

в частности, 4%-ный раствор бикарбоната натрия, который способствует уменьшению ацидоза.

2. Мероприятия, направленные на снятие спазма и ликвидации непроходимости в области р. Vateri и восстановление свободного оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку (папаверин, платифиллин, эуфиллин, нитроглицерин, новокаиновые паранефральные блокады + малоинвазивные вмешательства – холецистостомия, папилосфинктеротомия). Эти мероприятия не только ликвидируют болевой синдром, но и снимают спазм артериол, чем способствуют улучшению микроциркуляции, которая в первую очередь страдает при остром панкреатите.

3. Борьба с энзимной интоксикацией и продуктами тканевого распада. Хороший эффект достигается с помощью форсированного диуреза. Он позволяет добиться резкого снижения в крови агрессивных ферментов, продуктов распада белка и билирубина, быстрой ликвидации отека забрюшинной клетчатки. Важно своевременно и правильно использовать антиферменты. Так как процесс самоактивации происходит очень быстро, фактор времени имеет важное значение, поэтому чем раньше от начала заболевания начато лечение антиферментами, тем лучше результат. Кроме того, весьма эффективно внутривенное введение плазмы, в которой содержатся естественные ингибиторы ферментов поджелудочной железы. Известно, что ингибиторы протеаз не могут ликвидировать уже имеющийся очаг некроза, но предохраняют от дальнейшего распространения деструкции в железе. Также известно, что в настоящее время ингибиторы ферментов нашли широкое применение при всех тяжелых деструктивных процессах с явлениями общей интоксикации, и уже поэтому применение антиферментов показано при остром деструктивном панкреатите.

4. Коррекция нарушений гемодинамики, белкового и водно-электролитного баланса должна проводиться согласно принципам современной реаниматологии. Здесь хотелось бы отметить два момента: снижение ОЦК при остром деструктивном панкреатите обусловлено дефицитом плазмы, особенно альбуминов, поэтому очень важно переливать плазму и альбумин. И второй момент. Установлено, что одним из видов морфологических проявлений острого деструктивного панкреатита являются нарушения микроциркуляции и образование тромбозов в сосудах поджелудочной железы, что требует введения низкомолекулярных декстранов (дезагрегантов вообще) и антикоагулянтов прямого действия.

5. Профилактика инфекционных осложнений достигалась внутривенным введением антибиотиков широкого спектра действия.

Анализ полученных данных показал, что у всех больных отмечалось улучшение самочувствия, а у половины больных уже на 2–3-й день уменьшились боли, прекратились тошнота и рвота, у 30% больных болевой синдром был полностью купирован. В последующие дни отмечалась устойчивость достигнутого клинического эффекта. Среди пролеченных 75 пациентов умер один больной. При проведении контрольных лабораторных анализов установлено, что уровень амилазы в крови снизился и составил  $41 \pm 8$  г/л, в моче –  $62 \pm 7$  г/л. По данным контрольного УЗИ поджелудочной железы наблюдалась тенденция к нормализации размеров органа вследствие уменьшения отека и к улучшению экстрасекреторной поджелудочной железы.

Побочных эффектов и аллергических реакций при введении контрикала по описанной схеме отмечено не было. Переносимость препарата оценивается как хорошая.

Таким образом, контрикал является эффективным препаратом при лечении острого панкреатита, в том числе и деструктивных его форм. Контрикал нужно вводить из расчета 6–8 ЕД в час на протяжении 24 часов с помощью инфузомата «Perfusor fm» или «Perfusor compact S» фирмы «B/Braun».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Губергерц Н. Б., Христин Т. Н. Клиническая панкреатология. – Донецк, 2000. – 416 с.
2. Савельев В. С. Острый панкреатит: Пособие для врачей. – М.: изд-во НЦССХ, 2000. – 60 с.
3. Скуя Н. А. Заболевания поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1986. – 240 с.
4. Сыновец А. С., Левицкий А. П. Ингибиторы протеолитических ферментов в медицине. – К.: Здоровье, 1985. – 82 с.
5. Машковский М. Д. Лекарственные средства. – М.: Медицина, 1987. – Т. 2. – С. 165.
6. Деятарева И. И. Заболевания органов пищеварения. – К.: Здоровье, 1999. – 312 с.
7. Чекман И. С., Полещук П. Я., Пятак О. А. (редакторы). Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии. – Киев: Здоров'я, 1987. – С. 557–559.
8. Ивашкин Т. И., Минасян Г. А. Лечение хронического панкреатита // Рос. журн. гастроэнт., гепатол., колопроктол. – 1966. – № 4. – С. 10–17.

Поступила 10.09.2010

**В. А. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ**

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +7 (861) 2521888.  
E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

В статье дан анализ 205 больных, оперированных по поводу толстокишечных свищей. Приводится алгоритм действий врача при выполнении реконструктивных операций, тщательное выполнение которых позволяет существенно уменьшить число послеоперационных осложнений (5,1%) и послеоперационную летальность (1,95%).

*Ключевые слова:* свищи тостокишечные, реконструктивные операции.

## RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AT TREATMENT COLIC FISTULAS

Chair of hospital surgery Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. 7 (861) 2521888. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru

In article the analysis of 205 patients operated concerning colic fistulas is given. The algorithm of actions of the doctor is resulted at performance of the reconstructive operations which careful performance allows to reduce essentially number of postoperative complications (5,1%) and a postoperative lethality (1,95%).

Key words: fistula colon, reconstructive surgery.

### Введение

Кишечные свищи, несмотря на достижения анестезиологии, фармакологии и совершенствование хирургической техники, встречаются часто, и нет тенденции к их уменьшению. Кишечные свищи, по данным [1, 2, 3, 7], занимают 2–3% коечного фонда общехирургических стационаров. Они могут образовываться самопроизвольно, например, при болезни Крона, после операции при ятрогенном повреждении толстой кишки и как послеоперационное осложнение, но чаще они накладываются с лечебной целью при злокачественных опухолях толстой кишки, дивертикулите и травме толстой кишки. При наличии толстокишечного свища трудно добиться эмоциональной, социальной, трудовой реабилитации таких больных. Восстановительные же операции и в настоящее время сопровождаются значительным числом осложнений (13–16%) и сравнительно высокой летальностью (7–10%) после операции [4, 5, 6, 7].

### Материалы и методы исследования

Реконструктивные операции по поводу толстокишечных свищей выполнены 205 больным в возрасте от 18 до 76 лет. Мужчин было 117, женщин – 88. Диагностика кишечных свищей основывалась на анамнестических данных, клинической картине, объективном обследовании (осмотр, перкуссия, пальпация, пальцевое исследование), дополненных рентгенологическими (обзорная рентгенография, ирригография, фистулография) и УЗ-методами исследования. Эти методы исследования позволяют уточнить локализацию свища, его характер, наличие осложнений в виде внутрибрюшных абсцессов, позволяют судить о состоянии отводящих отделов толстой кишки, что существенно влияет на выбор метода и объем оперативного вмешательства.

### Результаты и обсуждение

В предлагаемой статье даны результаты лечения 205 больных со свищами толстой кишки. Локализация и характер свищей представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, наиболее часто встречались губовидные свищи, в основном они были полными (172 из 198), но и неполные свищи часто были губовидными. Из 33 больных с неполными свищами у 26 они оказались губовидными, и только у 7 человек свищ носил трубчатый характер. Среди всех свищей различного характера и локализации у 21 больного имели место те или иные осложнения свища, чаще это были гнойно-воспалительные процессы вокруг колостомы.

Характер оперативного вмешательства, закончившегося формированием свища, представлен в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, свищ на левую половину толстой кишки накладывался в 180 случаях из 205 операций, что составило 87,8%, т. е. в 6 раз чаще, чем на правую половину толстой кишки.

Характер заболеваний, по поводу которых был наложен свищ или он формировался после операции, был следующим: острая обтурационная кишечная непроходимость (121 больной), опухоль слепой кишки (33), травмы толстой кишки (15), дивертикулиты (13), острый деструктивный аппендицит (10), долихоколон (2), долихосигма (5). Еще у 6 больных свищ толстой кишки образовался после различных операций на органах брюшной полости, однако причину возникновения свища установить не удалось.

Все 205 больных были оперированы спустя не менее двух месяцев после операции. Исследованиями, ранее выполненными одним из авторов (Г. К. Карипиди), было установлено, что все слои кишки восстанавливают свою структуру не ранее чем через два месяца после образования свища. Характер оперативных

Таблица 1

### Характер и локализация свища толстой кишки

Локализация свища	Число больных	Характер свища				
		Полный	Неполный	Губовидный	Трубчатый	Осложненный
Слепая	7		7	5	2	3
Восходящая	3	3		3		1
Поперечная	10	9	1	8	2	2
Нисходящая	126	108	18	124	2	10
Сигма	59	52	7	58	1	5
Всего	205	172	33	198	7	21
Итого	205	205		205		21

## Характер операции, закончившейся формированием свища

Характер оперативного пособия	Число больных	%
Цекостомия	7	3,4
Резекция илеоцекального угла	3	1,4
Правосторонняя гемиколэктомия	6	2,8
Резекция поперечной ободочной кишки	3	1,4
Левосторонняя гемиколэктомия	121	59,6
Резекция сигмовидной кишки	50	24,3
Сигмостомия по Майдлю	9	4,3
Послеоперационный толстокишечный свищ неустановленной природы	6	2,8
Всего	205	100,0

вмешательств по восстановлению непрерывности кишечной трубки представлен в таблице 3.

Трубчатые свищи, как правило, закрывали внебрюшинным методом. Губовидные неполные свищи, как правило, наложенные по поводу перфорации дивертикула, травмы (небольшой разрыв стенки кишки, перфорации стенки кишки рыбьей костью и др.), закрывали после лапаротомии с последующей резекцией  $\frac{1}{4}$  окружности толстой кишки по Мельникову. При инфицированной брыжейке или если свищ занимает большую часть просвета толстой кишки выполняли циркулярную резекцию свищнесущей кишки с формированием анастомоза «конец в конец».

**Алгоритм действий хирурга при реконструктивной операции по поводу толстокишечного свища должен быть следующим:**

- Лапаротомия срединная, обеспечивающая хороший доступ к свищу.
- Ревизия органов брюшной полости на предмет обнаружения метастазов, спаечной кишечной непроходимости или другой патологии.
- Выделение дистального отдела толстой кишки и подготовка его к анастомозированию, что иногда представляет значительные сложности.
- Мобилизация, при необходимости, проксимального отдела толстой кишки на таком протяжении, что-

бы толсто-толстокишечный анастомоз можно было бы выполнить без натяжения тканей.

- Рассечение всех спаек, грубо деформирующих тонкую и толстую кишку и могущих создать угрозу спаечной непроходимости в послеоперационном периоде.
- Герметичное зашивание колостомы и перемещение ее в брюшную полость.
- Резекция проксимального отдела кишки в пределах здоровых тканей.
- Формирование толсто-толстокишечного анастомоза двумя рядами узловых швов монолитной нитью на атравматичной игле.
- Девульсия анального жома и проведение за зону анастомоза трубки с множественными перфорациями для декомпрессии проксимального отдела толстой кишки.
- Зашивание «окна» в брыжейке для предупреждения внутреннего ущемления.
- Дренажирование брюшной полости и зашивание раны брюшной стенки наглухо. Кожу в области раны после снятия колостомы не зашивать.

Несостоятельность швов анастомоза был выявлена у 19 человек, что составило 4,3%. Повторному оперативному вмешательству было подвергнуто 5 больных, у остальных 4 больных без повторной операции сформировался трубчатый свищ, который самопроизвольно закрылся спустя 14–60 дней.

Таблица 3

## Оперативные вмешательства у больных с толстокишечными свищами

№ п/п	Характер оперативного вмешательства	Число больных	%
1	Внебрюшные способы закрытия свища	14	6,9
2	Илеотрансверзоанастомоз	6	2,9
3	Трансверзо-трансверзоанастомоз	9	4,4
4	Сигмо-сигмальный анастомоз	22	10,7
5	Резекция $\frac{1}{4}$ окружности кишки по Мельникову	13	6,2
6	Трансверзосигмостомия	56	27,3
7	Трансверзоректостомия	64	31,2
8	Сигморектальный анастомоз	7	3,4
9	Десцендосигмостомия и десцендоректостомия	14	6,9
10	Итого	205	100,0

Релапаротомия была выполнена 5 больным (2,4%). На операции был выявлен распространенный каловый перитонит. Всем повторно оперированным больным произведено разобщение анастомоза с формированием одно- или двустольной колостомы. Всего после реконструктивных операций на толстой кишке умерло 2 больных (0,9%).

Таким образом, тщательное и последовательное выполнение всех этапов операции по закрытию кишечного свища с особым вниманием на рассечение спаек и формирование толсто-толстокишечного анастомоза двумя рядами швов, является залогом снижения послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Колченогов П. Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. – М.: Медицина, 1964. – 236 с.

2. Вицин Б. А. Наружные кишечные свищи. – Новосибирск, 1965. – 232 с.

3. Чухриенко Д. И., Белый И. С. Наружные кишечные свищи. – Киев: Здоровье, 1975. – 192 с.

4. Козлов И. З., Андросова Т. А. Кишечные свищи // В кн.: «Наружные и внутренние свищи» / Под ред. Э. И. Ваняна. – М.: Медицина, 1980. – С. 132–173.

5. Макаренко Т. П., Багданов А. В. Свищи желудочно-кишечного тракта. – М.: Медицина, 1986. – 144 с.

6. Мамедов И. Н., Алиев С. А. Причины возникновения наружных кишечных свищей и их лечение // Хирургия. – 1988. – № 2. – С. 80–84.

7. Тоби С. Лечение наружных свищей кишечника. – М.: Медицина, 1977. – 88 с.

Поступила 10.09.2010

**В. П. БАБИЧ, С. В. ЧЕРНОУСОВ, И. Б. ЗАБОЛОТСКИХ, Н. В. ТРЕМБАЧ**

## ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

*Кафедра анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ППС  
Кубанского государственного медицинского университета,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79183883499. E-mail: pobeda\_zib@mail.ru*

Целью работы являлось определение влияния исходной гемодинамики на системную гемодинамику при проведении процедуры гемодиализа у больных с почечной недостаточностью. Полученные данные свидетельствуют о том, что процедура гемодиализа оптимизирует гемодинамику у пациентов с гипотензией, нормотензией и у пациентов с легко корригируемой гипертензией, однако усугубляет нарушения гемодинамики у пациентов с тяжелой гипертензией и энцефалопатией.

*Ключевые слова:* гемодиализ, системная гемодинамика, гипертензия, энцефалопатия.

**V. P. BABICH, S. V. CHERNOUSOV, I. B. ZABOLOTSKIKH, N. V. TREMBACH**

HAEMODINAMICS IN PATIENTS ON THE PROGRAMM HEMODIALYSIS

*Department of anesthesiology, intensive care and transfusiology Kuban state medical university,  
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4, tel. +79183883499. E-mail: pobeda\_zib@mail.ru*

The aim of the research was to determine the influence of the initial hemodynamics on systemic hemodynamics during the procedure of hemodialysis in patients with renal failure. The data shows that the procedure of hemodialysis normalizes hemodynamics in patients with hypotension, normotension and mild hypertension, but aggravates hemodynamic disturbances in patients with severe hypertension and in patients with encephalopathy.

*Key words:* hemodialysis, hemodinamics, hypertension, encephalopathy.

Пациенты, получающие заместительную терапию хроническим гемодиализом, имеют значительно превышающий риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в сравнении с риском в общей популяции.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у диализных больных в 30 раз выше аналогичного показателя в общей популяции, а ожидаемый прогноз для пациента на хроническом гемодиализе в 3–5 раз хуже в сравнении с возрастной группой в общей популяции [16].

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) достигает от 55% до 95% в популяции больных на хроническом гемодиализе [12, 13].

В зависимости от эффекта проводимой терапии на величину артериального давления (АД) гипертензию принято делить на контролируемую, когда АД снижа-

ется при ограничении употребления соли, выведении натрия и избытка жидкости посредством ультрафильтрации во время процедуры гемодиализа, и неконтролируемую, по существу – гипертензию злокачественного течения, когда эти меры даже в сочетании с интенсивной гипотензивной терапией не приносят желаемого результата [3].

У относительно небольшой группы больных, несмотря на ультрафильтрацию и уменьшение массы тела, после диализа АД не снижается, дегидратация сопровождается слабостью, апатией, анорексией, усиленной жаждой. Этим больным свойственны транзиторные неврологические расстройства и тяжелые изменения глазного дна, формируется синдром дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) [3].