

УДК 616.342 – 007.253 – 0898

ББК 54.574.653

Г.П. ПРОХОРОВ, А.Н. ВОЛКОВ, Н.А. МИЗУРОВ, Г.Н. КРАСНОВ

### РЕДКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НЕСФОРМИРОВАВШИМИСЯ КИШЕЧНЫМИ СВИЦАМИ

**Ключевые слова:** множественные несформировавшиеся кишечные свищи (НКС), хирургическая тактика, консервативное и хирургическое лечение, obturation.

Представлены результаты лечения 18 больных с множественными несформировавшимися кишечными свищами. Успешное лечение больных с множественными НКС проведено у 9 пациентов путем применения метода obturation по методике авторов. У одного больного с множественными НКС правой половины толстой кишки произведена операция на «выключение» с последующей правосторонней гемиколэктомией. Летальные исходы были у 8 больных с множественными НКС, которым проведено традиционное консервативное лечение, включая коррекцию нарушений водно-электролитного и белкового баланса и аспирационного метода отведения кишечного отделяемого из гнойных ран.

**G. PROKHOROV, A. VOLKOV, N. MIZUROV, G. KRASNOV  
THE RARE OBSERVATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE  
UNFORMED INTESTINAL FISTULAS**

**Key words:** multiple unformed intestinal fistulas, surgical tactics, conservative and surgical treatment, obturation.

Describes results of treatment 18 patients with multiple unformed intestinal fistulas (MUIF). Successful treatment of patients with MUIF performed in 9 patients by applying the method of obturation according to the authors procedure. One patient with MUIF right half the large intestine operated in a «shutdown» followed by right hemicolectomy. Fatal outcomes have been 8 patients who underwent MUIF with traditional conservative treatment, including the correction of violations of water-electrolyte and protein balance and the method of diversion of intestinal secretions of septic wounds.

Несмотря на значительный прогресс абдоминальной хирургии, лечение множественных кишечных свищей все еще продолжает оставаться актуальной проблемой. Об этом свидетельствует высокий уровень летальности при этой патологии, а также то, что в литературе встречаются лишь единичные сообщения об успешных исходах лечения больных с множественными кишечными свищами [3, 7–9]. Как известно, наружным кишечным свищом называется соединение просвета кишки с передней брюшной стенкой или кожей. В 1983 г. Б.А. Вицыным и Е.М. Благитко [2] впервые было дано понятие – «несформированные кишечные свищи» (НКС) – при них дефект стенки кишки открывается в обширную рану или полость.

Задержка кишечного содержимого в ране приводит к интоксикации, гнойным затекам и, как следствие, – септическим осложнениям. Существенные потери кишечного содержимого, а вместе с ним электролитов и ферментов, быстро приводят к нарушению гомеостаза. Выделяют так называемые высокие НКС, локализующиеся на двенадцатиперстной и тощей кишке, низкие НКС, локализующиеся на уровне терминального отдела подвздошной кишки и дистальнее. Множественные НКС по локализации бывают на одной петле кишечника, на разных петлях одного отдела кишечника, на разных отделах кишечника.

**Цель исследования** – оптимизация хирургического лечения больных с множественными несформировавшимися кишечными свищами.

**Материалы и методы исследования.** В клинике факультетской хирургии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» в период с 1994 г. по 2014 г. находились на лечении 18 больных (мужчин – 10, женщин – 8) в возрасте от 46 до 71 года (средний возраст – 53 года) с множественными кишечными свищами. В основном это были больные, оперированные

в хирургических отделениях центральных районных больниц и доставленные в БУ «РКБ» МЗ и СР Чувашской Республики для дальнейшего лечения в связи с возникшими послеоперационными кишечными свищами. В зависимости от причины возникновения свищей пациенты были распределены следующим образом: спаечная острая кишечная непроходимость (ОКН) – 8 (44,4%); острый аппендицит – 2 (11,2%); ущемленные грыжи – 3 (16,6%); огнестрельные ранения органов брюшной полости – 1 (5,6%); закрытая травма живота – 3 (16,6%); рак желудка – 1 (5,6%). По локализации множественные кишечные свищи распределились следующим образом: сочетание несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и несостоятельности гастроэнтероанастомоза – 1; сочетание высокого тонкокишечного НКС с толстокишечными свищами – 8; множественные высокие тонкокишечные НКС на протяжении – 7; множественные свищи правой половины толстой кишки – 1; сочетание несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и несостоятельности трансверзо-трансверзоанастомоза после резекции желудка по поводу злокачественного новообразования – 1.

У 8 (44,4%) больных с множественными НКС наблюдалось сочетание высокой тонкокишечной НКС с низкими НКС («провалившиеся» илеостомы и цекостомы). При этом лечение в первую очередь было направлено на устранение потерь кишечного содержимого, коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений. Эта задача достигалась разработанной на кафедре авторской методикой лечения кишечных свищей путем обтурации НКС Т-образными резиновыми обтураторами с дополнительной герметизацией модифицированным полиуретановым клеем КЛ-3 [4–6].

В одном случае у больного со множественными свищами правой половины толстой кишки проведена операция на «выключение» – наложен илеотрансверзоанастомоз.

Противопоказанием для обтурации НКС авторы считали неразрешенную спаечную кишечную непроходимость (по результатам пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту). В этих случаях у 8 больных (44,4%), включая случаи множественных тонкокишечных свищей на протяжении, вынужденно проводилось традиционное консервативное лечение (инфузионно-трансфузионная терапия, парентеральное питание, перевязки и аспирация кишечного содержимого из гнойных ран).

**Результаты исследования и их обсуждение.** У всех 8 (44,4%) больных с множественными НКС (сочетание высокого тонкокишечного НКС с низким НКС), которым проведена обтурация высоких тонкокишечных НКС, наступило заживление свищей (НКС сформировались, а затем самостоятельно закрылись), низкие кишечные свищи ликвидированы оперативным путем. Им выполнены операции: правосторонняя гемиколэктомия – 4; резекция подвздошной кишки – 4 (из них двоим удалось выполнить эту операцию с сохранением слепой кишки и формированием цекотрансверзоанастомоза). Метод обтурации оказался успешным у пациента с одновременной несостоятельностью культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза (после резекции желудка по поводу профузного язвенного кровотечения) – произошло самостоятельное закрытие свищей. Лечение потребовало длительного времени. У больного с «выключенными» множественными толстокишечными НКС образовались «слизистые» свищи. Он был в дальнейшем оперирован с благоприятным исходом (лапаротомия с правосторонней гемиколэктомией).

У 7 больных (38,9%) с множественными тонкокишечными НКС на протяжении (свищи образовались после операций по поводу спаечной кишечной непроходимости), которым проведено традиционное консервативное лечение, наступил летальный исход. Неблагоприятный исход зафиксирован также

у больного с множественными НКС, возникшими после комбинированной резекции желудка по поводу злокачественного новообразования.

В доступной литературе имеются разноречивые мнения об эффективности метода обтурации при множественных НКС [1, 6, 7, 9, 10]. По нашему мнению, применение обтурации при множественных НКС показано при сочетании высокого одиночного тонкокишечного несформировавшегося свища с низкими НКС. По нашим наблюдениям, у этих больных доминировала клиника высокого тонкокишечного НКС с потерей кишечного содержимого до 1,5–5 л за сутки, выделения из низких НКС были в небольшом количестве (до 50–100 мл в сутки). Быстро нарастали симптомы обезвоживания, истощения и интоксикации. После обтурации выделения из высоких НКС прекращались, что давало возможность нормализовать показатели гомеостаза. Следует отметить, что при успешной обтурации высоких тонкокишечных свищей выделения кишечного содержимого из нижерасположенных НКС («провалившиеся» илеостомы и цекостомы) увеличивались до 500–800 мл в сутки, эти низкие свищи ликвидированы оперативным путем.

Наглядно видна низкая эффективность традиционного консервативного метода лечения множественных НКС, обуславливающего высокую летальность. Мы считаем, что в случаях множественных НКС тонкой кишки на протяжении при неликвидированной спаечной непроходимости консервативное лечение бесперспективно, шансы на благоприятный исход в таких случаях может дать только оперативный метод лечения.

**Выводы.** 1. Разработанная в клинике методика лечения НКС в виде обтурации Т-образным обтуратором и дополнительной пломбировкой медицинским клеем КП-3 с улучшенными свойствами является эффективной. Она также может применяться в случаях множественных НКС (сочетание высокого НКС тонкой кишки с низкими НКС).

2. Противопоказанием к применению обтурации при НКС следует считать неустраненную спаечную кишечную непроходимость.

3. Лечение больных с множественными НКС на фоне злокачественного процесса неперспективно из-за основного заболевания.

### Литература

1. Андреев Г.И., Логачев В.К. Несформировавшиеся кишечные свищи, расположенные на эвентрированных петлях. Нестандартные ситуации – стандартные решения // Шпитальна хірургія. 2013. № 1. С. 92–94.
2. Вицын Б.А., Благодатко Е.М. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. Новосибирск: Наука, 1983. 142 с.
3. Панкреонекроз, осложненный множественными кишечными свищами / А.В. Базеев, В.А. Овчинников, А.Г. Захаров и др. // Вестник хирургии. 2005. № 5. С. 94–95.
4. Пат. на полезную модель № 61537. РФ, МПК А61В 17/00 (2006.01). Устройство для лечения кишечных свищей / Прохоров Г.П., патентообладатель Прохоров Г.П. № 2006131532/22; заявл. 01.09.2006 г.; опубл. 10.03.2007 г., Бюл. № 7. 1 с.
5. Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф. Лечение несформировавшихся кишечных свищей // Казанский медицинский журнал. 2010. № 2. С. 213–215.
6. Прохоров Г.П., Федоров Н.Ф., Волков А.Н. Комбинированный метод обтурации высоких несформированных свищей // Казанский медицинский журнал. 2002. № 6. С. 251–253.
7. Успешное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами / М.Ш. Хубутия, А.В. Жиганов, Е.Ю. Шибеев и др. // Хирургия. 2012. № 3. С. 74–76.
8. Успешное лечение больной с множественными кишечными свищами / Г.В. Динерман, В.Н. Бордуновский, М.А. Дрожжилов и др. // Хирургия. 2003. № 11. С. 44–45.
9. Успешное лечение больной с множественными кишечными свищами, осложненными внутрикишечной миграцией обтурирующего устройства / А.В. Базеев, С.В. Петров, И.А. Галанин и др. // Хирургия. 2006. № 2. С. 61–62.
10. Хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей / А.Г. Кригер, А.А. Звягин, Королев С.В. и др. // Хирургия. 2011. № 7. С. 4–13.

---

**ПРОХОРОВ ГЕННАДИЙ ПЕТРОВИЧ** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (prohorovg@mail.ru).

**PROKHOROV GENNADY** – candidate of medical sciences, associate professor of Surgery Faculty Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

**ВОЛКОВ АНАТОЛИЙ НИКАНДРОВИЧ** – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары.

**VOLKOV ANATOLY** – doctor of medical sciences, professor of Surgery Faculty Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

**МИЗУРОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВИЧ** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (nik.mizurov@mail.ru).

**MIZUROV NIKOLAY** – candidate of medical sciences, associate professor of Surgery Faculty Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

**КРАСНОВ ГЕРАСИМ НИКОЛАЕВИЧ** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (gera\_krasnov@mail.ru).

**KRASNOV GERASIM** – candidate of medical sciences, associate professor of Surgery Faculty Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

---

УДК 591.236.2-091:599.323.4  
ББК Е 623.362.423\*694.6\*725.3

Л.П. РОМАНОВА

## **МОРФОГЕНЕЗ ЗАЖИВЛЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ У 18-ДНЕВНЫХ КРЫСЯТ НА ФОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

*Ключевые слова:* 18-дневные крысята, печень, механическая травма, биологически активные вещества «Трепел» и «Сувар».

*После механической травмы печени у 18-дневных крысят комплексное включение биологически активных веществ «Трепел» и «Сувар» в рацион животных снижает уровень дистрофических и некробиотических изменений в сохранившихся гепатоцитах, подавляет реактивно-воспалительные изменения вокруг очага травмы, замедляет появление среди клеточного инфильтрата фибробластов, в значительной степени блокирует развитие соединительного рубца на месте погибшей ткани печени. Следствием этого является то, что участок соединительной ткани, развивающейся на месте травмы, значительно меньше по размерам, чем участок соединительной ткани, возникающий у контрольных животных.*

L. ROMANOVA

### **MORPHOGENESIS OF MECHANICAL LIVER INJURY HEALING IN 18-DAYS-OLD RATS ON THE BACKGROUND OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES IMPACT**

*Key words:* 18-days-old rats, liver, mechanical injury, biologically active substances «Trepel» and «Suvar».

*After mechanical liver injury in 18-days-old old rats the complex inclusion of biologically active substances «Trepel» and «Suvar» into the diet of animals reduces the level of dystrophic and necrobiotic of change in remaining hepatocytes, suppresses reactive inflammatory changes around the focus of injury, inhibits the appearance of fibroblasts in infiltrating cells, largely blocks the development of connective scar in place of the casualty liver tissue. The consequence of this is that the connective tissue portion that develops on the injury site is significantlly smaller in dimensions than the connective tissue portion that develops in control animals.*

Несмотря на значительные успехи в области гепатологии, лечение заболеваний и травм печени продолжает оставаться недостаточно эффективным. Исторически в подходах к терапии патологии печени прослеживаются две кардинальные точки зрения. Усилия одних исследователей были направлены преимущественно на ликвидацию «воспалительной» инфильтрации и изменений в строении органа, которые, по их мнению, являются основными причинами развития последующего склероза органа [6]. В основе другой точки зрения лежит представление о первичности и ведущей роли поражения паренхимы печени.