наружных кишечных свищей выполнялась как внебрюшинным, так и внутрибрюшинным способами. У 42 пациентов (43,8%) со сформированными наружными кишечными свищами коррекция проводилась внебрюшинным методом, тогда как у 54 больных (56,2%) – внутрибрюшинным. Ликвидация наружных кишечных свищей внебрюшинным способом проводилась без вскрытия брюшной полости, без вмешательства на органах брюшной полости. У 24 пациентов экстраперитонеальное закрытие свища выполнялось по следующей методике: производилась мобилизация петли тонкой кишки, содержащей свищевое отверстие, с последующей клиновидной резекцией свищевого канала и поперечным ушиванием дефекта двухрядным швом. При устранении губовидных и протяженных свищевых образований (18 случаев) осуществлялась резекция пораженного участка кишки с наложением анастомоза «конец в конец». Внутрибрюшинным способом были ликвидированы сформированные наружные кишечные свищи у 54 пациентов. Для обоснованного выбора тактики оперативного вмешательства перед выполнением ликвидации свища всем больным проводилось контрастное исследование с целью определения проходимости отводящего отдела кишки.

Рентгеноконтрастное исследование 49 пациентов из 54 продемонстрировало наличие частичной кишечной обструкции, обусловленной спаечными изменениями в малом тазу. Девятнадцать больным из 54 во время лапаротомии проведено освобождение свищевого канала и кишечной петли от спаечных сращений с полным восстановлением кишечной проходимости, после чего выполнена резекция пораженного сегмента кишки с формированием анастомотического соединения. Характер созданных соустьев распределился следующим образом: у

12 пациентов – анастомоз «конец в конец», у 5 – «бок в бок», у 2 – «конец в бок». Тридцати пяти детям из 54 произведена лапаротомия с мобилизацией кишечных петель от спаечных образований с последующей резекцией концевых участков приводящих и отводящих отделов тонкой кишки протяженностью до 10 см и формированием анастомоза «конец в конец» в зависимости от состояния кишечной стенки. Послеоперационные осложнения при плановом закрытии свищей отсутствовали.

Несформированные тонкокишечные свищи преимущественно развиваются у детей после операций, выполненных по поводу травмы живота, перитонита или кишечной непроходимости спаечной этиологии. Лечение таких пациентов целесообразно осуществлять в специализированных отделениях детской хирургии.

Оперативное вмешательство у детей с наружными кишечными свищами предполагало выполнение релапаротомии через область предшествующего рубца. С целью предотвращения травматизации кишечных петель, фиксированных к рубцовым тканям, доступ в брюшную полость осуществлялся со смещением на 0,5–1,0 см от мышечно-апоневротического рубца в зону относительно интактных тканей. Интраоперационно проводилась деликатная мобилизация кишечных петель от рубцовых сращений с передней брюшной стенкой. В процессе хирургического вмешательства выполнялась санация абдоминальной полости с использованием тампонов, пропитанных растворами фурацилина и декасана. При выделении петли тонкой кишки из спаек определялись уровень расположения кишечных свищей, их количество, а также степень воспалительных изменений стенки кишки. В соответствии с полученными данными выбирался метод ликвидации кишечных свищей.

Обсуждение. Кишечные свищи в настоящее время представляют значительную проблему педиатрической хирургии. Следует подчеркнуть, что формирование свищевых образований происходит преимущественно в послеоперационном периоде у детей с острой абдоминальной патологией. Исследователи разделяют позицию о том, что к основным этиологическим факторам возникновения кишечных свищей относятся хирургические вмешательства при спаечной кишечной обструкции, инфекционно-воспалительные процессы абдоминальной локализации и забрюшинного пространства, среди которых панкреонекроз и перитонит различного генеза занимают ведущие позиции. [9]

В условиях выраженного отёка стенки кишки ушивание дефекта нередко приводит к прорыванию швов и несостоятельности ушитой раны, что способствует развитию перитонита и формированию кишечных свищей (Кригер А.Г., 2015). В предоперационном периоде при определении сроков закрытия наружных кишечных стом необходимо учитывать тип свища и уровень его расположения. Для снижения риска послеоперационных осложнений требуется проведение полноценного обследования, направленного на выявление степени эндогенной интоксикации и выраженности энтеральной недостаточности, а также коррекция выявленных нарушений. Существенное значение имеет оценка операционно-анестезиологического риска, общее соматическое состояние пациента и наличие дисбактериоза. Показания к формированию искусственных кишечных стом определяются комплексом факторов, включающих гомеостатические нарушения, общесоматический статус пациента, микробиологический дисбаланс кишечника и этиологические причины основного заболевания. Ликвидация НКС обоснована при достижении восстановления кишечной проходимости, при этом оптимальная продолжительность функционирования стомы составляет 2–5 месяцев.

Сроки ликвидации кишечных стом определялись с учётом общего состояния пациента, состояния кишечника, а также выраженности метаболических и электролитных нарушений и составляли от 2 до 5 месяцев. Наружные кишечные свищи нередко представляют угрозу для жизни, что делает данную патологию одной из актуальных проблем современной медицины, в том числе детской хирургии. На всех этапах лечения такие больные находятся в состоянии метаболических нарушений, которые, как правило, сопровождаются трофическими расстройствами и энтеральной недостаточностью различной степени выраженности. В связи с этим терапия должна быть направлена на проведение нутритивно-метаболической коррекции, позволяющей минимизировать последствия метаболических нарушений, максимально стабилизировать трофические процессы и достичь улучшения результатов лечения.

Нутритивная терапия у детей с наружными кишечными свищами является одной из наиболее сложных задач детской хирургии. Данная проблема остаётся недостаточно изученной и до конца не решённой, особенно при множественных кишечных свищах [10]. В нашей работе для нутритивного обеспечения применялся 30% раствор лечебной безлактозной смеси компаний

NAN – Nestle или Нутритек, который вводился внутрикшечно капельным способом. В зависимости от количества свищей, их локализации и расстояния между ними подбирались соответствующие методы коррекции.

Выводы. Несформированные тонкокишечные свищи чаще всего возникают у детей после оперативных вмешательств, выполненных по поводу травмы живота, перитонита или кишечной непроходимости спаечной этиологии. Лечение таких пациентов целесообразно осуществлять в специализированных отделениях детской хирургии. Планирование хирургического лечения у пациентов с несформированными и сформированными кишечными свищами требует системного подхода, предполагающего выполнение диагностических процедур, реализацию периоперационного ведения и установление границ оперативного вмешательства с учетом морфологических характеристик свищевого образования.

Литература/References

1. Абдуфатов Т.А., Ибодов Х.И., Рахматов А.И. Диагностика и лечение брюшнотифозных язв тонкой кишки у детей // Детская хирургия. 2008. № 1. – С. 10–13.
2. Атакулов Ж.О., Юсупов Ш.А., Прасенджит Т.С., Фозилжон-зода М. Лечение наружных кишечных свищей у детей // Здравоохранение Таджикистана. 2025;(1):11-16. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2025-364-1-11-16>
3. Гаткин Е.Я., Разумовский А.Ю., Корсунский А.А., Коновалов А.К. и др. Создание межкишечных анастомозов с помощью постоянных магнитов в комплексе хирургического лечения детей с кишечной стомой // Хирургия. 2015, № 5. – С. 45–50.
4. Гисак С.Н., Баранов Д.А., Склярова Е.А. и др. Патоморфоз и возрастные особенности этиопатогенеза перфоративного перитонита у детей // Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. III, №1. С. 44-49.
5. Дегтарев Ю.Г. Осложнения коло- и энтеростомии у детей // Медицинский журнал. Белоруссия. 2015, № 4 (54). С. 143–146.
6. Хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами / А.Г. Кригер, В.А. Кубышкин, С.В. Берелавичус [и др.] // Хирургия. 2015, № 12. – С. 86–95.
7. Duodenal fistula after gastrectomy: Retrospective study of 13 new cases / M. Cornejo, P. Priego, D. Ramos [et al.] // Rev. Esp. Enfermed. Dig. – 2016. – Vol. 108, № 1. – P. 20–26.
8. Gong, K. Diagnosis and treatment of duodenal injury and fistula // K. Gong, S. Guo, K. Wang // Zhonghua Weichang Waike Zazhi. – 2017. – Vol. 20, № 3. – P. 266–269.
9. Белоконев В.И., Федорин А.И. Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью // Вестник Авиценны. 2012;3:30-3.
10. Луфт В.М., Демко А.Е., Кельбетова Б.Р., Батыршин И.М., Фомин Д.В., Лапицкий А.В. и др. Проблемы нутритивно-метаболической терапии пациентов с кишечными свищами // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2025;14(1):155–165.
11. Азизов Б. Дж. Абдуфатов Т.А., Тоиров Д.М., Убайдуллоев В.Р. Особенности диагностики и тактики лечения брюшно-тифозного перитонита у детей // Здравоохранение Таджикистана. 2010, № 2 (305). – С. 66–71.