

составила 92,3%, если третьим методом была ирригоскопия, и 93,8%, если применялась фиброколоноскопия. То, что наиболее высокой цифра чувствительности оказалась при использовании одного метода, объясняется тем, что при получении однозначного результата первого примененного метода другие исследования не назначались.

По мере накопления опыта и анализа полученных данных в учреждении был усовершенствован диагностический алгоритм, в результате чего большинство пациентов после 2004 г. стали обследоваться с использованием одного-двух методов. Так, если в 1999–2003 гг. три метода исследования применены у 37,0% больных, то в 2004–2007 гг. это потребовалось лишь в 11,4% случаев, при этом качество диагностики не снизилось, а время обследования было существенно сокращено. Оптимизация диагностического алгоритма наряду с совершенствованием хирургической тактики явилась фактором, позволившим снизить летальность при осложненном РОК. Данный показатель составил 27,5% в 1999–2003 гг. и 17,6% в 2004–2008 гг. ($p < 0,01$).

Актуальность проблемы лечения больных с осложненным раком ободочной кишки в хирургических отделениях многопрофильного стационара связана с высокими показателями летальности, послеоперационных осложнений, среднего койко-дня.

Таким образом, знание особенностей клинических проявлений различных осложнений рака ободочной кишки позволяет выбрать оптимальную схему инструментального обследования пациента, причем применение одного-двух простых и доступных мето-

дов обследования почти в 90% случаев оказывается достаточным для принятия правильного тактического решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С. А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестник хирургии. – 1998. – № 4. – С. 34–39.
2. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2008 г. // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21. Прил. 1 к № 2. – С. 52–86.
3. Курбонов К. М., Кандаков О. К. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза // Колопроктология. – 2006. – № 1. – С. 27–32.
4. Мартынюк В. В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг) // Практическая онкология. – 2000. – № 1. – С. 3–9.
5. Маскин С. С., Старовидченко А. И., Кирсанов А. М. и др. Причины послеоперационной летальности при толстокишечной непроходимости // Материалы Первой международной конференции по торакоабдоминальной хирургии. – М., 2008. – С. 29.
6. Nestorovik M., Pecic V., Stanojevic G., et al. Emergency surgery caused by colorectal cancer // 6-th International EFR Congress Vienna, Austria. – 2009. – Abstract, p. 6.
7. Piccinni G., Angrisano A., Testini M., Martino Bonomo G. Definitive palliation for neoplastic colonic obstruction using enteral stents: Personal case-series with literature review // World j. gastroenterol. – 2004. – Vol. 10. – P. 758–764.

Поступила 14.02.2013

М. Г. СУЛИМОВ, С. В. АВАКИМЯН, С. С. ШНЕЙВАЙС

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. (861) 2524371. E-mail: sulimmr@rambler.ru*

В статье представлены виды оперативного и консервативного лечения и исходы у 38 больных с панкреонекрозом, прошедших лечение в трех экстренных хирургических отделениях Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, за 5 лет.

Ключевые слова: панкреонекроз, свищи желудочно-кишечного тракта, оперативное лечение, исходы.

M. G. SULIMOV, S. V. AVAKIMYAN, S. S. SHNEYVAYS

TO THE QUESTION TREATMENT OF FISTULAS OF THE GASTROENTERIC PATH AT NECROTIZING PANCREATITIS

*Department of hospital surgery of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. (861) 2524371. E-mail: sulimmr@rambler.ru*

The paper presents the types of operative and conservative treatment and outcomes in 38 patients with necrotizing pancreatitis treated in three emergency surgical departments of the Krasnodar city clinical emergency hospital for five years.

Key words: necrotizing pancreatitis, fistulas of the gastroenteric path, operative treatment, outcomes.

Введение

На протяжении многих лет поджелудочная железа остается одной из сложных проблем для хирургов всего мира, в связи с тем что операции на этом органе, несмотря на достигнутые успехи, продолжают давать высокий процент летальности, а среди большого числа осложнений после таких операций ведущее место занимают крайне тяжело протекающие панкреатические свищи. Вместе с тем острый панкреатит является распространенным хирургическим заболеванием органов брюшной полости, и частота его неуклонно возрастает, составляя от 16% до 20% всей неотложной абдоминальной патологии [3]. При этом у 20% больных развиваются тяжелые формы панкреонекроза [4, 6, 7].

Одним из наиболее тяжелых осложнений панкреонекроза являются свищи желудочно-кишечного тракта, возникающие у 6–20% больных [1, 5].

В отечественной и зарубежной литературе, как правило, приводятся единичные описания панкреатических свищей. Однако описание лишь отдельных клинических примеров лечения больных с подобным видом свищей не может считаться свидетельством их редкости.

При развитии свища на фоне деструктивного панкреатита действуют взаимооттягивающие факторы, ухудшающие течение заболевания. Эти закономерности оказывают влияние на процессы диагностики и лечения больных с панкреонекрозом, осложненным свищами желудочно-кишечного тракта, эффективность которых требует дальнейшего осмысления и анализа.

Цель исследования – выбор наиболее рациональных методов лечения кишечных свищей при панкреонекрозе.

Материалы и методы

В исследование включены 336 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении в трех экстренных хирургических отделениях Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи с 2006 по 2011 г.

Из 336 больных с панкреонекрозом у 38 (11,3%) течение заболевания осложнилось образованием свищей желудочно-кишечного тракта. Среди них мужчин было 27 человек, женщин – 11. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Средний возраст составил $46,2 \pm 3,9$ года ($p < 0,05$).

Методы исследования: ретроспективный, выкопировки (историй болезни, протоколов операций, протоколов вскрытия).

Диагностика свищей основывалась на анамнестических данных, клинической картине, объективном исследовании (осмотр, пальпация, пальцевое исследование), инструментальных: рентгенографических (обзорная рентгенография, фистулография, ирригография), УЗИ органов брюшной полости, гастродуоденоскопии, ЭКГ, компьютерной томографии. Лабораторные исследования включали общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, амиллаза, фракции билирубина, мочевины, креатинин, фибриноген, электролиты).

Перечисленные методы исследования позволяют воспроизвести алгоритм оказания медицинской помощи, который имеет лишь незначительные отклонения в различных лечебных учреждениях.

Результаты и обсуждение

Обобщен опыт клинического обследования и лечения кишечных свищей на фоне панкреонекроза.

Выбор метода лечения свищей зависел от его формы, локализации осложнений.

Из всех 38 больных со свищами, образованными при панкреонекрозе, проводилось консервативное лечение у 26 (68,42%) и оперативное лечение – у 12 (31,58%) пациентов.

Из 12 оперированных больных у 4 пациентов свищи локализовались на задней стенке желудка. Из них у 3 больных причиной образования свищей послужили воздействие ферментов поджелудочной железы и гнойно-некротический процесс сальниковой сумки. Выполнены резекция желудка, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов анастомоза у всех трех больных, что потребовало выполнить релапаротомию и ререзекцию. Смерть больных наступила из-за прогрессирования основного заболевания. У одного больного желудочный свищ образовался в результате ятрогении при выполнении лапароскопического дренирования сальниковой сумки. Выполнены иссечения дефекта, ушивание свища и дренирование сальниковой сумки забрюшинного пространства. Осложнений и летальных исходов не было.

У трех больных, у которых свищи образовались в двенадцатиперстной кишке в результате гнойно-некротического процесса в брюшной полости, выполнена резекция желудка по способу Бильрот-2. Один больной после операции был выписан в удовлетворительном состоянии. У 2 пациентов возникла несостоятельность культи ДПК с развитием перитонита, на фоне которого наступила смерть.

У 2 пациентов со свищами тонкой кишки, у которых достигнуть полноценного дренирования области свища при консервативном способе лечения не удалось, был применен оперативный способ лечения с формированием проксимальной илеостомы. Операция была эффективна у одного пациента. Один больной умер из-за прогрессирующего основного заболевания.

При локализации кишечных свищей на уровне ободочной кишки оперативное лечение выполнено у 3 больных. Произведена резекция участка измененной толстой кишки, несущей свищ, с выведением одной колостомы. У одного больного послеоперационный период осложнился недиагностированной несостоятельностью швов ушитого дистального отдела кишки, что послужило причиной летального исхода. Релапаротомия была выполнена у 1 пациента из-за несостоятельности колостомы. Одному больному выполнена реконструктивная операция – снятие колостомы с последующей выпиской.

У 26 пациентов проводилось консервативное лечение. Из них у 6 больных кишечные свищи локализовались в двенадцатиперстной кишке, у 6 – в тонкой кишке и у 14 пациентов – в ободочной кишке. Всем больным выполнялось следующее лечение: систематические перевязки в утренние и вечерние часы; обработка пастой Лассара, цинковой и другими индифферентными мазями, способствовавшая снижению воспаления, созданию благоприятных условий для ликвидации мацерации ран. При свищах проксимального отдела толстой кишки в отделении с содержанием имелись активные пищеварительные соки. У пациентов с этой локализацией эффективно применяли вакуум-отсос. При дренировании брюшной полости последовательно меняли дренажи с диаметром от

большого к меньшему. Назначалась бесшлаковая диета без ограничения приема жидкостей. Основное внимание уделяли лечению основного заболевания, которое привело к образованию свища. Проводились инфузионная терапия, форсированный диурез, адекватное обезболивание, назначение препаратов, угнетающих секрецию поджелудочной железы, антибактериальная терапия. Только при безуспешной консервативной терапии выполнялось оперативное пособие. При таком способе лечения свищи двенадцатиперстной кишки закрылись у 4 больных. У 2 пациентов свищи не закрылись. Смерть наступила из-за прогрессирования основного заболевания. Свищи тонкой кишки при консервативном методе лечения закрылись у 6 больных. Умер один пациент. Причиной летального исхода явилась ТЭЛА. При свищах толстой кишки выздоровление наступило у 12 больных. У двоих больных прогрессировал панкреатогенный перитонит, на фоне которого наступила смерть.

В своей практике мы исходили из того, что тактику лечения свища определял его тип, т. е. вариант клинического течения, а объем оперативного и консервативного лечения зависел от локализации свища, характера развившихся осложнений, условий его образования и сохранения пассажа химуса дистальнее места его расположения.

Таким образом, как видно из нашего анализа данных лечения свищей, образованных как осложнение панкреонекроза, оперативное закрытие дало больше осложнений и летальных исходов по сравнению с консервативным лечением. Кишечные свищи преимущественно закрылись консервативным путем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян Э. Н. Наружные и внутренние свищи. – М.: Медицина, 1990. – С. 219.
2. Карипиди Г. К. Несформированные кишечные свищи // Вестн. хир. им. Грекова. – 1993. – № 7. – С. 54–57.
3. Корымасов Е. А. Гиперкоагуляционный синдром в патогенезе острого панкреатита // Ратнеровские чтения. – 2003. – 168 с.
4. Лещенко И. Г. Хирургические болезни пожилых / И. Г. Лещенко, Р. А. Галкин, О. Г. Яковлев. – Самара, 1999. – 187 с.
5. Tsiotos G. G. Incidence and management of pancreatic and enteric fistulas after surgical management of severe pancreatic // Arch. surg. – 1995. – Vol. 130. № 1. – P. 48–52.
6. Warshaw A. Damage prevention versus damage control in acute pancreatitis // Gastroenterology. – 1993. – Vol. 104. – P. 1216–1219.

Поступила 14.02.2013

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, Т. П. ШУМЛИВАЯ², А. Н. ЛУНЯКА¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹,
О. А. ТЕРЕЩЕНКО², Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹, И. С. ЛЕВЧЕНКО²,
Н. В. ПЕЛИПЕНКО², М. А. ЛУНЯКА¹**

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ В ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЙ ТАКТИКЕ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО МЗ РФ КубГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-918-311-01-03. E-mail: lan137@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,
Россия, г. Краснодар, ул. Постовая, 4

В приведённом исследовании обобщён опыт УЗ-диагностики у 120 детей с закрытыми травматическими повреждениями селезёнки. Определена роль метода в органосохраняющей тактике при травмах селезёнки, выработана оптимальная методика проведения УЗ-мониторинга в зависимости от форм травматического повреждения органа.

Ключевые слова: УЗ-диагностика, травма селезёнки, дети.

**V. A. TARAKANOV¹, T. P. SHUMLIVAYA², A. N. LUNYAKA¹, V. M. STARCHENKO¹,
V. M. NADGERIEV¹, A. E. STRUKOVSKY¹, O. A. TERESCHENKO², E. G. KOLESNIKOV¹,
I. S. LEVCHENKO², N. V. PELIPENKO², M. A. LUNYAKA¹**

ULTRASONIC MONITORING IN ORGAN PROTECTIVE TACTICS IN CLOSED SPLEEN TRAUMATIC INJURIES OF CHILDREN

¹Children's surgical diseases department of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina, str., 4. Tel. 8-918-311-01-03. E-mail: lan137@mail.ru;

²Children's regional clinical hospital of Krasnodar,
Russia, Krasnodar, str. Postovaya, 4

In the article summed up the experience of ultrasonic diagnostics at 120 children with closed traumatic spleen. Defines the role of the method in organ protective tactics spleen injuries, developed the optimal method of ultrasonic monitoring of the different forms of closed traumatic spleen.

Key words: ultrasonic diagnostics, closed spleen injury, children.