

УДК 616.341-007.253-08-089-091.5

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ  
С ВЫСОКИМИ НАРУЖНЫМИ НЕСФОРМИРОВАННЫМИ  
ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ****А.В. Величко, О.А. Голубев****Гомельский государственный медицинский университет**

Проведен анализ летальности и морфологических изменений в органах 9 больных с высокими наружными несформированными тонкокишечными свищами. У 3 больных с длительным (от 1 до 2 месяцев) существованием высокого несформированного тонкокишечного свища выявлена выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Остальные 6 больных умерли от гнойно-септических осложнений в период от 7 до 15 суток с момента формирования высокого тонкокишечного свища.

Ключевые слова: несформированный тонкокишечный свищ, дистрофия, аутопсия, морфология.

**CLINICO-MORPHOLOGICAL FEATURES OF PATENTS  
WITH HIGH EXTERNAL NON-FORMED SMALL INTESTINAL FISTULA  
BY AUTOPSY DATA****A.V. Velichko, O.A. Golubev****Gomel State Medical University**

The analysis of lethality and morphological variations in organs of 9 patients with high external non-formed small intestinal fistulas has been carried out. In 3 patients with long-lived (from 1 to 2 months) existence of high non formed small intestinal fistula the marked parenchymatous dystrophy of internal organs was detected. Other 6 patients died from purulent — septic complications in the period from 7 to 15 days from the moment of high small intestinal fistula formation.

Key words: non-formed small intestinal fistula, dystrophy, autopsy, morphology.

Кишечные свищи являются одним из тяжёлых осложнений послеоперационного периода и заболеваний органов брюшной полости. Чаще всего образование свищей является осложнением экстренных оперативных вмешательств в связи с воспалительно-деструктивными заболеваниями органов брюшной полости, кишечной непроходимостью, тупой травмой живота [1, 4]. В небольшом проценте случаев свищи образуются после плановых оперативных вмешательств [2, 6]. Непосредственными причинами образования свищей являются несостоятельность анастомозов и культы кишки (50%), нераспознанные интраоперационные ранения кишечной стенки, нарушения кровоснабжения участков кишки, воспалительные процессы в брюшной по-

лости [1, 7]. Причинами образования кишечных свищей без предшествующего оперативного вмешательства (10–25%) могут быть онкологические процессы, язвенная болезнь, энтероколит, травма органов брюшной полости, панкреатит [7].

Показатели общей летальности пациентов с кишечными свищами имеют широкий разброс — от 2,8 до 70% [1, 4, 7]. Особенно опасны в этом отношении высокие несформированные тонкокишечные свищи, летальность при которых достигает 54–62% [1, 4, 6, 7]. Быстрое истощение, резко прогрессирующие нарушения основных видов обмена, присоединение септического процесса — такова неуклонная динамика этой патологии.

Нами проведен анализ летальности 9 больных с высокими наружными не-

сформированными тонкокишечными свищами. Ввиду недостаточной статистической группы больные не были дифференцированы по этиологии свищей.

Непосредственной причиной смерти у 5 больных явилась нарастающая интоксикация на фоне полиорганной недостаточности, у 2 больных — острая недостаточность кровообращения, обусловленная интоксикацией, у 1 больного — гнойная пневмония на фоне выраженной дистрофии внутренних органов и кахексии, у 1 больного — сепсис, стрептококковая септицемия.

У 3 больных с длительным (от 1 до 2 месяцев) существованием высокого несформированного тонкокишечного свища выявлена выраженная паренхиматозная дистрофия

внутренних органов. Остальные 6 больных умерли от гнойно-септических осложнений в период от 7 до 15 суток с момента формирования высокого тонкокишечного свища.

Морфологически дистрофические изменения представлены паренхиматозной дистрофией миокардиоцитов у 7 пациентов, белковой дистрофией гепатоцитов у — 3, жировой — у 2, белковой и жировой — у 2 больных. В почках у всех больных выявлена гидропическая дистрофия эпителия канальцев. Некротические изменения канальцевого эпителия почек выявлены у 2 больных. У всех больных выявлены изменения посмертного характера по типу межпочечного отёка в сердце, лёгких, печени, почках, головном мозге.

#### Таблица

**Морфологическая картина органов больных с высокими наружными тонкокишечными свищами по данным аутопсий**

	Отёк	Кровоизлияние	Ишемия	Дистрофия	Некроз
Сердце	межмышечный			паренхиматозная	
Лёгкие	альвеолярный				
Печень	пространств Диссе		паренхимы	белковая и жировая	
Почки	клубочков и паренхимы			гидропическая эпителия канальцев	очаговый канальцев
Головной мозг	околососудистый и околочелюточный		умеренная		
Кишечник		очаговые в подслизистом пространстве			
Поджелудочная железа				паренхимы	

Таким образом, по нашим данным, образование высоких наружных несформированных тонкокишечных свищей является следствием альтеративных (дистрофия, некроз) процессов, являющихся, с одной стороны, следствием необходимых в клинике экстренных оперативных вмешательств, а с другой — морфологическим субстратом общих проявлений нарушений обмена у пациентов и интоксикации.

Подробное изучение особенностей клиники и морфогенеза образования высоких

несформированных наружных кишечных свищей позволит в будущем определить подходы к лечению данных патологических состояний и, возможно, определить критерии индивидуального подхода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дешкевич В.С. Кишечные свищи: этиология, патогенез, диагностика и лечение.— Мн., 1985. — 126 с.
2. Карпов С.Ю., Черевко Д.А. // Вестник хирургии — 1999. — Т. 158. № 5. — С. 73—74.

3. Майстренко Н.А., Железный О.Г., Хорошилов И.Е. // Нерешённые проблемы неотложной хирургии и эндовидеохирургии. — СПб, 1998. С. 62—63.

4. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. — М., 1986. — 144 с.

5. Малыгин Б.Д., Левчик Е.Ю., Климушев В.Н. и др. // Первый международный Белорусский конгресс хирургов. — Витебск, 1996. — С. 259—262.

6. Попов В.Я., Пырклов В.А., Фёдоров И.В. и др.

// Эндоскопическая хирургия — 1997. — Т. 3, — № 4. — С. 50.

7. Смирнов А.Н., Пригаро Е.И., Гассан Т.А. // Наружные кишечные свищи (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, современные тенденции в предоперационной подготовке, хирургической тактике и послеоперационном ведении пациентов). Детская хирургия. № 4, 2002. — С. 36—40.

*Поступила 22.11.2004*

**УДК 616-036.12**

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ПАРЕЗАМИ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ**

**В.Я. Латышева, Е.Л. Мазаник, Л.А. Лемешков, Аль-Хулайди Мохамед**

**Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельская областная клиническая больница  
Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ**

Представлены методики применения различных немедикаментозных методов, применяемых при проведении медицинской реабилитации больных с центральными парезами. Особое внимание уделено купированию болевого синдрома центрального генеза и нервно-мышечной стимуляции.

Ключевые слова: физические факторы, центральные парезы, мышечная спастичность, болевой синдром, биологическая обратная связь.

## **REHABILITATION OF PATIENTS WITH PHYSICAL FACTORS CENTRAL PARESES**

**V.Ya. Latysheva, E.L. Mazanik, L.A. Lemeshkov, Al Khulaidi Mohamed**

**Gomel State Medical University  
Gomel Regional Clinical Hospital  
Gomel Regional Clinical Hospital of War Invalids**

The paper presents technique of application of different non-medical methods used at medical rehabilitation of the patients with central pareses. Special attention is paid to neuromuscular stimulation and arrest of pain syndrome of central genesis.

Key words: physical factors, central pareses, muscular spasticity, pain syndrome, biological feedback.

### **Введение**

Спастические (центральные) парезы развиваются при поражении верхнего мотонейрона, при этом очаг поражения может находиться либо в головном, либо в спинном мозге. Чаще всего они наблюдаются при инсульте, черепно-мозговой травме, компрессии спинного мозга, рассе-

янном склерозе, воспалительных и некоторых наследственных заболеваниях (семейная параплегия Штрюмпеля и др.) [1, 5].

При использовании физических методов в реабилитации больных со спастическими парезами принципиально важным является выделение и оценка таких основных проявлений синдрома верхнего мото-