

(60 мг/сутки) – без клинического эффекта. Больная переведена в университетский центр колопроктологии. На момент поступления: частота стула 10–12 раз/сутки, кал жидкий со значительной примесью крови и слизи, температура тела в пределах 38,2–38,5° С, тахикардия до 90–94 уд/мин, боли в животе умеренной интенсивности, дефицит массы тела до 25%, выраженные явления эндотоксикоза. Индекс тяжести (ИТ) настоящего обострения – 19 баллов.

Эндоскопическая картина: множественные эрозии и язвы (тотально), покрытые фибрином, выраженное контактное кровотечение (активность). Микроскопически: выраженные воспалительные изменения в слизистом и подслизистом слоях, деформация крипт, крипт-абсцессы, очаги некроза, выраженное полнокровие сосудов, обильная инфильтрация стенки кишки полиморфно-ядерными лейкоцитами – деструктивная форма.

Назначена комплексная интенсивная терапия, на фоне которой к 7-м суткам наблюдения состояние больной несколько улучшилось, оставалось стабильно тяжелым, ИТ снизился до 17 баллов. Эндоскопически отмечалась слабая положительная динамика: уменьшение количества язв и эрозий, наложений фибрина, контактного кровотечения. К 14-м суткам на фоне интенсивной консервативной терапии явного клинического улучшения не наступило, сохранялись явления эндотоксикоза, ИТ – 18 баллов. При слабой положительной динамике эндоскопической картины (аналогичной 7-му дню наблюдения) морфологические воспалительные изменения сохранялись: выраженная воспалительная инфильтрация и язвы до подслизистой основы, полнокровие сосудов, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами всех слоев кишечной стенки, крипт-абсцессы.

Исходя из клинко-морфологических данных с учетом разработанных критериев неэффективности консервативной терапии, пациентка оперирована на 15-е сутки по отсроченным показаниям. Выполнена операция: лапаротомия, колэктомия, илеостомия по Бруку. Больная выписана на 14-е сутки после операции. Через 4 месяца ИТ заболевания – 13 баллов. Больной

выполнена отсроченная хирургическая реабилитация: снятие илеостомы Брука, проктэктомия, формирование илеоанального резервуара S-типа, превентивная илеостомия по Торнболлу. Илеостома Торнболла закрыта через 1,5 месяца. В настоящее время больная социально реабилитирована, работает служащей государственного учреждения, кратность дефекаций – 2–3 раза/сутки, качество жизни удовлетворительное.

Таким образом, использование в клинической практике разработанных критериев неэффективности интенсивной консервативной терапии позволяет объективно и своевременно определить показания к хирургическому лечению при резистентных формах язвенного колита. Сохранение суммы баллов через 2 недели после начала адекватной терапии служит поводом для констатации резистентной формы ЯК, неэффективности и дальнейшей бесперспективности консервативного лечения, необходимости оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Михайлова Т. Л., Костенко Н. В. Достижимы ли удовлетворительные результаты в хирургическом лечении язвенного колита? // Колопроктология. – 2006. – № 2 (16). – С. 34–43.
2. Кузнецов М. Н. Показания к хирургическому лечению при резистентных формах язвенного колита / М. Н. Кузнецов, А. А. Захарченко, Ю. С. Винник, А. Э. Штоппель, А. В. Попов // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ. – Одесса: Издавничий центр Імідж України, 2001. – С. 27–28.
3. Халиф И. Л., Лоранская И. Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88 с.
4. Dozois R. R., Kelly K. A. The surgical management of ulcerative colitis. In: Inflammatory bowel disease (ed. by J. B. Kirshner) // Fifth edition. – Saunders, 2000. – P. 626–657.
5. Williams N. An alternative to ileostomy // Ostomy International. – 1996. – Vol. 18. № 2. – P. 10–12.
6. Colorectal surgery 3rd edition / Ed. R. K. S. Phillips. – London: Elsevier limited, 2005. – 348 p.

Поступила 20.02.2013

В. В. ЗОРИК, В. И. ШАПОШНИКОВ, И. Г. ПРОСКУРЯКОВ, С. А. ЗОРИН

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79184647857

Наблюдали 103 больных сахарным диабетом с различными заболеваниями органов брюшной полости. Метод цитохимического определения активности щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов позволяет объективно оценивать и анализировать динамику изменений, происходящих у хирургических больных с сопутствующим сахарным диабетом.

Анализ показал, что применение сукцината натрия совместно с активаторами сукциналдэрогеназы у больных сахарным диабетом, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, позволяет снизить число осложнений в области операционной раны с 22,1% до 8,6%.

Ключевые слова: острые заболевания брюшной полости, сахарный диабет, сукцинат натрия, щелочная фосфатаза.

V. V. ZORIK, V. I. SHAPOSHNIKOV, I. G. PROSKURYAKOV, S. A. ZORIN

TREATMENT OF ACUTE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH DIABETES MELITUS

Department of hospital surgery of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. +79184647857

Observed 103 patients with diabetes with various diseases of the abdominal cavity. Cytochemical method for determining the activity of alkaline phosphatase of neutrophils to objectively assess and analyze the dynamics of the changes that take place in surgical patients with diabetes mellitus.

The analysis showed that the use of sodium succinate with activators suksinagderogenazy diabetic patients operated on for acute abdominal diseases, reduces the number of complications in the surgical wound from 22,1% to 8,6%.

Key words: Sharp diseases of an abdominal cavity, diabetes, succinate sodium, alkaline phosphatase.

Введение

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у больных сахарным диабетом заканчиваются перитонитом или другими осложнениями гораздо чаще, чем у пациентов с нормальным углеводным обменом [2].

Вследствие развития микро- и макроангиопатии, выраженного атеросклероза, гиперкоагуляции крови, обезвоживания причиной осложненного течения острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости у больных сахарным диабетом является не только патогенная микрофлора, но и тромбоз сосудов пораженного органа [3].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 103 больных сахарным диабетом с различными заболеваниями органов брюшной полости. Острый аппендицит диагностирован у 35 (33,9%) больных, острый холецистит – у 43 (41,7%), ущемленные грыжи – у 16 (15,5%), кишечная непроходимость – у 9 (8,7%). Всем больным в зависимости от нозологии выполнен тот или иной вид хирургического пособия. В контрольной группе (68 человек) хирургическая тактика не отмечалась от общепринятой. В комплексе лечения основной группы (35 человек) использовался сукцинат натрия по 0,5 г два раза в сутки в течение 10 дней в сочетании с кардиамином. Известно, что сукцинат натрия снижает и предупреждает тромбообразование, уменьшает сосудистое сопротивление, усиливает тканевый кровоток, повышает утилизацию кислорода и тканевый обмен, корригирует метаболический ацидоз, повышает резистентность тканей к повреждающим воздействиям, способствует лучшему проникновению лекарственных веществ через биологические мембраны и снижает их токсичность [1, 2]. В комплекс лечения помимо инсулина включали витаминные группы В, аскорбиновую кислоту, дезинтоксикационные средства, дезагреганты, антибиотики широкого спектра действия.

О напряженности окислительно-восстановительных процессов в организме при хирургических заболеваниях органов брюшной полости свидетельствуют изменения активности различных ферментов нейтрофилов [4]. Одним из таких ферментов является щелочная фосфатаза, которая, катализируя гидролиз эфиров фосфорной кислоты, принимает участие в расщеплении и синтезе фосфорных соединений в организме. Известно, что при острых хирургических заболеваниях брюшной полости к очагу повреждения устремляются депонированные в печени, селезенке, лимфоузлах и т. д. зрелые формы нейтрофилов, содержащие щелочную фосфатазу. Это приводит к значительному увеличению количества богатых ферментом циркулирующих в крови нейтрофилов (реактивное повышение активности щелочной фосфатазы). У здорового человека объем функций нейтрофилов и их потребности в энергии незначительны, активность щелочной фосфатазы

в норме низкая. Метод цитохимического определения активности щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов позволяет объективно оценивать и анализировать динамику изменений, происходящих у хирургических больных с сопутствующим сахарным диабетом. Использовался метод азосочетания в модификации М. Г. Шубича. Для определения среднего цитохимического коэффициента (СЦК) фосфатазная активность делилась на 100.

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты исследования, можно сказать, что активность щелочной фосфатазы была повышена на протяжении всего периода заболевания. Исследования проводились перед операцией и в течение послеоперационного периода. СЦК щелочной фосфатазы до операции составил у больных $0,76 \pm 0,008$. У больных сахарным диабетом без хирургической патологии этот показатель равнялся $0,26 \pm 0,006$. В контрольной группе больных СЦК щелочной фосфатазы прогрессивно нарастал к 6–8-м суткам, достигая максимальных величин в это время $1,48 \pm 0,006$ – $1,43 \pm 0,005$. Клинически в послеоперационном периоде в эти сроки наблюдалось наиболее тяжелое состояние больного. На 10-е сутки наблюдалось снижение фосфатазной активности нейтрофилов до $1,17 \pm 0,018$, которая на 14-е сутки достигала $0,80 \pm 0,032$ и длительно оставалась выше нормальных величин. Клиническая картина в эти сроки заболевания характеризовалась улучшением общего состояния, стабилизацией течения сахарного диабета. В основной группе максимальный уровень фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов $1,42 \pm 0,018$ наблюдался на 4-е сутки послеоперационного периода, однако в дальнейшем этот показатель понижался в связи с купирующимися клиническими проявлениями хирургической патологии. СЦК щелочной фосфатазы на 6-е сутки составлял $1,36 \pm 0,017$, достигая на 8-е сутки послеоперационного периода $1,12 \pm 0,032$. В дальнейшем понижение активности щелочной фосфатазы происходило более выражено, чем у больных контрольной группы, достигая к 14-м суткам наблюдения $0,58 \pm 0,011$. В контрольной группе инфекционные осложнения в области операционной раны возникли в 15 (22,1%) случаях, в основной – в 3 (8,6%).

В результате проведенных исследований мы установили повышение активности щелочной фосфатазы при хирургических заболеваниях у больных с сопутствующим сахарным диабетом. В период наиболее выраженных клинических проявлений хирургической патологии и декомпенсации сахарного диабета наблюдалась максимальная активность фермента. Снижение активности щелочной фосфатазы сопровождалось стиханием клинических проявлений болезни. В контрольной группе больных, лечение которых проводилось традиционными методами, снижение активности фермента наблюдалось на 10–12-е сутки, в то время

как клинические проявления болезни у больных основной группы имели тенденцию к регрессу в среднем на 6-е сутки. В целом динамика изменений уровня щелочной фосфатазы соответствовала степени и тяжести клинических проявлений болезни. Средний койко-день в основной группе составил $18,7 \pm 0,5$, а в контрольной – $24,8 \pm 0,9$.

Таким образом, применение в комплексе медикаментозного лечения основной группы больных сукцината натрия позволило уменьшить по времени клинические проявления заболевания, снизить инфекционные осложнения в области операционной раны до 8,6%, сократить время пребывания больного в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондрашова М. Н., Маевский Е. И., Бабаян Г. В. и др. Адаптация к гипоксии посредством переключения метаболизма на превращения янтарной кислоты // Митохондрии. Биохимия и ультраструктура. – М., 1973. – С. 112–129.
2. Кулешов Е. В., Кулешов С. Е. Сахарный диабет и хирургические заболевания. – М.: Воскресенье, 1996. – 216 с.
3. Никулин А. А., Храпова С. И., Тебякина Е. А. и др. К вопросу о влиянии янтарной кислоты на свертываемость крови и баланс катехоламинов // Фармакол. и токсикол. – 1988. – Т. 51. № 3. – С. 45–48.

Поступила 10.02.2013

М. В. КАЛИЦОВА, В. З. ТОТИКОВ, З. В. ТОТИКОВ, В. В. МЕДОЕВ

К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ ФОРМИРОВАНИЯ ОДНОСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией
ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Представлены два новых способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. Предлагаемые способы применены у 11 больных.

Ключевые слова: илеостома, формирование, ликвидация.

M. V. KALITSOVA, V. Z. TOTIKOV, Z. V. TOTIKOV, V. V. MEDOEV

ON THE QUESTION OF HOW THE FORMATION OF SINGLE-BARREL ILEOSTOMY

*Hospital surgery department with cancer
GBOU VPO SOGMA Ministry of Russia,
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40.
Tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Presents two new ways of forming single-barrel ileostomy followed simplified recovery phase, allowing to eliminate the stoma from the local fringing access. The proposed methods are applied in 11 patients.

Key words: Ileostomy, formation, liquidation.

Введение

Для лечения острых заболеваний органов брюшной полости, требующих формирования временной одноствольной илеостомы, применяется ряд способов. Известен способ наложения концевой энтеростомы по Майдлю, недостатком которого является необходимость наложения на начальном этапе межкишечного анастомоза, что при наличии перитонита грозит развитием несостоятельности анастомоза, увеличивает длительность оперативного вмешательства и не исключает пассажа кишечного содержимого по отводящей кишке. Известен способ формирования одноствольной илеостомы по Бруку, недостатком которого является необходимость выполнения на восстановительном этапе срединной лапаротомии. При этом при наличии в брюшной полости спаечного процесса требуется выполнение энтеролиза с последующей назоинтестинальной интубацией, наложение анастомоза выполняется по всей окружности кишки. Все это увеличивает

травматичность и длительность операции, повышает риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Целью работы являлась разработка новых способов формирования одноствольной илеостомы, позволяющих на восстановительном этапе ликвидировать одноствольную илеостому местным доступом, наложить анастомоз лишь на $\frac{1}{2}$ окружности и тем самым сократить сроки лечения, риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты лечения 11 больных с острой кишечной непроходимостью, которым требовалось формирование временной одноствольной илеостомы, находившихся в клинике госпитальной хирургии в период с 1988 по 2008 год.