

ческой стопы. Наряду с лимфостимуляцией эффективность восстановления нарушенных функций организма можно усилить, повышая функции иммунокомпетентных клеток. Одним из подходов является использование лимфоцитов пациента, активированных лейкинфероном.

Для оценки эффективности разработанных технологий было проведено клиническое исследование, заключающееся в анализе 20 больных с трофическими язвами на фоне сахарного диабета.

Пациентам проводились инъекции собственных лимфоцитов, активированных лейкинфероном, в параульцерозные ткани по периферии раны из 4-х точек. Приготовление и модуляция лимфоцитов на сепараторе клеток крови AS-TEC 204 фирмы «Fresenius». Полученные аутолимфоциты экспонировали в течение 1 часа с 20 мг лейкинферона при температуре 24 – 26 °С. Инъекции проводились во вторую и третью фазу раневого процесса. Местная клеточная терапия дополнялась лимфотропными инъекциями в область ахиллова сухожилия, ориентирами служила проекция периферических нервов *n. tibialis* и *n. suralis* на голени. Объем лекарственной смеси составлял 4 – 5 мл состав комплексной, лекарственной смеси входило: 4 мл 10% раствора анекаина, 25 мг химопсина, 80 мг актовегина, 0,5 мл прозерина.

У пациентов проводилось исследование динамики раневого процесса и цитологический метод изучения мазков-отпечатков язв. Скорость уменьшения трофической язвы в среднем составила  $5,14 \pm 0,24$  % в сутки. При исследовании мазков-отпечатков ран на 21 день лечения было получено  $82,3 \pm 7,3$  % цитограмм регенераторного типа.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что применение сочетанной лимфостимуляци и клеточной терапии является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения больных с трофическими язвами на фоне сахарного диабета.

**В.Г. Дубянский, А.Н. Жариков, И.Б. Комлева**

## **ОПЕРАЦИИ «ОТЧАЯНИЯ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА**

**ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)  
ГУЗ «Краевая клиническая больница» (г. Барнаул)**

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Несмотря на все достижения современной хирургии, возникновение несостоятельности межкишечного анастомоза и кишечного свища на фоне перитонита нередко фатально заканчивается для больного. Резекция тонкой кишки с несостоятельным анастомозом и наложение нового соустья в условиях инфицированной брюшной полости может осложняться новой несостоятельностью. В этой ситуации были предложены различные варианты хирургического лечения: разъединение (или резекция) анастомоза с выведением концов кишки на переднюю брюшную стенку, применение отсроченного анастомозирования после купирования перитонита, отключение зоны анастомоза путем выведения концевой (или петлевой) энтеростомы. Вопрос о показаниях и противопоказаниях к такого рода операциям нельзя считать доказательно решенным. Однако, в случаях с несостоятельностью энтеро-энтероанастомоза, наложенного ранее по поводу острой кишечной непроходимости, повторные операции, направленные на зашивание соустья на фоне перитонита являются бесперспективными. В литературе имеются лишь единичные сообщения об операциях наложения еюнотрансверзоанастомоза, в том числе даже при весьма коротком отрезке тощей кишки.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 34 больных. По классификации Е.Г. Григорьева (1996) это были лица с несформированными тонкокишечными свищами (НТКС) на фоне послеоперационного распространенного перитонита.

Большинство пациентов – 20 ( $58,8 \pm 3,95$  %) находились в возрасте от 20 до 60 лет. Средний возраст составил  $42,9 \pm 1,52$  года. Мужчин было 23 ( $67,6 \pm 5,19$  %). Женщины составляли соответственно меньшую часть – 11 ( $32,4 \pm 5,19$  %) больных. Наибольшее количество больных с несформированными тонкокишечными свищами (17) вывезены в специализированный центр после операций в районах края по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. У 10 ( $38,2 \pm 4,8$  %) пациентов кишечные свищи явились следствием различных травм органов брюшной полости. Среди непосредственных причин образования кишечных свищей отмечены следующие: несостоятельность швов тонкой кишки после ушивания дефектов стенки у 19 больных и несостоятельность межкишечного соустья у 15 больных. Из 34 больных, первично оперированных в ЦРБ, у 23 были выполнены повторные оперативные вмешательства в районных больницах. Из этого количества, у 10 пациентов рела-

паротомии производились по 2 раза, а 4 больных повторно оперированы трижды. Все они были доставлены транспортом санитарной авиации из районных больниц в специализированный центр на базе Краевой клинической больницы.

Всем больным в экстренном порядке предпринята резекция кишечной петли с несостоятельным энтеро-энтероанастомозом или несостоятельностью швов дефектов тонкой кишки с формированием илеотрансверзоанастомоза (ИТА) или еюнотрансверзоанастомоза (ЕТА).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Использованные операции оказывали влияние на время восстановления пассажа по кишечнику (по срокам появления стула) в раннем послеоперационном периоде. Восстановление естественного пассажа по кишечнику к 3 суткам послеоперационного периода отмечалось уже у 27 (79,4 %) больных, а на 5 сутки у 32 (95 %) больных. У 2 пациентов (1,2 %) пассаж по кишечнику зарегистрирован лишь на 8 – 10 сутки.

Поскольку при наложении ЕТА кишечный пассаж осуществлялся по сокращенному пути при выключении части тонкой кишки, изучение компенсаторных сдвигов со стороны моторики кишечника и всасывания представляется особенно важным. Этим пациентам в послеоперационном периоде выполнено рентгенологическое обследование. При проведении энтерографии установлено, что к моменту выписки при рентгенологическом обследовании отмечено достоверное увеличение времени прохождения контраста через еюнотрансверзоанастомоз до  $4,8 \pm 0,61$  часов ( $p < 0,01$ ), увеличение длительности нахождения его в отключенных правых отделах ободочной кишки до  $15,7 \pm 1,67$  часов ( $p < 0,05$ ), увеличение времени заполнения всей ободочной кишки до  $8,9 \pm 1,28$  часов ( $p < 0,05$ ). Компенсаторное расширение тонкой кишки увеличилось до  $5,7 \pm 0,25$  см.

Применение энтеротрансверзоанастомоза у 34 больных, вследствие выключения значительной части тонкой кишки, не могло не отразиться на частоте и характере стула. На 3 сутки послеоперационного периода уже у 20 больных появляется частый жидкий стул, из них до 4 раз в сутки у 12 больных. На 5 сутки у 32 больных стул регистрируется до 4 – 6 раз в сутки. В целях улучшения пищеварения больным назначался лечебный комплекс, включающий: высококалорийную диету, ферментную терапию. По истечении 20 суток у половины больных стул становится более оформленным, с частотой до 2 – 3 раз в сутки. При выписке у большинства больных (88,9 %) стул кашицеобразный, частота его снизилась до 2 до 3 раз в сутки, однако у 11 % пациентов частота стула сохранялась до 5 – 6 раз в сутки.

Из 34 больных с несформированными тонкокишечными свищами на фоне распространенного перитонита, в лечении которых использовалась методика энтеротрансверзоанастомоза, летальных исходов не было.

#### ВЫВОДЫ

1. Применение операций с использованием еюно- и илеотрансверзоанастомоза предотвращает фатальные исходы у тяжелых больных с несформированными тонкокишечными свищами на фоне послеоперационного распространенного перитонита.

2. Формирование компенсаторно-приспособительных механизмов моторики тонкой кишки, связанных с задержкой продвижения химуса в тонкой и правой половине ободочной кишки, способствует сохранению естественных процессов переваривания и снижению проявлений синдрома мальабсорбции.

**Ю.И. Макаренко, А.П. Арапко, А.И. Фроюк, Я.О. Дубровская**

### ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)**

В настоящее время наблюдается рост заболеваемости сахарным диабетом, в некоторых странах его удельный вес в структуре заболеваний достигает 6 %. Каждый второй больной сахарным диабетом подвергается хирургическому вмешательству, при этом каждый четвертый из них — по поводу гнойно-некротического осложнения.

Особенности течения и лечения гнойно-некротических процессов при синдроме диабетической стопы были положены в основу анализа 128 историй болезни больных с этой патологией. Среди этих больных — женщин было 92 (71,8 %), мужчин — 36 (28,9 %) в возрасте от 40 до 70 лет. Большинство больных было старше 60 лет (86 человек). У 102 больных была тяжелая форма течения (гли-