

периоде периодичность ММК отсутствовала; продолжительность фазы покоя значительно преобладала над активностью; сокращения антрума и ДПК были низкой амплитуды или отсутствовали. Неудовлетворительные результаты были получены у больных, которых прооперировали на стадии декомпенсации. Тем не менее применение данной хирургической технологии обеспечивает адекватное дренирование ДПК даже при нарушении моторной активности.

Разработка новых видов оперативного лечения направлена на достижение более эффективной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия, то есть приемлемого уровня качества жизни. Оценка результатов хирургического лечения по результатам анкетирования больных через год после операции представлена в таблице.

Таким образом, можно сделать следующее заключение: выполнение двойного или тройного дренирования ДПК обеспечивает эффективное дренирование ДПК при полном сохранении всех ее отделов и исключает дуоденогастральный рефлюкс. Анализ гистологической картины показал, что хирургическое лечение существенно влияет на выраженность активности и инфильтрации в СО желудка и ДПК и в меньшей степени отражается на атрофических и метапластических процессах. Позитивная трансформация организации двигательной активности ГДК наблюдается в основном у лиц, прооперированных на стадии компенсации и субкомпенсации, когда структурные изменения интрамурального нервного аппарата и мышечной стенки кишки еще не являются необратимыми. Тем не менее, несмотря на гипокинезию, гипотонию, а также различные нарушения кишечной стенки, у больных, прооперированных на стадии декомпенсации, применение данной технологии обеспечивает удовлетворительный темп эвакуации и улучшает самочувствие. Органосохраняющее направление в хирургическом лечении ХДН в подавляющем большинстве случаев позволяет добиться в отдаленном послеоперационном периоде отличных

и хороших результатов и обеспечивает повышение качества жизни.

Поступила 18.11.06 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Валенкевич Л. Н., Яхонтова О. И. Клиническая энтерология. СПб: «Гиппократ», 2001. С. 34–37.
2. Маев И. В., Самсонов А. А. Болезни двенадцатиперстной кишки. М.: «МЕДпресс-информ», 2005. С. 439–453.
3. Циммерман Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь, 1992. С. 287–316.
4. Оноприев В. И., Корочанская Н. В., Бендер Л. В., Клименко Л. И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной явненной болезнью двенадцатиперстной кишки. Краснодар, 2001. С. 163–165.
5. Dixon M., Genta R., Yardley J. et al. Classification and grading of gastritis // Am. J. Surg. Pathol. 1996. № 20. P. 1161–1181.

V. I. ONOPRIEV,  
T. M. SEMENIKHINA, R. G. RYZHIKH

#### **A NOVEL APPROACH TO OPERATIVE TREATMENT OF THE FUNCTIONAL FORM OF A CHRONIC INTESTINAL PSEUDO OBSTRUCTION**

*A method of surgical treatment of the functional form of a chronic intestinal pseudo obstruction (Patent 2219851 dated 27.12.2003) allowing to save all parts of the duodenum and the antroduodenal segment; not to disturb the digestive conveyor; to create an antireflux bulboentero anastomosis; to provide an optimal duodenal drainage by applying bulboentero and duodenoentero anastomoses, to eliminate gastrostasis; to achieve excellent and good results in 87% of cases in long-term postoperative follow-up is offered.*

*Key words: chronic intestinal pseudo obstruction, surgical.*

С. Г. ПАВЛЕНКО, М. М. ФИЗУЛИН, Л. Ф. ТКАЧ, О. В. КАДОЛ

## **КИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЙ СВИЩ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*Кубанский медицинский институт, ГУЗ клинический госпиталь для ветеранов войн  
им. проф. В. К. Красовитова департамента здравоохранения Краснодарского края*

Наиболее редким осложнением дивертикулеза толстой кишки является образование кишечно-влагалищного свища, возникающее, как правило, после удаления матки.

Мы располагаем случаем успешного лечения пожилой пациентки с сигмовидно-кишечно-влагалищным свищем. Больная Л., 84 года, история болезни № 4862, находилась на лечении в ГУЗ КГВВ с 5.06.06 г. до 3.07.06 г. Предъявляла жалобы на выделение кала из влагалища в течение последних 5 месяцев. В течение последнего месяца отмечает увеличение выделения калового отделяемого. В анамнезе у больной – запоры в течение 5 лет, малярия в 1942 г.; в 1974 г. перенесла экстирпацию

матки по поводу кровотечения, в 1984 г. – холецистэктомии. Перенесла 2 инфаркта миокарда (1998 и 1999 гг.) и ишемический инсульт (1997 г.). В 2000 году пациентка получила перелом шейки правого бедра с формированием ложного сустава. Страдает артериальной гипертензией III ст., риск 4, ИБС, стенокардией напряжения III ф. кл., мерцательной аритмией, НК – II А, имеются остаточные явления ОНМК. Страдает хроническим циститом.

Консультация гинеколога: менопауза с 53 лет, роды – 1, аборт – 1. 1974 г. – экстирпация матки с придатками. St. genitalis: осмотр в зеркалах не произведен из-за перелома шейки бедра. Бимануально: влагалище

заканчивается слепо, выделения калового характера. Матка и придатки отсутствуют, объемных образований в малом тазу при пальпации не выявлено. Диагноз: ректовагинальный свищ. 13.06.06 г. повторный осмотр: в левом своде влагаллица отмечается свищевое отверстие 0,5×0,5 см ярко-красного цвета, выделения кровянисто-гнояного характера.

St. proctologicus: без особенностей.

Консультация окулиста: незрелая катаракта, центральная инволюционная дистрофия сетчатки, частичная атрофия зрительных нервов.

Фистулография – посредством введения бариевой взвеси выполнена полость влагаллица и полостное образование до 2,0×1,0 см, сообщающееся с сигмовидной кишкой. Заключение: сигмовидно-кишечно-влагаллицный свищ.

Обезболивание и ИТ пациентов старческого возраста требуют особенно тщательного учета анестезиологических рисков на каждом этапе лечения, постоянного мониторинга витальных функций, обязательной предоперационной подготовки (устранение гиповолемии, оптимизация ритма и АД и др.).

Проведена предоперационная подготовка. Общая практика для этой группы пациентов: установка центрального венозного катетера в дооперационном периоде с целью необременительной прерываемой инфузии, оценки уровня волеми. Премедикация в день операции: седативные, N<sub>2</sub>-блокаторы. Интраоперационный период: на фоне премедикации в положении на боку установлен перидуральный катетер. Анестезиологическая защита осуществлялась комбинированной анестезией: ТВА+ЭА. Особенностью ведения наркоза являлись мягкое титрованное определение оптимально малых доз основного наркотического и местного анестетика, контроль уровня волеми по ходу операции и своевременная, а чаще превентивная коррекция гемодинамических сдвигов. В послеоперационном периоде – продленная ИВЛ, до самостоятельного восстановления сознания, мышечного тонуса. В данном случае потребовалось 15 часов респираторной поддержки (ИВЛ, ВИВЛ, СРАР), инсуффляция O<sub>2</sub>.

По ходу операции и анестезии антибактериальная защита осуществляется двумя антибиотиками на высоте предстоящей контаминации: за 20–30 минут до резекции кишки и др. Эпидуральный блок поддерживается в операционном и послеоперационном периодах минимально эффективной дозой местного анестетика, определяемой индивидуально.

Приводим протокол первой операции. Обезболивание – ТВА+ДПА. Средненижнесрединная лапаротомия. Гемостаз электрокоагуляцией и прошиванием. Интраоперационное исследование: сигмовидная кишка представляет собой плотный участок до 10 см протяженностью с множеством дивертикулов, подпаянная к культе влагаллица. Множественные дивертикулы размерами от 0,5 до 1 см в диаметре расположены от ректосигмовидного отдела толстой кишки в проксимальном направлении до правой половины поперечной ободочной кишки. В верхнем этаже брюшной полости имеется спаечный процесс (после холецистэктомии). Толстая кишка от слепой до сигмовидной заполнена плотными каловыми массами. Сигмовидная кишка тупо и остро отделена от культы влагаллица, пересечен свищ, который составлен дивертикуллом сигмовидной кишки. Выполнена резекция сигмовидной кишки и начального отдела нисходящей ободочной кишки. Наложена прямой десцендосигмовидный конце-концевой однорядный анастомоз. Линия анастомоза дополнительно укреплена жировыми отростками и избытком брыжейки.

Свищ культы влагаллица иссечен, обработан ложкой Фолькмана, ушит.

С учетом неподготовленности кишки решено наложить разгрузочную колостому. В правом подреберье сформирована двухствольная трансверзостома. Рана передней брюшной стенки ушита наглухо. Асептическая повязка.

Препарат: левая половина ободочной кишки, пораженная дивертикуллезом. Отправлена на ПГИ. Результат ПГИ № 260606 (ККБ) – дивертикул толстой кишки, очаговый поверхностный колит.

В послеоперационном периоде брадикардия мерцательной аритмии ограничивала использование ЭД (трудоемкое титрование поддержания ритма), что обусловило позднее функционирование стомы и большой (в течение 5 суток) срок пребывания в АРО. В хирургическое отделение пациентка переведена в состоянии средней степени тяжести, компенсированное по всем основным параметрам, за исключением небольшой гипопроотеинемии (54 г/л) и анемии (Hb – 108 г/л).

Швы сняты на 12-е сутки после операции, заживление первичным натяжением.

С учетом гладкого послеоперационного течения болезни решено закрыть колостому через 1,5 месяца.

В ходе предоперационной подготовки при ректальном исследовании в ампуле прямой кишки обнаружен каловый камень до 5 см в диаметре. Удален после фрагментации и серии клизм.

Приводим протокол второй операции. Обезболивание – ТВА. Иссечена кожа вокруг стомы. Стома отделена от передней брюшной стенки, гемостаз. Иссечение части кишки с участком кожи. Наложена однорядный анастомоз в 3/4 по Мельникову. Оментизация большим сальником и жировыми отростками. Анастомоз погружен в брюшную полость. Рана передней брюшной стенки ушита редкими швами на протекторах по принятой в клинике методике на проточном дренаже. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии после снятия швов с зажившей раны первичным натяжением.

Таким образом, кишечно-влагаллицный свищ встречается у пожилых пациенток, страдающих дивертикулярной болезнью и имевших в анамнезе удаление матки. Однако ни возраст, ни тяжелая сопутствующая патология не могут быть препятствием для ликвидации тяжелого осложнения дивертикулярной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.

*Поступила 18.11.06 г.*

**S. G. PAVLENKO, M. M. FISULIN,  
L. F. TKACH, O. V. KADOL**

### **COLOVAGINAL FISTULA – A RARE COMPLICATION OF LARGE INTESTINE DIVERTICULOSIS**

*Successful surgical treatment of sigmoido-vaginal fistula in 84 years old woman, suffering from diverticulosis and having uterus resection is reported by these surgeons. Diagnosis and treatment difficulties had been in a number of severe concomitant pathology.*

*Key words: diverticulosis, sigmoido-vaginal fistula, old patients, concomitant pathology.*