

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпов, Р.Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №3. – С.32-36.
2. Воробьев, Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.: Стольный град, 2002. – 108 с.
3. Давыдов, М.И. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2006 г/ М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2008. – № 2. – С. 91-119.
4. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2003. – 253 с.
5. Cheung M-T. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomies / M-T Cheung, N-H Chia, W-Y Chiu // Dis Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 266-270.
6. Intestinal Stomas. Principles, Techniques, and Management. Second Edition, Revised and Expanded / Edited by Peter A. Cataldo, John M. MacKeigan. – U.S.A., 2004. – 524 p.

УДК 616.34-007.253

© Коллектив авторов, 2017

В.С. Пантелеев^{1,2}, Р.Р. Иштуков^{1,2}, В.Д. Дорофеев², М.О. Логинов^{1,2}
**СЕЛЕКТИВНОЕ АНГИОТРОПНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ С МЕСТНЫМ
 ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАГЕНА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННЫХ
 ДУОДЕНАЛЬНЫХ И ВЫСОКИХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ**
¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи представляют собой серьезнейшую проблему в абдоминальной хирургии. Оперативные вмешательства у данной категории пациентов в основном выполняются в срочном порядке, поскольку большие потери кишечного содержимого через свищ ведут к ослаблению и истощению больных.

В статье представлен многолетний опыт хирургического лечения больных с несформированными дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами с использованием оригинального комплексного подхода в основной группе больных. Местное применение коллагена на фоне селективного введения ангиопротекторов позволило снизить частоту несостоятельности кишечных швов после ушивания свищей, а в случаях ее возникновения она в большинстве своем была частичной. Таким образом, разработанная нами методика позволила снизить частоту несостоятельности кишечных швов, количество вновь образованных кишечных свищей и гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи, коллаген, селективное воздействие ангиопротекторов, лазероантибиотикотерапия

V.S. Panteleev, R.R. Ishtukov, V.D. Dorofeev, M.O. Loginov
**SELECTIVE ANGIOPROTECTIVE IMPACT USING TOPICAL COLLAGEN
 ON UNFORMED DUODENAL AND HIGH JEJUNAL FISTULAS**

Unformed duodenal and high intestinal fistulas represent a major problem in abdominal surgery. Surgical interventions in these patients are mainly carried out urgently because large losses of intestinal content through fistulae lead to the weakening and exhaustion of patients.

The article presents long-term experience of surgical treatment of patients with duodenal and high unformed intestinal fistulas using the original integrated approach in the main group of patients. Local application of collagen against selective introduction of angioprotectors enabled to reduce the frequency of intestinal sutures insolvency after fistula closure, and in cases of its occurrence, it was mostly partial. Thus, the developed technique made it possible to reduce the frequency of insolvency of intestinal sutures, the number of newly formed intestinal fistulas and purulent-septic complications.

Key words: unformed duodenal and high jejunal fistulas, collagen, selective impact of angioprotectors, laser-and-antibiotic therapy.

Несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи представляют собой серьезнейшую проблему в абдоминальной хирургии [1,3,4,7,8,9]. Оперативные вмешательства у данной категории пациентов в основном выполняются в срочном порядке, поскольку большие потери кишечного содержимого через свищ ведут к ослаблению и истощению больных [5]. Если при низких тонкокишечных свищах можно выполнить резекцию кишки, несущей свищ(и) или сформировать обходной анастомоз, то при высоких, а тем более дуоденальных свищах, эта задача значительно усложняется, в связи с чем приходится ограничиваться ушиванием

свищевого дефекта(ов) в кишке. Учитывая наличие гнойно-воспалительного процесса и нарушение кровотока в кишечной стенке, эти операции нередко обречены на несостоятельность кишечных швов, а процесс может усугубиться образованием новых кишечных свищей, которые потребуют проведения повторных оперативных вмешательств. Анализ собственного архивного материала показал высокую частоту послеоперационных осложнений и летальности больных с вышеуказанной патологией и как следствие этого неудовлетворенность результатами оперативных вмешательств, что и побудило нас к поиску новых путей решения задачи лечения

больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами.

Материал и методы

В период с 2000 по 2016 годы в Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова г. Уфы было пролечено 132 больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами. У 82 пациентов имелись несформированные свищи, появившиеся в результате гнойно-воспалительного процесса, после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, закрытых и открытых травм живота и других причин (табл. 1). Большинство этих больных поступали в клинику из других медицинских организаций.

Таблица 1

Причины возникновения дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей

Причины	Абс.	%
Спаечная кишечная непроходимость	24	29,2
Перитонит	19	23,2
Панкреонекроз	13	15,8
Закрытая травма живота	8	9,8
Открытая травма живота	6	7,3
Пролежни	5	6,1
Несостоятельность гастродуоденоанастомоза	4	4,9
Несостоятельность гастроэнтероанастомоза	3	3,7
Итого...	82	100

С учетом общего состояния больных на момент их поступления, возраста, данных обследований к каждому пациенту был применен индивидуальный подход его ведения до операции. Все первичные оперативные вмешательства в клинике включали (ре)лапаротомию, ревизию брюшной полости, ее санацию, выявление и ушивание свищевого дефекта в кишке двухрядными швами и дренирование брюшной полости. В некоторых случаях ликвидация свища производилось по А.В. Мельникову с иссечением краев дефекта в кишке и сохранением $\frac{1}{4}$ окружности кишки.

Исследуемую выборку из 82 пациентов мы разделили на две группы: 48 больных – группа сравнения, у которых после ушивания кишечных свищей выполнялась общая медикаментозная терапия; 34 больных – основная группа, где использовалась разработанная нами методика комплексного лечения больных с вышеуказанной патологией. В указанный выше комплекс входило следующее:

1. Для повышения прочности швов на кишке мы применяли биологический имплантат (ПЕРМАКОЛ – свиной дермальный коллаген), который укладывался на область ушитого свища с фиксированием его узловыми серозно-мышечными швами к кишке, закрывая таким образом зону ликвидированного дефекта в виде «заплаты». Размеры коллагенового имплантата подбирались таким образом, чтобы

его края после укладки и расправления находились на расстоянии 2,0-2,5 см от линии швов на кишке.

2. С учетом того, что одним из наиболее значимых факторов в возникновении свищей является нарушение трофики в стенке кишки, а способ системного введения в организм препаратов для улучшения микроциркуляции как показывает опыт малоэффективен, мы применили методику селективного подведения ангиопротекторов. Для этого в послеоперационном периоде (на 2-е – 3-и сутки) пациентам производилась установка тонких микрокатетеров в желудочно-двенадцатиперстную артерию при дуоденальных свищах и в верхнюю брыжеечную артерию при высоких тонкокишечных свищах под рентгеноконтролем. Через установленный микрокатетер два раза в сутки ежедневно медленно в течение 6-7 дней производилось введение ангиопротекторов, активным веществом которых являлся ницерголин концентрацией 8 мг на 100,0 мл 0,9% раствора хлорида натрия, суточная доза препарата равнялась 16 мг.

3. Для усиления эрадикации микроорганизмов нами применялась лазероантибиотикотерапия – парентерального введения антибиотиков и внутривенной лазерной обработки крови (ВЛОК). Для проведения ВЛОК использовали лазерный аппарат «Матрикс-ВЛОК» с излучающей головкой КЛ-ВЛОК, длина волны – 0,63 мкм, мощность на конце световода – 2 мВт, продолжительность процедуры – 20 мин. Всего на курс проводили 5-7 ежедневных сеансов [2,6].

Результаты и обсуждение

Сравнивая результаты лечения в обеих группах больных, мы обращали внимание на структуру и количество ранних послеоперационных, в том числе гнойно-септических осложнений, а также на послеоперационную летальность (табл. 2). Выполнение повторных оперативных вмешательств было направлено на ликвидацию вновь возникших осложнений; санацию брюшной полости при перитоните и некрэктомию при панкреонекрозе; оценку состоятельности ранее наложенных швов на кишке, а также состояние установленного имплантата в основной группе больных. Релапаротомии выполнялись как по программе при наличии перитонита, так и по требованию при возникновении внутрибрюшных осложнений. При выявлении несостоятельности швов на кишке или появлении новых свищей при релапаротомии у этих пациентов проводили повторное ушивание свищевого дефекта с его тампонированием или наложением обходного

илеоеюноанастомоза, дуоденостомию, еюностомию по Майдлю.

В основной группе больных в 5 случаях из 7 несостоятельность швов на кишке была частичной и имела вид «прикрытой перфорации» за счет уложенного сверху швов коллагена, который сдерживал развитие полной несостоятельности. У этих пациентов нами выполнялось тампонирование и редренирование зоны кишечной петли несущей свищ без удаления имплантата и наложения дополнительных швов на дефект в кишке. Результатом тампонирования в 3-х случаях явилось заживление частич-

ной несостоятельности, а в 2-х случаях лечение закончилось образованием сформированного свища тощей кишки. В группе сравнения из 18 случаев несостоятельности кишечных швов у половины больных она была полной. Возникновение новых свищей тощей кишки произошло у 2(5,9%) пациентов основной группы, тогда как в сравниваемой группе вновь возникшие свищи отмечались у 7(14,6%) больных. Что касается вновь появившихся абсцессов и гнойных затеков брюшной полости, то они были отмечены у 5 (14,7%) пациентов основной и у 12(25%) больных группы сравнения.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения в сравниваемых группах, абс. (%)

Осложнения, выявленные после первой и последующих операций в клинике	Первая релапаротомия		Вторая релапаротомия		Третья и последующие релапаротомии		ИТОГО	
	осн. (n=34)	сравн. (n=45)	осн. (n=32)	сравн. (n=38)	осн. (n=28)	сравн. (n=34)	осн. (n=34)	сравн. (n=48)
Несостоятельность швов на кишке	1 (2,9)	5(11,1)	1(3,1)	7(18,4)	5(17,9)	2(5,9)	7(20,6)	14(29,2)
Вновь образовавшиеся кишечные свищи	-	2(4,4)	1(3,1)	2(5,3)	1(3,6)	3(8,8)	2(5,9)	7(14,6)
Появившиеся абсцессы и гнойные затеки брюшной полости	3(8,8)	6(13,3)	2(6,3)	4(10,5)	-	2(5,9)	5(14,7)	12(25)
Наличие распространенного перитонита	11(32,4)	17(37,8)	7(21,9)	11(28,9)	3(10,7)	6(17,6)	-	-
Всего осложнений	15(44,1)	30(66,7)	11(34,4)	24(63,2)	9(32,1)	13(38,2)	14(41,2)	33(68,8)
Количество умерших перед релапаротомией	-	3(6,3) (n=48)	2(5,9) (n=34)	7(15,5) (n=45)	4(12,5) (n=32)	4(10,5) (n=38)	6+(2*) 8(23,5)	14+(4*) 18(37,5)

* Больные, умершие после третьей и последующих релапаротомий.

Послеоперационная летальность в основной группе составила 23,5% (8 человек), а в группе сравнения – 37,5% (18 человек). Все умершие подверглись патологоанатомическим исследованиям, в результате которых были установлены причины летальных исходов. В 3 (37,5%) случаях в основной группе и 9 (50%) в группе сравнения летальные исходы были связаны с прогрессированием и распространением перитонита (табл. 3).

Таблица 3

Причины летальных исходов в обеих группах больных

Причины летальных исходов	Группы	
	основная (n=8)	сравнения (n=18)
Панкреонекроз	3	4
Перитонит	3	9
Инфаркт миокарда	1	2
Тромбоз легочной артерии	1	1
Кахексия	-	2

Закключение. Местное применение коллагена на фоне селективного введения ангио-

протекторов позволило снизить частоту несостоятельности кишечных швов после ушивания свищей, а в случаях ее возникновения в большинстве своем она была частичной. Это позволило у ряда больных добиться заживления свищей путем их тампонирования, а в остальных случаях наблюдалось образование наружных сформированных свищей, которые были прооперированы в последующем на более благоприятном фоне. Значительную разницу в количестве больных с вновь образовавшимися свищами мы связываем с эффективным воздействием ангиопротекторов, длительно и селективно вводимых в определенный сосудистый бассейн. Разница в возникновении новых гнойно-септических осложнений, а также наличие распространенного перитонита у пациентов обеих групп, по нашему мнению, связаны со всеми тремя составляющими комплексного лечения, в том числе и с лазероантибиотикотерапией.

Сведения об авторах статьи:

Пантелеев Владимир Сергеевич – д.м.н., зав. отделением лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, профессор кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)279-03-93. E-mail: w.s.panteleev@mail.ru.

Иштуков Роберт Ризович – врач-хирург хирургического отделения 4 Д ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, аспирант кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: ishtukovr@gmail.com.

Дорофеев Вадим Давидович – к.м.н., зав. отделением гнойной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132. Тел./факс: (347)272-99-28.

Логинов Максим Олегович – зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, ассистент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: (347)273-46-24

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев С.А. Этапное хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2006. – 26 с.
2. Герцен, А.В. Лазероантибиотикотерапия / А.В. Герцен, Т.А. Васина, А.А. Белопольский. – М.: Региональная общественная организация ученых по проблемам геофизики, 2002. – 231 с.
3. Григорьев, Н.С. Хирургическое лечение наружного сформированного неполного тонкокишечного свища // Наука и мир. – 2016. – № 10. – С.106-107.
4. Жариков А.Н. Хирургическое лечение больных с несформированными тонкокишечными свищами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул, 2004. – 26 с.
5. Актуальные вопросы диагностики и лечения свищей тонкой кишки / М.А. Нартайлаков [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. 2013. – Т. 8, № 2. – С. 340-343.
6. Пантелеев, В.С. Фотодинамическое воздействие в сочетании с лазероантибиотикотерапией у больных с гнойно-септическими осложнениями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2012. – 46 с.
7. Свищи желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе / В.И. Белоконов [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 3. – С. 61-64.
8. Closed drainage versus open packing of infected pancreatic necrosis / J.A. Harris [et al.] // Am Surg. – 1995. – Vol. 61, № 7. – P. 617-618.
9. Management of enterocutaneous fistulas: 30-year clinical experience / J. Li [et al.] // Chin Med J. – 2003. – Vol. 116, № 2. – P. 171-175.

УДК 616.33/342-002.44-08-039.57-07

© Коллектив авторов, 2017

Л.В. Волевач, А.Ш. Нафикова, Г.Я. Хисматуллина, А.А. Камалова РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЛИЦ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Статья посвящена изучению отдаленных результатов эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* и показателей качества жизни у больных, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при пятилетнем диспансерном наблюдении в амбулаторных условиях. Проведено комплексное обследование 233 человек с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в возрасте от 18 до 60 лет. В 1-ю группу было отобрано 183 пациента с язвенной болезнью, из них 31 пациент с язвенной болезнью желудка и 152 пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые находились на диспансерном учёте в поликлинике и прошли обучение в гастрошколе. Во 2-ю группу вошли 50 пациентов с язвенной болезнью (13 пациентов с язвенной болезнью желудка, 37 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки), которые по тем или иным причинам не выполняли рекомендации терапевта и не обучались в гастрошколе. Указанные группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести изменений в гастродуоденальной системе. По результатам длительного диспансерного наблюдения за пациентами с язвенной болезнью в амбулаторно-поликлинических условиях с соблюдением принципов эрадикационной терапии при полном комплексном обследовании установлено, что проведение успешной эрадикации, динамическое диспансерное наблюдение, обучение в гастрошколе достоверно улучшают качество жизни пациента, повышают трудоспособность, улучшают морфологическое состояние слизистой оболочки желудка, уменьшают частоту рецидивов.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, качество жизни, диспансеризация, эрадикация *Helicobacter pylori*.

L.V. Volevach, A. Sh. Nafikova, G.Ya. Khismatullina, A.A. Kamalova RESULTS OF THE FIVE-YEARS FOLLOW-UP OF PERSONS WITH GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER IN THE OUTPATIENT SETTINGS

The article is devoted to the study of remote results of eradication therapy of *Helicobacter Pylori* and quality of life in patients suffering from gastric ulcer and duodenal ulcer during five-years follow-up in an outpatient settings. We conducted a comprehensive survey of 233 people with gastric and duodenal ulcers aged from 18 to 60. The first group included 183 patients with peptic ulcer disease, including 31 patients with gastric ulcer and 152 patients with peptic ulcer of the duodenum, which were under regular medical check-up at the polyclinic and were trained in "gastro-school". The second group consisted of 50 patients with peptic ulcer disease (13 patients with gastric ulcer, 37 patients with peptic ulcer of the duodenum), which for one reason or another did not fulfill the recommendations of the therapist and were not trained in "gastro-school". The groups were matched for age, sex and severity of changes in the gastroduodenal system. According to the results of long-term dispensary observation of patients with peptic ulcer disease in the outpatient conditions in compliance with the principles of eradication therapy by a comprehensive examination it was established that successful eradication, a dynamic clinical supervision, training in "gastro-school" significantly improve the patient's quality of life, ability to work, the morphological condition of the gastric mucosa and reduce the frequency of relapses.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcer, quality of life, clinical examination, eradication of *Helicobacter pylori*.

Распространенность язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается в настоящее время высокой, частота встречаемости у взрослого населения составляет от 5 до 15% [1,8,9]. Ежегодно под диспансерным наблюдением находится более