



УДК 616.34-089.84

В.А. ГОРСКИЙ¹, М.А. АГАПОВ¹, А.Е. КЛИМОВ², С.С. АНДРЕЕВ²¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1²Российский университет дружбы народов, 117198, г. Москва, ул. Миклухо–Маклая, д. 6

Проблема состоятельности кишечного шва

Горский Виктор Александрович — доктор медицинских наук, профессор, и.о. заведующего кафедрой хирургии медико-биологического факультета, тел. +7-903-218-81-81, e-mail: gorviks@yandex.ru**Агапов Михаил Андреевич** — доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии медико-биологического факультета, тел. +7-916-365-79-20, e-mail: getinfo911@mail.ru**Климов Алексей Евгеньевич** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, тел. +7-916-622-06-51, e-mail: klimov.pfu@mail.ru**Андреев Сергей Сергеевич** — ассистент кафедры факультетской хирургии, тел. +7-903-530-30-77, e-mail: asmxav@yandex.ru

В статье представлены экспериментальные и клинические результаты исследования метода укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией. Показано, что субстанция позволяет усилить механическую прочность и ускорить репаративные процессы области анастомозов, профилируя их несостоятельность. Применение данного метода в клинике оправдано при перитоните и кишечной непроходимости.

Ключевые слова: кишечный шов, несостоятельность, фибрин-коллагеновая субстанция (ФКС).

V.A. GORSKIY¹, M.A. AGAPOV¹, A.E. KLIMOV², S.S. ANDREEV²¹Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, 1 Ostrovityanov St., Moscow, Russian Federation, 117997²Peoples' Friendship University of Russia, 6 Miklukho–Maklay St., Moscow, Russian Federation, 117198

The problem of consistency of intestinal seam

Gorskiy V.A. — D. Med. Sc., Professor, Deputy Head of the Department of Surgery of Medicobiologic Faculty, tel. +7-903-218-81-81, e-mail: gorviks@yandex.ru**Agapov M.A.** — Assistant at the Department of Surgery, tel. +7-916-365-79-20, e-mail: getinfo911@mail.ru**Klimov A.E.** — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, tel. +7-916-622-06-51, e-mail: klimov.pfu@mail.ru**Andreev S.S.** — Assistant of the Department of Faculty Surgery, tel. +7-903-530-30-77, e-mail: asmxav@yandex.ru

The article presents the results of experimental and clinical research of the method of strengthening the intestinal sutures with fibrin-collagen substance. It is demonstrated that the substance allows enhancing mechanical strength and accelerating the repair processes of the area of anastomoses when making a prophylaxis of their disability. Use of this method in clinic is justified in case of peritonitis and intestinal obstruction.

Key words: intestinal suture, insolvency, fibrin-collagen substance (FCS).

Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является проблема профилактики и оперативного лечения больных с несостоятельностью кишечных швов. Данное осложнение наблюдается в 2-3,5% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), в 3-9% при операциях на тонкой и в 5-25% случаев при операциях на толстой кишке [1-4]. Вероятность несостоятельности увеличивается при формировании анастомозов в условиях измененной кишечной стенки при перитоните и кишечной непроходимости. Высокий процент несостоятельности швов после вмешательств на толстой

кишке связывают с анатомо-физиологическими особенностями строения, характером и вирулентностью населяющей ее микрофлоры. Следует признать, что создание оптимальных условий для заживления кишечных швов является основным резервом улучшения результатов при хирургическом вмешательстве на органах желудочно-кишечного тракта [5, 6].

Целостность хирургических швов зависит от ряда причин как со стороны анастомозируемых органов, так и от внеорганных изменений. Можно выделить 3 группы причин, влияющих на нарушение целостности хирургических швов:

1) состояние и патоморфологические процессы, происходящие в ушиваемых или анастомозируемых органах;

2) неблагоприятные факторы, при которых эти швы накладываются, или неблагоприятные факторы, возникающие в послеоперационном периоде;

3) технические особенности наложения швов.

Первая группа причин, безусловно, является определяющей, т.к. жизнеспособность стенки органа в первую очередь влияет на состоятельность швов кишки и анастомозов. К ним относятся: активное воспаление тканей; технические погрешности в виде чрезмерной мобилизации стенки органа и грубого наложения швов; внутрстеночное и общее нарушение кровообращения; повышение внутрикишечного давления; гипопроотеинемия; локальное инфицирование.

В экспериментальных работах [7], посвященных изучению заживления анастомозов, была показана важная роль коллагена при формировании соустья. Так, в первые дни после хирургического вмешательства происходит массивный лизис коллагена в зоне анастомоза, а процесс его синтеза угнетены. Поэтому «коллагеновое равновесие» имеет решающее значение для сохранения целостности и герметичности кишечного шва. Инфицирование же зоны шва приводит к существенному усилению процесса лизиса коллагена и несостоятельности.

Считается, что в зоне анастомоза происходят два диаметрально противоположных процесса. Первый, определяемый механической прочностью шва и имеющий максимум в момент наложения, зависит в большей мере от рядности наложенных швов. В последующие сутки механическая прочность и герметичность неуклонно падают, достигая максимума снижения этих свойств на 4–7-е сутки. Этот вид прочности шва достигает максимума к 10–12-м суткам. Второй процесс — это биологическая прочность шва, которая и определяется процессами коллагеногенеза. Лизис коллагена достигает максимума также к 4–7-м суткам. Сочетание этих двух факторов и таит в себе угрозу несостоятельности шва.

Еще одним немаловажным фактором, снижающим прочность желудочных и кишечных соустьев, является инфицирование самой зоны анастомозируемых тканей [5, 8, 9]. Инфицирование возникает в результате контакта шовных каналов и шовного материала (лигатурное инфицирование) с просветом органа и его содержимым, что обуславливает проникновение микрофлоры в толщу сшитых тканей с последующим развитием в них воспалительных и некротических процессов. В зоне наложенного анастомоза на ранних сроках, всегда имеются благоприятные условия для развития микрофлоры — наличие ишемии, питательная среда в виде остатков крови, изменение pH, окислительно-восстановительных потенциалов. Поэтому инфицирование зоны анастомоза является закономерным процессом и зависит от вида кишечного шва и концентрации микробов в просвете органа.

Нельзя сбрасывать со счета и проблему шовного материала. При лигатурном шве по шовным каналам происходит просачивание кишечного содержимого, и проникновение инфекции в толщу соустья с возможным образованием микроабсцессов. Данные, полученные в клинике академика В.К. Гостищева (2002), позволили выявить воспалительную реакцию тканей на шовные лигатуры независимо от вида и характера материала [5]. Вокруг нитей выявляли участки некроза, лейкоцитарную инфильтрацию,

кровоизлияния. Лигатуры, даже из рассасываемого материала, через 2–3 недели изолировались по типу инородных тел. Авторы выявили закономерность, что такой процесс происходит всегда и с любым типом шовного материала в условиях асептического воспаления. Однако эти условия во многом способствуют увеличению возможности появления гнойно-некротических процессов. Так, в присутствии лигатуры вирулентность микрофлоры усиливается в 1000 раз и более.

На основании экспериментальных исследований А.А. Запорожца [10, 11] введено понятие «биологическая герметичность» кишечного шва. Было доказано, что в первые дни после операции на желудке и кишечнике брюшная полость инфицируется миллионами кишечных микробов, проникающих в нее из просвета оперированных органов через физический герметичный шов. По данным автора микробная проницаемость кишечного шва достигает максимума на 2–3-и сутки после операции, и чем она значительней, тем чаще возникает послеоперационный перитонит.

Временная биологическая проницаемость соустьев может привести к образованию порочного круга. Проницаемость хирургического шва для микрофлоры приводит к инфицированию брюшной полости и развитию перитонита. В свою очередь парез кишечника, который сопровождает перитонит, также способствует развитию несостоятельности швов.

Перитонит, существующий в брюшной полости в момент наложения кишечного шва, в значительной мере влияет на заживление стенки органа. При этом избыточное образование биологически активных веществ ведет к стойкому нарушению микроциркуляции в стенке кишки, а присоединившееся угнетение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта с перенаполнением его просвета жидким и газообразным содержимым усугубляет нарушение кровообращения в кишечной стенке. Все это происходит на фоне дестабилизации реологических свойств крови, инфицированных, воспалительно-измененных тканей, что создает неблагоприятные условия для заживления ушитой раны стенки полого органа и ведет к деструкции слизистой и подслизистого слоя.

Технические особенности наложения шва волнуют хирургов не одно столетие. Написано колоссальное количество трудов, посвященное различным типам хирургического шва, их особенностям, преимуществам и недостаткам. Этот вопрос столь многопланов и неоднозначен, а его обсуждение не входит в рамки статьи.

С нашей точки зрения, существенному уменьшению несостоятельности кишечного шва могут способствовать применение прецизионной техники и дополнительное укрепление его биологическими материалами. Технические аспекты наложения кишечного шва мы не рассматриваем в данном сообщении, а считаем необходимым сконцентрировать внимание на методиках дополнительного укрепления швов и анастомозов.

Проблема биологической негерметичности кишечных швов и возникновение осложнений заставило хирургов разрабатывать различные методики по укреплению линии соединения сшиваемых органов. Для этой цели используется большой сальник, лоскут париетальной брюшины, аутодермальный имплантат и консервированные аллотрансплантаты, твердая мозговая оболочка, а также различные полимерные пленки и биологические клеи [12, 13].



Большой сальник, обладая хорошо развитой системой кровеносных сосудов и высокими репаративными способностями, оказался очень удобным для защиты суостей полых органов от несостоятельности. Ряд авторов используют как изолированный или неизолированный сальник, так и различные его комбинации с другими биологическими и синтетическими материалами. Однако анализ экспериментальных и клинических данных показывает, что сальник не только не препятствует возникновению недостаточности швов, а может подвергаться в последующем полной дегенерации и замещаться грубой волокнистой соединительной тканью, что чревато стенозированием соустья [14-16]. Другие биологические методы не нашли широкого применения из-за сложности, а иногда и опасности выполнения.

В 70-80-е годы прошлого столетия широко использовались цианокрилатные клеи. Первоначально благоприятные отзывы были отмечены в эксперименте при резекциях желудка и тонкой кишки, когда подкрепляли однорядно наложенные швы цианокрилатом или заменяли ручной шов клеевым. Однако в последнем случае наблюдался местный некроз на 2-3-и сутки, а выраженная воспалительная реакция ослабевала лишь к концу 1-й недели. Высокий риск несостоятельности клеевого соединения не позволил экспериментаторам внедрить метод в клиническую практику. Проведенные гистоморфологические исследования показали, что подкрепление внутреннего ряда швов цианокрилатным клеем не только не приводит к усилению герметичности анастомоза, но даже ослабляет его при сравнении с контрольным шовным анастомозом из-за инфильтрации и очагового некроза слизистой оболочки [17].

Другой клеевой субстанцией, используемой для герметизации кишечного шва, является биологический адгезив на основе фибрина. В его состав входит фибриноген, тромбин, ингибитор фибринолиза апротинин и ионы кальция. При нанесении смеси на раневую поверхность образуется фибриновая пленка, которая быстро уплотняется.

Хорошие результаты получены в клинике при формировании однорядных ручных и механических толстокишечных анастомозов с укреплением линии швов фибриновым клеем. При этом отмечено, что гистосовместимость адгезива положительно влияет на скорость репаративных процессов, позволяет уменьшить количество швов соустья, снижая тем самым угрозу ишемии.

Наряду с хорошей адгезией были выявлены существенные недостатки фибринового клея. В первую очередь, это большая трудоемкость приготовления действующего раствора непосредственно перед наложением. Длительность приготовления делает пригодными его лишь для плановой ситуации. Каждый субстрат двухкомпонентного клея должен накладываться один за другим или оба компонента перед аппликацией перемешиваются, что усложняет применение таких субстанций в лапароскопической хирургии. Кроме того, в месте нанесения клея отмечается возникновение спаечного процесса. К общему недостатку клеевых композиций, выпускаемых в виде многокомпонентных жидкостей, является их быстрая полимеризация, затрудняющая применение и усложняющая оперативную технику [18].

Вышеуказанных недостатков лишена комбинированная фибрин-коллагеновая субстанция (ФКС) «ТахоКомб», состоящая из коллагена, фибриногена, тромбина [19]. При контакте с раневой по-

верхностью содержащиеся в покрывающем коллаген слое факторы свертывания высвобождаются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин, который обеспечивает гемостатический и адгезивный эффект. Коллагеновая пластина при этом служит хорошим защитным слоем, не пропускающим жидкость и воздух.

В клинике ФКС с успехом используется для достижения гемостаза при хирургических вмешательствах на паренхиматозных органах. Помимо гемостатического эффекта ФКС обладает хорошей адгезией к ткани, что делает его весьма перспективным для укрепления кишечного шва.

Нами впервые было проведено экспериментальное исследование по укреплению кишечных швов препаратом ФКС (1996-2002), результаты которого внедрены в клиническую практику [20, 21]. Настоящая статья резюмирует результаты многолетней поисковой работы. При этом, учитывая практическую направленность издания, мы облекли изложение в более простую и понятную читателям форму, избежав многочисленных научных выкладок.

Материал и метод

Пластические свойства ФКС по укреплению швов и анастомозов исследовали в остром и хроническом эксперименте на 54 беспородных собаках. Швы накладывали на предварительно выполненные раны желудка, тонкой и толстой кишки без и в условиях экспериментального перитонита.

Сравнительную механическую прочность анастомозов исследовали в остром и хроническом эксперименте методом определения давления разрыва анастомоза. В опытной группе линию кишечных швов циркулярно укрывали пластиной ФКС шириной 2 см, предварительно смоченной в физиологическом растворе. Давления разрыва анастомоза изучали через 5, 10, 30 и 60 минут после аппликации препарата, сравнивая показания с контрольными тонкокишечными анастомозами. В хроническом эксперименте механическую прочность межкишечного анастомоза изучали на 1-е, 3-и, 7-е и 14-е сутки после операции.

Микробную обсемененность укрепленных и контрольных анастомозов исследовали в 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода методом отпечатков.

Особенности заживления укрепленных суостей изучали в хроническом эксперименте. Визуальный контроль и взятие материала для морфологического исследования осуществляли на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е и 30-е сутки после наложения анастомозов.

В клинике ФКС был использован для укрепления кишечных швов при высоком риске их несостоятельности у 182 больных. При этом препарат наносится в один слой. Конфигурация пластины должна моделировать линию шва с захождением краев препарата на серозный покров не менее чем на 2 см. Перед аппликацией препарат необходимо смочить, кратковременно (1-2 сек.) поместив в раствор антибиотика широкого спектра действия, который предполагается использовать в послеоперационном периоде парентерально. Фиксация осуществляется смоченным в том же растворе марлевым тампоном в течение 5 минут. Удалять тампон необходимо с осторожностью, обязательно от края к центру, придерживая соответствующий край инструментом.

При аппликации препарата на анастомозы следует соблюдать следующие условия: анастомозы, наложенные конец в конец или конец в бок укрываются полностью с захватом части брыжейки кишки на



2 см; при наложении боковых соустьев укрепляется не только передняя и задняя губа анастомоза, но в обязательном порядке и ушитая культия приводящей петли, т.к. она, как правило, является слабым местом анастомоза; культию отводящей петли можно не укреплять; аппликацию препарата необходимо проводить в последнюю очередь перед зашиванием раны передней брюшной стенки. В противном случае во время проведения санации брюшной полости пластина препарата может быть случайно сдвинута или оторвана при манипуляциях.

Результаты

В результате эксперимента выяснили, что ФКС увеличивает механическую прочность швов в 1,5-3 раза, снижая микробную обсемененность зоны дополнительно закрытого анастомоза в 16 раз. Кроме того был установлен выраженный эффект стимуляции репаративных процессов — нанесение ФКС способствовало более быстрой регенерации кишечной стенки. Так, эпителизация зоны опытных анастомозов начиналась уже к 3-м суткам, а появление железистого аппарата в слизистой оболочке наблюдалось к 7-м суткам, тогда как у контрольных животных эти процессы происходили в значительно более поздние сроки.

В клинике пластические свойства биполимера ФКС использовали в прогностически неблагоприятных условиях при традиционных и лапароскопических операциях у 182 больных. При перфоративной гастродуоденальной язве у 49 больных, при наличии выраженного перифокального воспаления вокруг зоны перфорации, при традиционной и лапароскопической операции производили однорядное ушивание перфоративного отверстия с нанесением поверх шва биполимера ФКС. Осложнений не наблюдали. При эндоскопическом контроле грубых деформаций в зоне ушивания не было. Язвенные дефекты при проведении противоязвенной терапии заживали быстрее (к 14-м суткам), что, вероятно, было связано с активацией местных репаративных процессов.

В 17 случаях технически тяжелых резекций желудка у больных со стенозом привратника и атипичным укрытием культи ДПК при применении ФКС, импрегнированной антибактериальным препаратом, нам удалось избежать несостоятельности шва.

Одним из вариантов является также профилактика желчеистечения при операциях на билиарном тракте путем нанесения ФКС на швы холедоха, билиодигестивные соустья. Эффективность методики подтверждена у 45 больных. В настоящее исследование включены 14 больных, которым проводили укрепление терминальных билиодигестивных соустьев. Несостоятельности анастомозов и подтекания желчи не наблюдали.

Укрепление швов и анастомозов при операциях на тонкой и толстой кишке при перитоните и кишечной непроходимости проведено у 99 пациентов. В этой группе преобладали больные, которым были

выполнены резекция (42 пациента) и ушивание дефектов (12 пациентов) тонкой кишки. При этом несостоятельность шва отмечена у 1 больного при лапароскопическом ушивании раны тонкой кишки.

Резекцию несостоятельных анастомозов с наложением повторных межкишечных соустьев в условиях распространенного перитонита произвели у 6 пациентов. Осложнений не было.

Правостороннюю гемиколэктомию (20 больных) с наложением илеотрансверзоанастомоза и укреплением ФКС выполняли по поводу опухолей правой половины ободочной кишки, осложненных перфорацией с распространенным перитонитом либо кишечной непроходимостью. В 1 случае поводом для проведения подобной операции послужило острое нарушение мезентериального кровообращения с развитием некроза участка тонкой и правой половины ободочной кишки.

Ушивание дефектов толстой кишки произвели у 6 больных. У 1 пациента выполнена резекция купола слепой кишки по поводу перфорации в зоне основания червеобразного отростка и выраженного тифлита. У 2 больных — субтотальная колэктомия при обтурирующих опухолях сигмовидной кишки с кишечной непроходимостью. При операциях на толстой кишке все укрепленные швы и анастомозы оказались состоятельными.

Попытки укрепления несостоятельных швов и анастомозов предприняты нами в 9 случаях. Во всех наблюдениях они носили вынужденный характер вследствие невозможности экстраперитонизации кишечных петель с несостоятельным анастомозом. В 7 случаях аппликации биполимера ФКС на ушитые дефекты межкишечных соустьев повторной несостоятельности не произошло. В 1 случае укрепления повторных швов на несостоятельной культе ДПК образовался дуоденальный свищ, который довольно быстро закрылся самостоятельно. Эти клинические наблюдения, безусловно, не могут рассцениваться как попытка внедрения новой лечебной тактики при несостоятельности хирургического шва. Однако использование методики укрепления биполимером несостоятельного соустья в отдельных экстраординарных ситуациях, при невозможности выполнения других вмешательств, в ряде случаев оправдано.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что ФКС не только усиливает механическую прочность, но и ускоряет репаративные процессы за счет стимуляции ангиогенеза, тем самым предотвращая несостоятельность швов кишки и анастомозов. Применение ФКС в пластических целях обосновано в сложных, нетипичных ситуациях. Наиболее целесообразным является использование препарата в неблагоприятных условиях — перитонит, кишечная непроходимость, выраженные воспалительно-инфильтративные изменения органов и тканей. В подобных случаях аппликацией ФКС можно предупредить развитие несостоятельности кишечных швов и снизить риск оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., Бекетов Г.И. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов // Вестник хирургии. — 2002. — № 4. — С. 25-28.
2. Гостищев В.К., Дибиров М.Д., Хачатрян Н.Н., Евсеев М.А., Омельковский В.В. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии // Хирургия. — 2011. — № 10. — С. 56-60.
3. Biondo S., Pares D., Creisltr E. et al. Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left-sided colonic emergencies // Dis Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48. — 2272-2280.

4. Branagan G., Finnis D. Prognosis after anastomotic leak in colorectal surgery // Dis Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48. — 1021-1076.
5. Егоров В.И., Турусов Р.А., Счастливцев И.В., Баранов А.О. Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. — М.: Видар-М, 2002. — 190 с.
6. Мрих О.В. Профилактика и лечение несостоятельности кишечных анастомозов с использованием биоэксплантатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2000. — 22 с.
7. Hesp W., Hendriks T., Schillngs P. et al. Histological features of wound repair: a comparison between experimental ileal and colonic anastomoses // Br. J. Exp. Path. — 1985. — Vol. 66. — P. 511- 518.



8. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. — М.: МИА, 2006. — 445 с.
9. Нартайлаков М.А. Клинико-экспериментальное обоснование целесообразности применения шовно-клеевого способа в хирургии кишечника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1989. — 95 с.
10. Запорожец А.А. Роль биологической негерметичности кишечного шва в развитии послеоперационного перитонита // Тезисы докладов объединенного пленума научных обществ хирургов и травматологов-ортопедов Белоруссии. — Минск, 1976. — С. 41-42.
11. Шотт А.В., Запорожец А.А., Клинецвич В.Ю. Кишечный шов. — Минск: Беларусь, 1983. — 160 с.
12. Кутуков В.В. Оперативные способы профилактики несостоятельности швов на органах желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 38 с.
13. Мохов Е.М., Бредихин Е.И. Укрепление толстокишечных анастомозов демуколизированным трансплантатом тонкой кишки // Вестник хирургии. — 1990. — № 6. — С. 115-117.
14. Дамбаев Г.Ц., Соловьев М.И. Пластика перфоративных отверстий желудка и двенадцатиперстной кишки (экспериментальное исследование) // Хирургия. — 1995. — № 2. — С. 51-53.
15. Jones S.A., Steman R.A. Management of chronic infected perforation by the serosal patch technic // Amer. J. Surg. — 1969. — Vol. 5. — P. 731-734.
16. Kimura H. et al. Strangulation ileus resulting from encasement of a loop of the small intestine by the great omentum caused by abnormal adhesion // J. of Gastroenterology. — 1996. — Vol. 31, No. 5. — P. 711-716.
17. Истомин Н.П., Ратов В.Г. Шовно-клеевое цианокрилатное соединение (критический опыт) // Сборник научн. работ «Проблемы неотложной хирургии». — М., 1998. — С. 33.
18. Parker J.S., Brown D., Hill P.F. Fibrinogen-impregnated collagen as a combined hemostatic agent and antibiotic delivery system in a porcine model of splenic trauma // Eur J Surg. — 1999. — Vol. 165. — P. 609-614.
19. Carbon R.T. et al. Tissue management with fleece-bound sealing: materials, science, and clinical implementation // Materials of the 6th World Congress of Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis. — 2004, 2-6 March.
20. Горский В.А. Использование фибрин-коллагеновых пластин в абдоминальной хирургии // Вестник хирургии. — 2001. — № 2. — С. 77-81.
21. Горский В.А., Шуркалин Б.К., Леоненко И.В. Применение Тахокомба в абдоминальной хирургии. — М.: Атмосфера, 2003. — 168 с.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

АППЕНДИЦИТ НЕ ВСЕГДА ПОВОД ДЛЯ ОПЕРАЦИИ

В США аппендэктомия — самая частая неотложная хирургическая операция. Ее выполняют во всех случаях аппендицита. Однако недавнее исследование показывает, что оперировать больного нужно не всегда.

С 19-го в. в медицине утвердилось представление, что, если не удалить воспаленный аппендикс, он лопнет и вызовет опасные для жизни осложнения — перитонит или абсцесс. Но, по данным исследования, результаты которого опубликованы в журнале «Архивы хирургии» (Archives of Surgery), аппендицит с перфорацией и аппендицит без нее — два разных заболевания. Иными словами, перфорация воспаленного отростка происходит не всегда, независимо от того, как много времени прошло от начала заболевания.

«Не думаю, что эта болезнь так уж прозрачна, как мы считали, — говорит руководитель исследования д-р Edward Livingston, главный врач отделения хирургии в гастроэнтерологии и эндокринологии Юго-Западного медицинского центра при Техасском Университете. — По крайней мере, наши знания о ней явно нуждаются в пересмотре».

Причина аппендицита неизвестна, но результаты исследования д-ра Livingston позволяют предположить, что неперфорирующее воспаление червеобразного отростка вызывается вирусами. На эту же мысль наводят сообщения о возникающих время от времени вспышках аппендицита.

Изучив данные о выписке больных с 1970 по 2006 г., авторы исследования обнаружили, что ежегодная заболеваемость неперфорирующим аппендицитом растет и снижается параллельно волнам заболеваемости гриппом. Но речи о том, что вирусы гриппа вызывают аппендицит, не идет, поскольку пик заболеваемости гриппом приходится на зимние месяцы, а аппендицит чаще встречается летом.

По мнению «приглашенного критика», Ребекка Бритт из Медицинской школы Восточной Виргинии в Норфолке (США), вирусные заболевания дыхательных путей, в том числе грипп, могут «подготавливать» иммунную систему к вторжению другого, еще неизвестного, вируса, который и вызывает аппендицит.

Существует теория, пишут д-р Livingston и его коллеги, согласно которой вирус разрушает слизистую аппендикса, делая ее уязвимой к заселению бактериями, в результате чего и развивается аппендицит. Ряд исследований свидетельствует, что аппендицит можно вылечить антибиотиками, которые были еще недоступны более 100 лет назад, когда была проведена первая аппендэктомия.

Следующим этапом д-р Livingston планирует провести исследование, в ходе которого больным будут назначать антибиотики, а оперировать только в том случае, если улучшение не наступит в течение 12–24 часов.

Источник: Solvay-pharma.ru