А.Ф. Черноусов
Т.В. Хоробрых

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

практическая медицина

А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

практическая медицина
Москва • 2016

УДК 617-089(035)
ББК 54.5
Ч-49

Черноусов А.Ф.
Ч-49 Консервативное лечение несформированных свищей пищеварительного тракта / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых. — М.: Практическая медицина, 2016. — 112 с.

ISBN 978-5-98811-334-8

Книга посвящена опыту консервативного лечения несформированных кишечных свищей с применением фибринового клея.

Лечение несформированных кишечных свищей остается одной из самых актуальных и драматичных проблем современной хирургии. В последние годы отмечается увеличение количества подобных больных, поскольку помимо классических причин образования несформированных кишечных свищей, связанных с несостоятельностью кишечных анастомозов, ранением кишечной стенки, несвоевременным оперативным пособием и техническими погрешностями при его выполнении, существенную лепту вносит группа больных в тяжелом состоянии, выживаемость которых 10–20 лет назад была низкой.

Фибриновый клей как мощный стимулятор репарации открывает новые перспективы в лечении данной патологии, позволяет существенно ускорить заживление ран передней брюшной стенки без использования обтуратора и нередко добиться консервативного закрытия свищей без оперативного отключения области свища.

Для оперирующих хирургов.

УДК 617-089(035)
ББК 54.5

ISBN 978-5-98811-334-8

© Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., 2016
© практическая медицина, оформление, 2016

Оглавление

Введение 5

1 Современные тенденции в лечении больных с несформированными свищами пищеварительной трубки 7

1.1. Определение понятия «несформированный свищ» 7

1.2. Этиология свищей 8

1.3. Классификация несформированных свищей 9

1.4. Традиционные подходы к лечению больных с несформированными свищами 10

1.5. Основные проблемы консервативной терапии в лечении больных с несформированными свищами 18

1.6. Перспективы использования клеевых субстанций в лечении больных с несформированными свищами 20

2 Получение фибринового клея и изучение его биологических свойств в эксперименте 24

2.1. Вариант фибринового клея, полученный на основе криопреципитации 24

2.2. Изучение биологических свойств фибринового клея в эксперименте 30

2.3. Оценка надежности гемостаза 31

2.4. Изучение динамики репаративных процессов в области травматического повреждения печени в эксперименте 32

2.5. Исследование характера процессов воспаления и антимикробной защиты в области травматического повреждения печени в эксперименте 40

2.6. Изучение динамики репаративных процессов в области толсто-толстокишечного анастомоза в условиях экспериментального перитонита 44

2.7. Оценка динамики местных и системных воспалительных процессов у животных после формирования толсто-толстокишечного анастомоза в условиях экспериментального перитонита 50

3 Применение фибринового клея у больных с различными типами несформированных свищей 56

3.1. Консервативное закрытие несформированных свищей I типа 63

3.2. Консервативное закрытие несформированных свищей II типа 66

3.3. Консервативное закрытие свищей III типа 68

3.4. Консервативное закрытие свищей IV типа 71

3.5. Неудачи консервативного закрытия кишечных свищей 74

3.6. Сравнительные результаты лечения больных с несформированными кишечными свищами 76

3.7. Характер изменений иммунного статуса у больных с несформированными кишечными свищами 82

3.8. Характеристика иммунного статуса у больных группы наблюдения до начала специфического лечения несформированных свищей 84

3.9. Изменения иммунного статуса у больных с несформированными свищами в ходе лечения с использованием препаратов фибринового клея 86

3.10. Динамика изменения иммунобиологических параметров у больных группы сравнения 89

4 Роль фибринового клея в комплексной консервативной терапии панкреатических свищей 91

5 Лечение цистобилиарных свищей 95

Заключение 102

Литература 105

Введение

Лечение больных с несформированными кишечными свищами остается одной из самых актуальных и драматичных проблем в современной хирургии. В последние годы отмечается увеличение количества подобных больных, поскольку помимо классических причин образования несформированных кишечных свищей, связанных с несостоятельностью кишечных анастомозов, ранением кишечной стенки, несвоевременным оперативным пособием и техническими погрешностями при его выполнении, свою существенную лепту вносит тяжелая группа больных, выживаемость которых 10–20 лет назад была низка. К ней относятся больные с панкреонекрозом, в лечении которых все шире используются малоинвазивные методы, и распространенным перитонитом, где все больше находят применение различные способы открытого ведения [Ванцян Э.Н., 1990; Каншин Н.Н., 1999; Белоконев В.И., 2000; Богданов А.В., 2001; Левчик Е.Ю., 2004; Рудин Э.П., Ермолов А.С., 2004].

Несформированный кишечный свищ — это гнойная рана (сквозной дефект) стенки кишки, включая несостоятельность кишечных швов, при отсутствии сформированного кишечного хода [Каншин Н.Н., 1999]. Подобные свищи могут открываться как в свободную брюшную полость, так и в гнойную рану брюшной стенки или в забрюшинную клетчатку с последующим развитием флегмоны. Летальность при несформированных кишечных свищах колеблется в пределах от 50 до 90 % [Чухриенко Д.П., Белый И.С., 1975; Атаманов В.А., 1985]. Попытки раннего радикального оперативного лечения несформированных кишечных свищей приводят к успешному результату весьма редко. Подобная тактика сопровождается высокими показателями летальности [Атаманов В.А., 1985; Каншин Н.Н., 1999]. В то же время ранние нерадикальные вмешательства способны спасти многих подобных больных. Основной задачей является прекращение доступа кишечного содержимого к зоне кишечного свища. Однако выполнение подобных операций нередко сопряжено с существенными техническими трудностями и длительным тяжелым послеоперационным периодом, требующим значительных усилий, направленных на борьбу с нарушениями водного, электролитного, белкового обменов с использованием инфузионной терапии, многокомпонентного энтерального и парентерального питания.

Известные на сегодня попытки купирования гнойно-деструктивных процессов в ране связаны с использованием мазевых повязок, временной обтурацией свища и применением активно-аспирационной системы. Однако эти способы не всегда бывают эффективными. Так, использование обтуратора всегда приводит к увеличению размеров дефекта кишечной стенки [Каншин Н.Н., 1999], а применение не-

специфических стимуляторов репарации без внесения в рану регуляторов роста оказывается практически неэффективным.

В настоящий момент наилучшие результаты в лечении больных с несформированными кишечными свищами дает методика Н.Н. Каншина, основанная на активно-аспирационной системе в сочетании с ранними нерадикальными операциями, направленными на выключение свища. Основные проблемы при лечении подобных больных связанны с трудно корригируемыми потерями химуса и тяжелой деструкцией тканей брюшной стенки в области свища. По данным авторов, летальность у больных с несформированными кишечными свищами с использованием функционирующей активно-аспирационной системы близка к 20 %.

Фибриновый клей, как мощный стимулятор репарации, открывает новые перспективы в лечении больных с данным заболеванием, позволяет существенно ускорить заживление ран передней брюшной стенки без использования обтуратора и нередко добиться консервативного закрытия свищей без оперативного отключения области свища. Эта книга посвящена опыту консервативного лечения несформированных кишечных свищей с применением фибринового клея как стимулятора тканевой регенерации, способного привести к консервативному закрытию свища за счет грануляционного вала тканей свищевого хода.

1 Современные тенденции в лечении больных с несформированными свищами пищеварительной трубки

Проблема лечения больных с несформированными кишечными свищами остается не только актуальной, но и одной из самых сложных в современной хирургии, требующей максимальной мобилизации сил всего медицинского персонала стационара и значительных материальных затрат [Вицин Б.А., 1950; Богницкая Т.Н., 1977; Scher K.S. и соавт., 1982; Вицин Б.А. и соавт., 1983; Basu S. и соавт., 1995; Быстрицкий А.Л. и соавт., 1998; Левчик Е.Ю. и соавт., 1999; Белоконев В.И. и соавт., 2000; Горский В.А., 2001; Хоробрых Т.В. и соавт., 2002; Базаев А.В. и соавт., 2004; Горский В.А. и соавт., 2004; Гостищев В.К. и соавт., 2004; Левчик Е.Ю., 2004; Шуркалин Б.К. и соавт., 2004; Белоконев В.И. и соавт., 2005; Богданов А.В., 2005].

На настоящий момент, несмотря на совершенствование оперативных вмешательств и внедрение новых хирургических технологий, число больных с кишечными свищами не уменьшается, результаты их лечения остаются неудовлетворительными [Каншин Н.Н., 1999; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Богданов А.В., 2001; Yoshida H. и соавт., 2001; Багдасарова Е.А. и соавт., 2004; Каншин Н.Н. и соавт., 2004]. Летальность при несформированных кишечных свищах, по разным данным, колеблется от 20 до 71,7 %, достигая при высоких тонкокишечных свищах 82–90 % [Егиев В.Н., 1995; Basu S. и соавт., 1995; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Егиев В.Н. и соавт., 2002; Kanellos I. и соавт., 2004; Абакумов М.М. и соавт., 2006].

1.1. Определение понятия «несформированный свищ»

Понятие «несформированный кишечный свищ» впервые введено Б.А. Вициным и Е.М. Благитко [Вицин Б.А. и соавт., 1983]. К несформированным свищам авторы относили такие морфологические формы, «...когда имеется гнойная рана, в которую изливается кишечное содержимое через дефект кишечной стенки, и, в особых случаях, отсутствуют отграничивающие сращения кишечных петель, несущих свищ, от свободной брюшной полости. С краев такой раны из глубины выделяется гнойный секрет, смешанный с кишечным содержимым, а иногда и с непереваренной пищей» [Вицин Б.А., 1950; Колченогов П.Д., 1957, 1964; Sgouris J.T.,

1973; Богницкая Т.Н., 1977; Ванцян Э.Н., 1990; Hwang T.L., 1996; Богданов А.В., 2001].

В последующем это определение было уточнено Н.Н. Каншиным, который высказал мнение, что «...несформированный кишечный свищ — это гнойная рана (сквозной дефект) стенки кишки, включая несостоятельность кишечных швов, при отсутствии сформированного свищевого хода» [Вицин Б.А., 1950; Вицин Б.А. и соавт., 1983; Каншин Н.Н., 1999; Каншин Н.Н. и соавт., 2004].

1.2. Этиология свищей

Причины возникновения несформированных свищей пищеварительного тракта в течение длительного времени остаются неизменными и могут быть обусловлены наличием в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного очага, вызванного либо воспалительным процессом в кишечной стенке, либо нарушением в ней кровообращения [Богницкая Т.Н., 1977; Атаманов В.В., 1985; Ванцян Э.Н., 1990; Каншин Н.Н., 1999; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Богданов А.В., 2001; Базаев А.В. и соавт., 2004; Каншин Н.Н. и соавт., 2004].

Вторая категория причин возникновения несформированных кишечных свищей вызвана тактическими и техническими ошибками при выполнении оперативных вмешательств, а также осложненным течением раннего послеоперационного периода [Богницкая Т.Н., 1977; Быстрицкий А.Л. и соавт., 1998; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Богданов А.В., 2001; Гринев М.В. и соавт., 2001].

К наиболее распространенным причинам относятся: удаление червеобразного отростка или желчного пузыря из плотного инфильтрата; неадекватная санация и дренирование брюшной полости; неправильная оценка жизнеспособности кишки и неправильный объем резекции; неоправданно длительное нахождение в брюшной полости тампонов и дренажей; ранение или десерозирование кишки; технические ошибки при формировании анастомозов [Атаманов В.В., 1985; Каншин Н.Н., 1999; Богданов А.В., 2001; Каншин Н.Н. и соавт., 2004].

Следует отметить, что количество больных с несформированными свищами различных отделов желудочно-кишечного тракта остается неизменным на протяжении нескольких десятилетий, несмотря на увеличение числа малоинвазивных оперативных вмешательств, широкое применение в хирургической практике различного типа сшивающих и компрессионных бесшовных аппаратов [Атаманов В.В., 1985; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Хоробрых Т.В. и соавт., 2002; Шайн М., 2003; Левчик Е.Ю., 2004; Абакумов М.М. и соавт., 2006; Черноусов А.Ф. и соавт., 2007].

Помимо классических причин образования несформированных свищей, относительно новой причиной в последние годы являются осложнения открытого метода ведения больных с распространенным перитонитом. Десять-двадцать

лет назад выживаемость данных пациентов была весьма низкой. Это больные с распространенным перитонитом, в лечении которых используется методика лапаростомии с программируемыми санациями. Данный способ лечения больных с распространенным перитонитом, по мнению многих авторов, обладает рядом преимуществ по сравнению с закрытыми методами лечения [Бабаджанов Б.Р., 2002; Хоробрых Т.В. и соавт., 2002; Багдасарова Е.А. и соавт., 2004], однако повторная хирургическая «агрессия» на фоне тяжелого состояния весьма опасна в связи с возможным возникновением кишечных фистул [Каншин Н.Н., 1999; Бабаджанов Б.Р. и соавт., 2002; Багдасарова Е.А. и соавт., 2004; Хоробрых Т.В. и соавт., 2002, Каншин Н.Н. и соавт., 2004]. У больных с распространенным панкреонекрозом, у которых сформирована оментобурсостома и применяются программируемые санации «по требованию», также могут возникать несформированные кишечные свищи.

1.3. Классификация несформированных свищей

Разработка классификации несформированных свищей шла параллельно совершенствованию способов хирургического лечения данной категории больных. Так, еще в 1823 г. И.Ф. Буш различал свищи низких и высоких отделов кишечника и высказывал мнение, что «...чем выше он находится у кишечного канала, тем хуже для больного». В дальнейшем в усовершенствовании классификации кишечных фистул принимали участие и другие авторы: D.D. Goetz, М.Г. Черняховский, И.И. Греков, В.А. Опель, L. Mcdonald и др. [Колченогов П.Д., 1957, 1964; Атаманов В.В., 1985; Каншин Н.Н., 1999; Каншин Н.Н. и соавт., 2004; Белоконев В.И. и соавт., 2005].

В рассматриваемой литературе можно встретить ряд различных классификаций свищей пищеварительного тракта. Прежде всего, необходимо упомянуть классификацию П.Д. Колченогова 1964 г., в которой свищи систематизированы по этиологическим и морфологическим признакам, а также по локализации, пассажу кишечного содержимого и характеру выделяемого экскрета. Данная классификация представляется довольно громоздкой и излишне сложной, а поэтому мало применимой в практической работе [Богницкая Т.Н., 1977; Атаманов В.В., 1985; Антонов А.Н., 1993; Белоконев В.И. и соавт., 2000, 2005; Богданов А.В., 2001; Хоробрых Т.В. и соавт., 2002]. Помимо этиологических и морфологических характеристик свища, важное место занимает объем потерь кишечного содержимого, в частности, имеет место деление свищей на активно и умеренно функционирующие. Следует отметить, что включение в классификацию такого понятия, как «степень сформированности», является необходимым, поскольку это оказывает существенное влияние на выбор лечебной тактики, в частности, предопределяет ответ на вопрос о выборе сроков хирургического вмешательства.

Научно-практическое издание

Александр Федорович **Черноусов**
Татьяна Витальевна **Хоробрых**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Главный редактор канд. мед. наук *Д.Д. Проценко*
Редактор *И.Р. Балдано*
Корректор *И.Ф. Козлова*
Макет, верстка *К.И. Двинина*

Подписано в печать 22.09.2015
Формат 60 × 90/16 Объем 3,5 п. л. / 6,43 а. л.
Гарнитура Adonis
Бумага офсетная
Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

Издательский дом «Практическая медицина».
115446, Москва, Каширское ш., 23, стр. 5.
Тел. +7 (495) 981-91-03; +7 (499) 324-93-29
e-mail: medprint@mail.ru — редакция,
opt@medprint.ru — реализация.

WWW.MEDPRINT.RU

Отпечатано в

ISBN 978-5-98811-334-8

9 785988 113348 >