

# Министерство здравоохранения Республики Беларусь УО «Гомельский государственный медицинский университет»

## Кафедра хирургических болезней №2

**ЛЕКЦИЯ**  
по хирургии  
для студентов 3 курса лечебного факультета  
Тема: « **СВИЩИ. ЯЗВЫ** »

### **СВИЩИ**

**Свищи (фистулы)** – патологические ходы, выстланные грануляционной тканью или эпителием, соединяющие патологический очаг в мягких тканях или костях, полый орган или полость тела с окружающей средой или между собой.

**Возникновение** свищей связано с:

- пороками развития,
- патологическими процессами (воспалительными, опухолевыми),
- травмами,
- операциями.

В зависимости от *этиологического* фактора различают свищи:

- врожденные;
- приобретенные.

По отношению к *окружающей среде*:

- наружные (сообщающиеся с окружающей средой);
- внутренние (не сообщающиеся с окружающей средой).

По *характеру отделяемого* различают свищи:

- слизистые;

- гнойные;
- слюнные;
- молочные;
- желчные;
- каловые;
- мочевые;
- смешанные (например слизисто-гнойные и т.д.).

Свищи обозначают также *по органу*, с патологией которого связано образование свища, например: желудочные свищи, кишечные свищи, бронхиальные, мочеполовые и т.д.

### **Врожденные свищи**

Они являются следствием пороков развития – полного или частичного незаращения эмбриональных протоков и щелей. Они выстланы эпителием. Наиболее распространены срединные и боковые свищи шеи.

**Срединные** свищи шеи чаще связаны с аномалиями развития щитовидной железы и являются результатом нарушения развития щитовидно-язычного протока. В случае полного незаращения образуются срединные свищи (точные по срединной линии на уровне подъязычной кости); при частичном заращении образуются срединные кисты, которые могут нагнаиваться и вскрываться с образованием свищей.

**Боковые** свищи шеи развиваются при нарушении облитерации (заращения) протоков вилочковой железы, из сохранившихся остатков эмбриональных жаберных щелей или в результате вскрытия нагноившейся боковой кисты шеи. Боковые свищи располагаются на боковой поверхности шеи спереди от грудинно-сосцевидной мышцы.

**Пупочные** свищи возникают в результате незаращения эмбрионального пупочно-кишечного хода или незаращения мочевого протока. При полном незаращении пупочно-кишечного хода образуется кишечный свищ между подвздошной кишкой и пупком; при незаращении только наружного конца

хода образуется пупочный слизистый свищ; а при незаращении только внутреннего конца хода образуется дивертикул подвздошной кишки (Меккелев дивертикул). При полном незаращении мочевого протока образуется свищ между мочевым пузырем и пупком; при незаращении наружного конца образуется пупочный слизистый свищ; а при незаращении только внутреннего конца формируется дивертикул мочевого пузыря.

### **Приобретенные свищи**

Они связаны своим происхождением с разнообразными патологическими процессами. Они могут быть наружными и внутренними.

**Наружные свищи:** они образуются в тех случаях, когда инфекционно-воспалительные очаги в мягких тканях, костях, суставах прорываются наружу, образуя наружные свищи (гнойные, желчные и др.), если не происходит полного отхождения некротизированных тканей.

**Внутренние свищи.** Гнойники, прорываясь в окружающие ткани и органы, могут образовывать внутренние свищи:

- между очагами в мягких тканях;
- между очагом в мягких тканях и полым органом (например, параректальный свищ);
- между полым органом и серозной полостью (например, бронхоплевральный свищ);
- между двумя полыми органами – межорганный свищ (например, холецистодуоденальный свищ).

Возникновение свища при опухолевых образованиях объясняется распадом проросшей в соседние органы и ткани злокачественной опухоли.

При травме и операциях образование свища может быть обусловлено непосредственно повреждением полого органа или некрозом его стенки вследствие нарушения кровообращения, возникновением и прорывом гнойного очага наружу, несостоятельностью швов стенки полого органа с расхождением краев раны и т.д.

**По строению** свищи могут быть гранулирующими и эпителизированными. Типичный гранулирующий так называемый трубчатый свищ представляет собой относительно длинный, узкий, извитой, иногда с многими отверстиями ход, имеющий одно внутреннее и одно или несколько наружных отверстий. В стенках свища обнаруживаются перифокальные воспалительные и рубцовые изменения. С патологоанатомической точки зрения подобный свищ является *незавершенным, несформированным*, поскольку стенки его покрыты грануляционной тканью, а не эпителием. Заживлению гранулирующих свищей препятствует механическое воздействие на ткани непрерывного тока отделяемого, разрушающее действие на грануляции химически активных веществ (например, пищеварительных ферментов), разрушение грануляций и угнетение репаративных процессов в тканях, окружающих свищ, микробными токсинами. Большое значение имеет состояние реактивности организма больного. При постоянном повреждении грануляций создаются условия для проникновения микрофлоры в стенки свища и поддержания в них хронического воспаления с образованием в окружающих свищ мягких тканях множества рубцов.

Самостоятельное заживление гранулирующего свища, в отличие от эпителизированного, возможно при устранении патологического очага, стойком прекращении тока содержимого из полого органа (например, из мочевого пузыря при восстановлении проходимости мочеиспускательного канала). Гранулирующий свищ может закрыться также при подавлении, но не полной ликвидации патологического очага, при временном прекращении тока содержимого из полого органа, но в этих случаях малейшее ухудшение течения заболевания приводит к рецидиву свища.

Эпителизированные свищи не имеют выраженного свищевого канала. С патологоанатомической точки зрения они являются *завершенными, сформированными* и самостоятельно не закрываются. Вариантом

эпителизированного свища является губовидный свищ, в котором слизистая оболочка полого органа непосредственно срастается с кожей (по типу губ).

### Клиническая картина

**Наружные свищи** проявляются прежде всего возникновением наружного отверстия свища и выделением из него в различных количествах и различного характера жидкого содержимого. При длительном существовании свища его отделяемое раздражает окружающую кожу, вызывая дерматиты (воспаление кожи). Особенно резкие и болезненные изменения кожи наблюдаются вокруг желудочного свища, свища двенадцатиперстной или тощей кишки в связи с разъедающим действием ферментов пищеварительных соков.

Общее состояние больных с наружными свищами нарушается прежде всего в связи с основным заболеванием, обусловившим появление свища (длительный гнойный процесс, злокачественная опухоль и т.д.). В дальнейшем ухудшение общего состояния может быть связано с обильным истечением через свищ отделяемого. Так, при свище желудка и особенно тощей кишки большая потеря пищеварительных соков, белков, электролитов, воды приводит к резкому нарушению всех видов обмена, кислотно-щелочного равновесия, снижению массы тела; при обильном истечении желчи нарушаются процессы переваривания пищи, свертываемость крови и др.

Наиболее выраженные клинические проявления наблюдаются при ***внутренних межорганных свищах***. Большую опасность представляют такие межорганные свищи, при которых в орган через свищ проникает несвойственное ему содержимое. Так, при бронхопищеводном свище пища, попадающая в бронхи, может вызвать острую асфиксию или аспирационную пневмонию; при кишечно-мочепузырном свище кишечное содержимое, попадая в мочевой пузырь, приводит к развитию воспалительных процессов в органах мочевого выделения и уросепсису.

Клиническое течение свищей осложняется повторным инфицированием окружающих тканей с нередким развитием абсцессов или флегмон.

**Диагноз** наружных свищей обычно не представляет трудностей. Он основывается на характерных жалобах, данных анамнеза, наличии наружного отверстия свища и характерного отделяемого. Для уточнения направления свищевого хода, его длины, ширины, количества и характера ответвлений связи с патологическим очагом применяют зондирование, контрастную рентгенографию (фистулографию). Отделяемое от свища исследуют на присутствие соляной кислоты (при подозрении на желудочный свищ), мочекислых солей (при подозрении на мочевой свищ) и т.д.

Диагностика **внутренних** свищей основывается на клинических и лабораторных данных о нарушениях функций соответствующих органов, а также на данных рентгенологического исследования, фиброэндоскопии.

### Лечение

Лечение определяется формой и стадией образования свища. Оно может быть консервативным, оперативным, но чаще комбинированным. При нарушении общего состояния больного, в ряде случаев резко выраженном. Например, при кишечных, пищеводных и др., назначают парентеральное питание, проводят коррекцию нарушений гомеостаза, дезинтоксикационную, антибактериальную, симптоматическую терапию, что имеет большое, иногда решающее значение.

При *лечении гранулирующих* свищей ликвидацию очага воспаления в глубине тканей осуществляют консервативными методами (антибактериальные средства, физиотерапия и т.д.) и оперативным путем. При оперативном вмешательстве удаляют секвестры кости, мертвые мягкие ткани, инородные тела и др., создают хороший отток отделяемого, минуя свищевой ход. Желчные свищи после восстановления естественного оттока желчи в 12-ти перстную кишку; свищи мочевого пузыря при восстановлении

нормального мочеиспускания заживают самостоятельно. Гранулирующие кишечные свищи обычно закрывают оперативным путем, т.к. их заживлению может препятствовать постоянное инфицирование тканей по ходу свища.

Лечение *эпителизированных* свищей оперативное. Оно состоит в ликвидации патологического очага, обусловившего возникновение свища, и в радикальном иссечении свищевого хода вместе с покрывающим его эпителием.

При *зубовидных* свищах показана только радикальная операция – мобилизация стенок полого органа и зашивание отверстия в нем или резекция части органа.

В лечении наружных свищей особенно важен уход за больными. Всякое отделяемое свища, особенно содержащее пищеварительные ферменты, элементы мочи и др., способствует инфицированию и оказывает раздражающее действие на кожу вплоть до развития тяжелого дерматита. При каждой перевязке, кожу, окружающую свищ, очищают и смазывают стерильным вазелином, синтомициновой эмульсией или пастой Лассара. Необходимо наладить сбор выделений, чтобы они как можно меньше раздражали окружающую кожу (дренирование свищей трубками, калоприемники и т.д.).

### **Искусственные свищи**

Искусственные свищи образуют особую группу свищей, создаваемых преднамеренно оперативным путем с целью восстановления проходимости полого органа, отведения в нужном направлении его содержимого или секрета, а также для обеспечения через него питания организма. Искусственно созданный наружный свищ полого органа принято называть *стомой*; искусственно созданный внутренний межорганный свищ называют *соустьем, анастомозом*, а операции по созданию их – *стомией*. К операциям по созданию стомы относятся: гастростомия, трахеостомия, колостомия, пиелостомия, холецистостомия, энтеростомия и др. К

операциям для образования анастомоза относятся: гастроэнтеростомия, холецистоэнтеростомия и т.д.

В зависимости от показаний создают временные стомы с расчетом на возможность самостоятельного их последующего зарращения (по миновании необходимости в них) и постоянные – необходимые в течение длительного времени (в таких случаях формируют губовидный свищ, подшивая слизистую оболочку органа к коже). При формировании анастомоза создают эпителизированный свищ, сшивая друг с другом слизистые оболочки обоих органов.

## **ЯЗВЫ**

**Язва (ulcus)** – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей, процессы заживления которого, т.е. развитие грануляционной ткани и эпителизации, как правило, нарушены или существенно замедлены.

**Факторы**, вызывающие образование язв крайне разнообразны. Условно они могут быть разделены на оказывающие *местное повреждающее действие* (экзогенные и эндогенные); и *общие*, чаще всего нейротрофические расстройства. Нередко появление язвы обусловлено сочетанным воздействием тех и других факторов. Примером таких язв являются пролежни, в возникновении которых основную роль играют глубокие трофические нарушения в организме.

**Прямое** повреждающее действие различных факторов и агентов (экзогенные факторы) обуславливает развитие язв при термических повреждениях (ожоги, отморожения), лучевых повреждениях, в результате воздействия различных химических веществ – кислот, едких щелочей и др.

**Эндогенные причины** разнообразны. Трофические язвенные процессы нередко осложняют течение заболеваний, связанных с хроническими нарушениями кровообращения в различных участках тела (облитерирующие поражения артерий конечностей, тромбофлебиты и т.д.), сахарного диабета. Язвенные поражения различной локализации наблюдаются при инфекционных болезнях (например при брюшном тифе, дизентерии,

туберкулезе, сибирской язве и др.), при воспалительных гнойных и аллергических заболеваниях.

Возникновение язвенных дефектов на слизистой оболочке желудка и 12-ти перстной кишки является основным морфологическим проявлением язвенной болезни, а также наблюдается нередко при различных, преимущественно хронических нарушениях кровообращения (так называемые гипоксические язвы); при длительном, часто бесконтрольном применении некоторых лекарственных средств. Нередко язвы образуются в результате распада опухолевой ткани.

**Макроскопически** язвы могут иметь различные размеры, форму и глубину. Оценка этих признаков наряду с тщательным исследованием краев и дна язвы имеет существенное значение в распознавании причин возникновения язвенного процесса.

**Острые** язвы обычно неглубокие, имеют, как правило, округлую или овальную форму с невозвышающимися над уровнем кожи или слизистой оболочки краями. Микроскопически острая язва характеризуется главным образом альтеративными и экссудативными изменениями тканей, образующих ее дно. Заживление таких язв происходит путем эпителизации, без образования грубых рубцов.

**Хроническая** язва может иметь самую разнообразную, порой неправильную и причудливую форму. Края хронической язвы приподняты, плотные, иногда оmozолелые (каллезная язва). Некротические изменения тканей в области дна такой язвы бывают выражены при обострении воспалительного процесса и протекают на фоне фиброза и склероза окружающих тканей. Заживление хронической язвы может сопровождаться образованием грубых деформирующих рубцов, значение которых для организма определяется локализацией поражения. Например, к тяжелым последствиям приводит рубцевание хронической язвы пилорической части желудка, завершающееся развитием **стеноза** (сужением) привратника.

Тяжелыми осложнениями язв желудочно-кишечного тракта являются *прободение*, т.е. образование сквозного отверстия в стенке полого органа, ведущее к развитию перитонита; *пенетрация*, т.е. проникновение язвы в соседние органы. Вовлечение в патологический процесс сосудов в области дна язвы с их аррозией является причиной *кровотечений*. Патологическая регенерация слизистой оболочки в краях хронической язвы может явиться причиной *малигнизации*, т.е. приобретение клетками нормальной или патологически измененной ткани свойств злокачественной опухоли.

**Радикальное лечение** язв направлено на устранение причин, вызвавших их, т.к. в противном случае возможно рецидивирование язв. Применяются консервативные и оперативные методы лечения.

Применяют так же местное лечение, направленное на скорейшую эпителизацию язвенного дефекта. Лечение зависит от вида и локализации язвы.