

department of central hospital is generalized. They have developed the rehabilitative algorithm including pain arresting, liquidation

of locomotory segment backbone block, formation of muscular corset, restoration of a habitual locomotory stereotype.

УДК 616-005-053-089

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАВШИХСЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

**Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Плаксин Е.А., Тимофеев В.Д., Деревянко А.А.,
Мартюшев Е.Е.**

*Дорожная клиническая больница на ст. Донецк.
Донецкий государственный медицинский институт им. М.Горького.*

Одним из опасных осложнений после операций на органах брюшной полости является образование кишечных свищей. При этом в организме довольно рано наступают выраженные общие расстройства, особенно со стороны водно-электролитного и белкового обменов. Больные быстро теряют массу тела, развивается лихорадка, приобретая нередко септический характер. Летальность в данной группе больных достигает 29,9 – 45% [3, 7, 11], а в остром периоде формирования свищей (несформировавшиеся кишечные свищи) она достигает до 71,7% [8]. Больные умирают от прогрессирующего перитонита, сепсиса, интоксикации, истощения, обезвоживания, печеночно-почечной недостаточности [7, 9, 10].

Лечение больных с кишечными свищами является трудной задачей и очень тяжелым моральным и физическим испытанием для больного. Нередко возникают ошибки, обусловленные незнанием практическими врачами показаний к применению различных методов временной обтурации кишечных свищей, критериев выбора срока хирургического вмешательства и методов оперативного пособия. Особенно опасны эти ошибки при тонкокишечных несформировавшихся и осложненных свищах. Консервативная терапия либо оперативное закрытие сформировавшихся свищей всегда сопровождается благоприятным исходом. Иная картина наблюдается при лечении больных с несформировавшимися кишечными свищами. Лечение больных с данной патологией в настоящее время может быть успешным только в том случае, если правильное понимание сути и ди-

намики течения патологического процесса будет обеспечено современными организационными формами оказания лечебной помощи данной категории больных.

Ранняя и точная диагностика наружных кишечных свищей, определение их характера, локализации и развивающихся осложнений, правильный выбор показаний к лечению различных свищей, определение срока хирургического вмешательства и способа оперативного пособия являются одним из основных путей снижения летальности при данной патологии.

Мы обладаем опытом лечения 168 больных с тонкокишечными свищами различного характера, этиологии и локализации. Возраст больных колебался от 17 до 73 лет, причем преобладали лица в возрасте 50-60 лет, то есть трудоспособного возраста.

Диагностика кишечных свищей основывается на тщательном изучении анамнеза, данных внешнего осмотра, установления факта выхождения газов и содержимого кишки, исследования свищевого отверстия и свищевого хода пальцем, зондирование свищевого канала, а также включает определение локализации и структуры свища, связь его с тем или иным органом, состояния периферического отрезка кишки, несущей свищ (рентгенологическое исследование, применение красителей), характера и степени кишечных потерь, стадии болезни, наличие осложнений.

Чаще всего диагноз кишечного свища не представлял особых трудностей: появление в ране или по дренажам из брюшной полости кишечного содержимого являлось неопровержимым доказательством

этого. Вместе с тем считаем необходимым поделиться некоторыми соображениями, основанными на собственных наблюдениях.

Прежде всего, хотелось бы отметить, что не всегда вопрос решается простой констатацией факта наличия кишечного химуса в ране. Сложнее дело обстоит в тех случаях, когда в раннем послеоперационном периоде на фоне имеющегося гнойно-деструктивного процесса изменяется цвет гнойного экссудата, приобретая временами желтоватый оттенок; либо когда отграниченный гнойный процесс в брюшной полости не имеет тенденции к купированию, а количество гноя, выделяющегося из раны, не только не уменьшается, но зачастую, наоборот, нарастает.

В первом случае (6 больных) мы прибегали к динамическому наблюдению за больными без каких-либо активных диагностических вмешательств, которые могут причинить непоправимый вред – разрушение отграничительного барьера с последующей генерализацией процесса. При этом обязательно учитывали общее состояние больного (изменение температурной реакции, появление признаков интоксикации), а также местные изменения (появление инфильтрата, изменение внешнего вида раны). У всех больных в течение 2-3 дней картина достаточно прояснилась, диагноз свища подтвердился.

Во втором случае (5 больных) диагностические сомнения разрешили рентгенологическим методом (фистулографией, которая была выполнена на 12-й и 14-й день после операции).

Рентгенологический метод диагностики кишечных свищей считается наиболее информативным методом [4].

Рентгенологическое исследование всех больных проводили в рентгенологическом кабинете при обязательном присутствии лечащего врача. План исследования намечали совместно с хирургом после тщательного изучения анамнеза, характера выполненной операции, особенностей клинического течения послеоперационного периода, результатов лабораторного и других диагностических тестов.

Исследование начинали с обзорного снимка брюшной полости, который произ-

водили с таким расчетом, чтобы на них было получено изображение всех ее отделов, включая оба купола диафрагмы, латеральные каналы и полость малого таза. Если позволяло состояние больного, снимки брюшной полости выполняли у вертикальной стойки и на столе для снимков. Больным в тяжелом состоянии снимки производили в горизонтальном положении на столе для снимков или прямо на каталке, не переключая больного. В процессе исследования тщательно изучали состояние пневматизированных отделов желудочно-кишечного тракта, особенно в зоне расположения свищевого хода (степень вздутия, положение, характер складок слизистой, контуры), обращали внимание на наличие газовых образований и участков затемнения брюшной полости (уровни жидкости в полости или скопление пузырьков газа), оценивали контуры паренхиматозных органов и больших поясничных мышц, границы мягких тканей боковых отделов живота.

Обзорное исследование брюшной полости позволило у 31 больного выявить косвенные признаки имеющегося воспалительного процесса в брюшной полости, оценить его выраженность и преимущественную локализацию, а также заподозрить наличие гнойных осложнений у 22 больных.

После обзорного исследования выполняли фистулографию. Мы являемся сторонниками ранней (но не ранее 6-7 суток после операции) фистулографии при тонкокишечных свищах. В качестве контрастного вещества применяем 30% водную взвесь сульфата бария. В случаях когда кишка с дефектом стенки располагалась в глубине брюшной полости, отсутствовали признаки распространенного перитонита, а кишечное отделяемое поступало наружу через дренажи, находящиеся в брюшной полости или в случаях, когда имело место сомнение в наличии кишечного свища использовали водорастворимые контрастные вещества.

При фистулографии изучали локализацию свища и его уровень, протяженность и ширину свищевого хода, наличие дополнительных ответвлений, связь свищевого хода с просветом определенной кишки.

Особое внимание уделяли затеканию контрастного вещества за контуры свищевого хода или кишки; образованию полостей, их величины, форме, степени дренирования; связь свища с другими органами. Иногда при введении контрастного вещества можно сразу определить локализацию свища и его уровень.

В некоторых случаях приходится продолжать заполнение кишки до ясности картины. При этом, продолжая заполнение, можно сразу же и решить вопрос о проходимости нижележащих отделов. Подобным образом мы поступили у 6 больных, осложнений не имели, но составили довольно четкое представление о характере свища.

При подозрении на высокий свищ целесообразно изучать приводящую петлю введением бариевой взвеси в желудок перорально с последующей серией рентгенологических снимков до появления контрастной массы в наружном отверстии свища. Интервалы между повторными снимками зависели от темпа продвижения контрастного вещества по кишке и локализации наружного свищевого отверстия (чем выше располагался кишечный свищ, тем короче были интервалы), а также характера отделяемого из него. В среднем этот интервал составлял 20-30 минут. Этим же методом можно приблизительно определить длину приводящего отдела, хотя при заполнении контрастом несколько налегающих друг на друга кишечных петель сделать это чрезвычайно трудно.

Таким методом мы определяли длину приводящего отдела у 7 больных, испытывая при этом большие затруднения, так как подсчет был крайне приблизительным. Во время последующего оперативного вмешательства предположения оправдались у 3 больных.

Применение различных красителей для определения уровня тонкокишечных свищей, по нашему мнению, имеет относительное значение: при прочих примерно равных условиях, выделение индигокармина из свища у различных больных по времени весьма вариабельно, поскольку при кишечных свищах нередко развиваются нарушения моторики кишки, поэтому данное исследование редко является достаточно информативным. Мы применили

его у 12 больных, при этом явно ошибочный результат получили у 5 больных.

Придавая большую важность знанию длины приводящей петли при полных свищах, мы применили разработанный и внедренный, довольно точный и достаточно объективный способ. Суть его заключается в следующем. Больному дают проглотить шарик из нержавеющей стали диаметром 5 мм, закрепленный (через сквозное отверстие) на капроновой нити известной длины. Свободный конец нити накручен на катушку, которая располагается на постели и постепенно разматывается по мере продвижения шарика по желудочно-кишечному тракту. После выхода шарика из свищевого отверстия измеряют длину вышедшей нити и длину нити, оставшейся вне ротовой полости. Длину приводящей петли определяем путем вычитания из общей длины нити суммы длин нитей, находящейся вне желудочно-кишечного тракта, и средней анатомической длины пищевода и желудка. Этот способ применен нами у 12 больных, последующие операционные находки подтвердили его высокую точность.

При выборе тактики лечения мы обращали внимание на то, какой свищ – сформировавшийся или несформировавшийся. Консервативная терапия либо оперативное закрытие сформировавшихся свищей сопровождались благоприятным исходом – все больные выписаны с выздоровлением.

Основным направлением в лечении несформировавшихся тонкокишечных свищей считаем консервативное (большинство хирургов являются сторонниками раннего оперативного вмешательства – операция «отчаяния»). Что касается операции «отчаяния», то эта проблема перед нами практически не стоит, поскольку разработанные в клинике способы подготовки больных к операции (внекишечное закрытие поролоновой губкой неполных свищей, обеспечение искусственного пассажа кишечного содержимого, энтеральное зондовое питание при полных свищах) полностью позволяют отказаться от ранних оперативных вмешательств и полноценно подготовить больных к плановой операции. Исключение составляют редкие случаи наличия непроходимости отводящей пет-

ли, где кроме оперативного, другое лечение осуществить невозможно, особенно при высоких свищах.

Основным направлением у больных с неполными несформировавшимися свищами было обеспечение герметизма свища, которое достигалось закрытием свища поролоновой губкой. Преимущества губки, по сравнению с другими обтураторами, обусловлены физико-механическими свойствами поролонки (пористость, выраженная влагопитательная способность, эластичность, возможность индивидуальной модификации с учетом конфигурации и размеров свищевого хода). Использование поролонового обтуратора предотвращает истечение кишечного содержимого и тем самым снимает проблему последующей потери химуса, осложнений, возникающих в результате попадания его в брюшную полость или рану. В связи с этим отпадает необходимость в специальной подготовке больных, коррекции обменных нарушений. Закрытие несформировавшихся свищей губкой есть одновременное лечение, профилактика осложнений, формирование свища в трубчатый или губовидный и подготовка больных к операции.

При полных свищах основной задачей считаем восстановление кишечного пассажа, для этих целей применяем специально разработанное устройство, позволяющее захватывать кишечное содержимое из приводящей петли и сбрасывать его в отводящее колено либо энтеральное зондовое питание.

Параллельно этому осуществляем общее лечение, в основе которого находится коррекция наступивших нарушений гомеостаза, борьба с интоксикацией и гнойной инфекцией. Для ограничения воспалительного процесса применяли антибиотики широкого спектра действия. Немаловажное значение имеет и полноценное высококалорийное питание, эффективность которого резко возросла после прекращения кишечных потерь.

После проведенной предоперационной подготовки, устранения выраженного дерматита и восстановления водно-электролитного и белкового обменов выполняли оперативное вмешательство в плановом порядке. При этом средний срок оператив-

ного вмешательства при свищах тонкой кишки составил 2-3 месяца. В основу показаний к операции нами положены результаты комплексного обследования больного. Основными критериями готовности к оперативному вмешательству должны быть показатели, характеризующие выраженное и стойкое улучшение и стабилизацию состояния гомеостаза: существенное увеличение массы тела (при исходном истощении), адекватный диурез, нормальные или приближающиеся к норме цифры красной крови, общего белка на фоне альбумино-глобулинового коэффициента, близкого к единице, и электролитов (главным образом хлоридов).

Как известно, из существующих в настоящее время способов хирургического лечения наружных тонкокишечных свищей подавляющее большинство хирургов предпочитает внутрибрюшинные способы, а среди них – циркулярную резекцию кишки, несущей свищ [1, 2, 5, 6].

Основными операциями при свищах тонкой кишки, выполненными нами, были циркулярная резекция участка кишки несущей свищ с анастомозом «конец в конец» (89,6 %), внутрибрюшинное ушивание тонкой кишки (9,1 %), внебрюшинное ушивание тонкой кишки (1,3 %).

Немаловажное значение имеет правильный выбор оперативного доступа. Мы придерживаемся мнения, что доступ целиком определяется целью операции. Например, при иссечении дуоденального свища на почве несостоятельности культи 12п. кишки после резекции желудка или в результате травмы, требуется применение разреза через свищ, другой доступ здесь считаем неприменимым ввиду топографических особенностей данной зоны (необходим кратчайший путь, чтобы не травмировать другие органы в условиях спаечного процесса). При тонкокишечных свищах наиболее рациональным считаем доступ через рану, в которую открывается свищ (если речь идет о радикальной операции – резекции кишки или ушивании свища). Данный доступ позволяет наилучшим образом выделить приводящую и отводящую петлю, разобраться в порой очень сложных анатомических взаимоотношениях. Гнойных осложнений можно избежать при пра-

вильном и скрупулезном соблюдении предосторожностей, связанных с инфицированием окружающих тканей: тщательное обкладывание зоны операции салфетками, смоченными 0,02% водным раствором хлоргексидина; временная изоляция свища, иногда даже его временное ушивание; частое мытье рук; смена инструментария; повторная обработка операционного поля антисептиками; использование отграничительных тампонов.

Если же целью оперативного вмешательства является выключение свища, естественно, разрез должен быть произведен в стороне от него: срединный или параректальный. Во время операции мы стараемся рассечь все спайки, устранить перегибы, «двустволки» кишечных петель и только после восстановления полной кишечной проходимости приступаем к устраниению кишечного свища.

В заключении необходимо отметить, что чем раньше начинается квалифицированное лечение больных с несформировавшимися свищами, тем лучше и успешнее оно проводится на последующих этапах. Диагностика кишечных свищей основывается на тщательном изучении анамнеза, данных внешнего осмотра, установления факта выхождения газов и содержимого кишки, исследования свищевого отверстия и свищевого хода пальцем, зондирования свищевого канала, а также включает определение локализации и структуры свища, связь его с тем или иным органом, состояния периферического отрезка кишки, несущей свищ. Наиболее информативным методом диагностики кишечных свищей является рентгенологический метод (мы являемся сторонниками ранней фистулографии). Лечение начинается с проведения консервативных мероприятий. Оперативное вмешательство выполняется в среднем через 2-3 месяца. Основным методом оперативного вмешательства является циркулярная резекция кишки, несущей свищ.

Применение комплекса лечебных мероприятий, отказ от ранних операций позволили снизить послеоперационные осложнения с 38% до 16%, а летальность с 18% до 2,8%.

Литература

1. Антонюк О.С. Шляхи поліпшення результатів хірургічного лікування тонко кишкових нориць: Автореф. дис...канд. мед.наук (14.01.03) / Харків. держ. мед. ун-т. – Харків. – 1996. – 23с.
2. Аскерханов Р.П. Внутривнутрибрюшинные операции при наружных кишечных свищах //Клиническая хирургия. – 1985. — № 2. – С. 8-9.
3. Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами: Дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1985. – 345с.
4. Береснева Э.А., Пауткина Н.Ю. Рентгенодиагностика наружных кишечных свищей // Вестн. Рентгенологии и радиологии. – 1992. — № 1. – С. 38-39.
5. Бугаев А.И., Малкова С.К. Тактика при кишечных свищах //Актуальные проблемы современной клинической хирургии. – Чебоксары. – 1990. – С. 107-112.
6. Вехлер Д.Г., Логачев Ф.Ф., Усиков И.В., Гусак И.В. Тактика лечения послеоперационных кишечных свищей //Клиническая хирургия. – 1991. — № 2. – С. 19-21.
7. Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Лечение больных с кишечными свищами //Хирургия. – 1972. — № 12. – С. 82-86.
8. Вицын Б.А., Атаманов В.В. Лечение больных с несформированными кишечными свищами //Хирургия. – 1984. — № 7. – С. 129-133.
9. Грицман Ю.Я., Борисов А.И. Послеоперационные кишечные свищи. – М.: Медицина, 1972. – 152с.
10. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. – М.: Медицина, 1986. – 143с.
11. Полещук И.С., Павлюк П.А. Лечение больных с кишечными свищами аппендикулярного происхождения // Сов. медицина. – 1978. — № 2. – С. 55-60.

Резюме

**ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ
ТОНКОКИШЕЧНИХ СВИЩІВ, ЩО НЕ
СФОРМУВАЛИСЯ**

*Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Плаксин
Е.А., Тимофеев В.Д., Деревянко А.А.,
Мартюшев Е.Е.*

Показано, що чим раніше починається кваліфіковане лікування хворих з свищами, що не сформувалися, тим краще і успішніше воно проводиться на подальших етапах. Діагностика кишкових свищів ґрунтується на ретельному вивченні анамнезу, даних зовнішнього огляду, встановлення факту виходження газів і вмісту кишки, дослідження свищуватого отвору і свищуватого ходу пальцем, зондування свищуватого каналу, а також включає визначення локалізації і структури свища, зв'язок його з тим або іншим органом, полягання периферичного відрізка кишки, несучої свищ. Самим інформативним методом діагностики кишкових свищів є рентгенологічний метод. Лікування починається з проведення консервативних заходів. Оперативне втручання виконується в середньому через 2-3 місяці. Основним методом оперативного втручання є циркулярна резекція кишки, несучої свищ.

Вживання комплексу лікувальних заходів, відмову від ранніх операцій дозволили понизити післяопераційні ускладнення з 38% до 16%, а летальність з 18% до 2,8%.

Summary

**DIAGNOSIS AND TREATMENT
UNDEVELOPED INTESTINAL FISTULAS**

*Antonuk S.M., Akhrameev V.B., Plaxin E.A.,
Timofeeyev V.D., Derevyanko A.A.,
Martyushev E.E.*

In work presented the authors share their experience of 168 patients with intestinal fistulas of various aetiology treatment. The age of the patients under treatment was 17 - 73 years old. Diagnosis of intestinal of fistulas is based on careful study of case histories, external examination, and some additional researches. X-ray examination turned out to be the most informative diagnostic method. The treatment usually started with realisation of conservative measures, directed to the termination of intestinal losses, intoxication diminishing and liquidation, correction of electrolytes balance, etc. Surgery was performed in 2-3 months. The main operative intervention was resection of intestinal fistula area. The rate of postoperative complications was decreased from 38 % to 16 %, and fatalities rate from 18 % up to 2,8 %.

УДК 616-092:612.013.1:612.014.482:616.5

**НАРУШЕНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ МЕСТНЫХ ЛУЧЕВЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЖИ**

Звягинцева Т.В.

Харьковский государственный медицинский университет

Сложная радиоэкологическая обстановка в мире и, особенно, в Украине, рост числа онкологических заболеваний, а следовательно и комплексных комбинированных методов лечения, 70-80 % из которых включают лучевую терапию, определяют актуальность проблемы лучевых повреждений кожи сегодня и в обозримом будущем. В связи с этим назрела необходимость в установлении общих и специальных механизмов нарушения гомеостаза в развитии местных лучевых повреждений кожи, в первую очередь, окислительно-антиоксидантного гомеостаза, иммунной системы, системы крови, что и составило цель исследования. При этом группой сравнения были

экспериментальные животные с механическим повреждением, где эволюционно сформировавшиеся восстановление гомеостаза является одним из древнейших, и улучшить (ускорить) который не под силу самым современным методам лечения.

Материалы и методы.

Экспериментальная часть исследования выполнена на 450 крысах линии Вистар массой 180-200 г. Опыты осуществлялись в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных», с учетом норм Статуса Украинской ассоциации по биоэтике (1992), требований Европейской конвенции