

нении кишечных швов традиционными способами, в силу выраженного воспаления пищеварительного тракта, нарушения микроциркуляции в кишечной стенке, значительных метаболических нарушений происходит снижение процессов регенерации тканей, что приводит к несостоятельности швов межкишечного анастомоза (Арсаланов Р.М., 1983; Кулачек Ф.Г., 1986; Корепанов В.И. и соавт., 1995; Тарасенко С.В. и соавт., 2005).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 47 больных, поступивших в клинику с распространенным гнойным перитонитом, осложнившимся образованием несформированных тонкокишечных свищей, произведена резекция свищнесущей петли тонкой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

После удаления патологического очага брюшной полости проксимальный конец тонкой кишки вшивали в бок дистального отдела с поперечным разрезом ее стенки. Межкишечный анастомоз выполняли на любом уровне тонкой кишки, что зависело от локализации несформированного кишечного свища. Свободный дистальный отдел тонкой кишки выводился на брюшную стенку в виде энтеростомы, через которую проводилась декомпрессия дистального и проксимального отделов тонкой кишки зондами, что обеспечивало и раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Всем выполнена лапаротомия с поднаркозными санациями брюшной полости по требованию и последующим ушиванием раны брюшной стенки через все слои на трубках-«амортизаторах», проводилась комплексная интенсивная терапия распространенного гнойного перитонита. Операция выполнялась по экстренным показаниям при появлении признаков тонкокишечного свища. Закрытие энтеростомы (чаще внебрюшинным доступом) проводили после выздоровления в сроки через 1–3 месяца с момента операции. Из 47 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, лечившихся открытым способом с энтеростомией и термилоатеральным межкишечным анастомозом выздоровление наступило у 38 (80,8 %) больных. Из них выздоровление без осложнений у 14 (29,8 %). Наиболее частым осложнением было нагноение послеоперационной раны – 12 (25,5 %), прогрессирование перитонита – 14 (29,8 %). Летальность этой группы больных составила – 9 случаев (19,1 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пришли к выводу о целесообразности применения энтеростомии с термилоатеральным межкишечным анастомозом (ТМА) после резекции свищнесущей петли тонкой кишки.

РЕЦЕНЗИЯ

Таким образом, предложенная методика оперативного лечения несформированных тонкокишечных свищей как источника распространенного гнойного перитонита может быть операцией выбора при данной патологии.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.П. Будашеев

УШИВАНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Среди многообразных форм кишечных свищей особое значение, в связи с наибольшей летальностью, имеют несформированные свищи, осложненные перитонитом. Эффективным способом дренирования брюшной полости при распространенном гнойном перитоните в токсической стадии является лапаротомия, но вероятность образования несостоятельности швов межкишечных анастомозов, кишечных свищей остается достаточно высокой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 6 больных с распространенным гнойным перитонитом в токсической стадии, которые осложнились образованием несформированных тонкокишечных свищей независимо от способов дренирования брюшной полости. Мужчин было 4 (66,6 %), женщин – 2 (33,3 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным по экстренным показаниям выполняли срединную лапаротомию, санацию и ревизию брюшной полости, ушивание несформированных тонкокишечных свищей, «слабых» участков кишечной стенки атравматичной нитью пролен 5/0. Через 48 часов проводили поднаркозные программированные санации брюшной полости, при которых осторожно удаляли марлевые салфетки, энтеролизис не проводили. При санации брюшной полости рыхлые спайки не разделяли, особенно там, где проводили ушивание свищей. По показаниям брюшную стенку ушивали через все слои на трубках-«амортизаторах». Рецидив свища в месте ушивания возник у 1 больного (16,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный метод может быть операцией выбора при возникновении несформированных тонкокишечных свищей в токсической стадии распространенного гнойного перитонита.

А.М. Водопьянова, Э.В. Архипова, Э.А. Алексеева, Л.Н. Шантанова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ *POTENTILLA ALBA L.*

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)*

Заболевания щитовидной железы в настоящее время занимают ведущее место в структуре всех эндокринопатий. Прежде всего, это объясняется широтой распространенности диффузного зоба в йоддефицитных районах, к которым относят обширные территории России: Северный Кавказ, Алтай, Урал, Сибирское плато, Забайкалье, Дальний Восток, а также Верхнее и Среднее Поволжье, Север и Центральные области европейской части страны [2, 3]. Согласно рекомендации ВОЗ, суточная потребность в неорганическом йоде составляет 150 мкг в сутки. При недостаточном поступлении йода (меньше 50 мкг/сут), в щитовидной железе уменьшается синтез гормонов, что ведет к развитию зоба и, в конечном итоге, к гипертиреозу [1].

Наиболее выраженный йодный дефицит и высокая частота эндемического зоба обнаружены в Тюменской области, Красноярском крае, в Республиках Саха, Тува, и Бурятия, где частота этого заболевания варьирует от 25 до 80 % [4].

Социальный аспект проблемы заключается в том, что болеют наиболее часто люди трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, нередко данное заболевание и его осложнения служат причиной стойкой нетрудоспособности.

В настоящее время, несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении гипертиреоза, включая оперативные методы, химио-, гормоно- и физиотерапию, проблема лечения данного заболевания не стала менее актуальной. Попытки многочисленных фармацевтических фирм создать эффективное средство для лечения гипертиреоза до настоящего времени не увенчались успехом. Официальная медицина для лечения заболеваний щитовидной железы применяет, главным образом, препараты гормонов щитовидной железы, антигипертиреоидные препараты, и препараты, содержащие йод. Однако все указанные средства обладают рядом побочных эффектов на организм, в связи с чем актуальной проблемой является разработка новых безвредных препаратов для лечения эндемического зоба.

Перспективным направлением является исследование средств народной и традиционной медицины. Одним из растений, применяемых для лечения заболеваний щитовидной железы, является лапчатка белая (*Potentilla alba L.*), семейства розоцветных (*Rosacea*), многолетнее травянистое растение, распространенное преимущественно в черноземных районах Европейской части России. Полезные свойства лапчатки белой обусловлены ее уникальным химическим составом, который в настоящее время еще мало изучен. Известно, что подземная часть (корневища с корнями) содержат углеводы (крахмал), ириоиды, сапонины, фенолкарбоновые кислоты, флавоноиды (кверцетин), дубильные вещества (галлотанин — до 17 %). Надземная часть растения содержит ириоиды, сапонины, фенолкарбоновые кислоты, флавоноиды (рутин), дубильные вещества (до 6 %). В листьях обнаружены фенолкарбоновые кислоты и их производные (кумаровая, эллаговая кислоты), флавоноиды (кверцетин, цианидин). В результате проведенных в НИИ неорганической химии СО РАН (г. Новосибирск) исследований травы лапчатки белой, было установлено, что она является концентратором Mn, Zn, Cu, Se, Si, Co, Fe, Al, а также содержит элементарный йод и анион йодистой кислоты.

В Институте фармации (г. Москва) разработан способ получения сухого экстракта из лапчатки белой, заключающийся в экстракции 70%-ным этиловым спиртом и последующей вакуумной сушкой.

Целью работы является определение острой токсичности сухого экстракта из лапчатки белой.