

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ

А.И. Грицаенко, Р.Р. Иштуков, М.Р. Гараев

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа

Грицаенко Андрей Иванович,

врач-хирург, зав. операционным отделением, доцент кафедры
общей хирургии БГМУ, канд. мед. наук,

Иштуков Роберт Ризович,

клинический ординатор кафедры общей хирургии БГМУ,
450005, Россия, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,

тел. 8 (347) 272-75-90,

e-mail: ishtukovr@gmail.com,

Гараев Марат Раилевич,

ассистент кафедры общей хирургии

В обзоре представлена актуальность лечения тонкокишечных свищей в истории медицины и современной практике. Проведен анализ частоты заболеваемости и развития осложнений, оценка результатов диагностики, эффективности консервативного и оперативного лечения. Освещены вопросы профилактики развития тонкокишечных свищей, а также наиболее частые причины их появления по данным современной литературы.

Ключевые слова: свищ, тонкая кишка, обзор литературы.

IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF INTESTINAL FISTULA

A.I. Grizaenko, R.R. Ishtukov, M.R. Garaev

This review discusses the relevance of treatment of enteric fistulas in the history of medicine and modern practice. The analysis of the incidence and complications, evaluation of diagnostic effectiveness of conservative and operative treatment. The questions of prevention of enteric fistula, and the most common causes of their appearance according to the current literature.

The key words: fistula, small intestine, literature review.

Согласно «Словарю русского языка» С.И. Ожегова медицинское понятие «свищ» определено как «канал, образовавшийся или искусственно образованный в тканях организма (выходящий на поверхность тела или соединяющий полые органы между собой)». Это можно считать классическим определением сформированного (трубчатого) свища. Свищи принято разделять на концевые (терминальные) и боковые (латеральные), супрапапиллярные и инфрапапиллярные. Боковой (даже неполный) свищ приводит к многосторонним изменениям в организме: теряются богатые ферментами соки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, развивается выраженный электролитный дисбаланс, обезвоживание, белково-энергетическая недостаточность, разрушение тканей, развитие гнойно-септических процессов.

Впервые интерес хирургов к кишечным свищам появился во времена Великой отечественной войны как осложнение повреждений органов брюшной полости они возникали в 20-25% случаях и в большинстве случаев приводили к смерти больного [7,33].

На сегодняшний день проблема возникновения кишечных свищей является крайне актуальной, поскольку относится к наиболее тяжелым осложнениям, возникающим после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, и регистрируется у 0,5 - 1,8% больных [1,7,15,17,19,26,32]. Такой рост возникновения данного осложнения связан с увеличением числа пациентов среди оперированных больных и расширением объема оперативных вмешательств [1,3,6,9,10,17,20,24,26,27]. Проблема несформиро-

ванных свищей тонкой кишки вышла за рамки чисто медицинской и приобрела социальный характер, поскольку негативные последствия лечения наблюдаются у 38-89% пациентов [6,10,15,34].

Максимальное количество осложнений после восстановления непрерывности кишечника наблюдается в неотложной хирургии, что обусловлено частым использованием резекционных методов лечения. Так, резекция кишечника выполняется у 14%-33% пациентов с ущемленной грыжей, 25%-49% пациентов с острой кишечной непроходимостью, в 50%-85% случаев разрывов и перфораций полых органов [8,13,23,31]. При повторных вмешательствах по поводу послеоперационных осложнений на органах брюшной полости резекция тонкой кишки выполняется в 30%-60% случаев [3,5,14,22,35]. Некоторые авторы отмечают необходимость резекции участков тонкой кишки в связи с множественными десерозациями или повреждениями стенки при висцеролизе во время вмешательств по поводу спаечной болезни брюшины. Свищи двенадцатиперстной кишки составляют до 33% от общего количества свищей желудочно-кишечного тракта [5,25,26,30,31].

Эти факторы приводят к неоднородным, а иногда и противоречивым статистическим данным по тонкокишечным свищам - частота оперативных вмешательств колеблется от 22% до 74%, с послеоперационной летальностью 37-62% и частотой послеоперационных осложнений, близкой к 50%. Показатели общей летальности колеблются в пределах 45-90% [5,7,8,10,16,36]. Противоречивы также сообщения специализированных клиник по объему и длительности комплексной терапии и об отдаленных результатах лечения больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами [5,7,8,12,18,19,28].

В современной практике нужны новые подходы к решению этой проблемы, поскольку необходимо учитывать неодинаковый возрастной, половой состав пациентов, различие в причинах, ведущих к образованию свищей, влияние сопутствующих заболеваний и множество других факторов.

В связи с разработкой и утверждением определенных стандартов в лечении больных с тонкокишечными свищами вследствие бурного развития фармакотерапии и совершенствования хирургических и реанимационных тактик в лечении этого осложнения появляются новые методы решения данной проблемы. Следуя тактике органосохраняющих оперативных вмешательств, хирургам удалось значительно уменьшить частоту возникновения послеоперационных дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей [1,9,14,28,37]. Частота травматических, в частности огнестрельных свищей, последние десятилетия сохраняется на низком уровне и мало влияет на общие показатели результатов лечения этой группы больных [2,11,18,20,38]. Однако лечащим врачам все чаще приходится встречаться с тяжелым или осложненным течением заболевания.

Большинство хирургических вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта, так или ина-

че, связаны с повреждением и восстановлением целостности полых органов. Основным осложнением подобных вмешательств является несостоятельность швов анастомозов, достигающая при резекции тонкой кишки по данным разных авторов от 6% до 30% [6,8,10,14,25,26,32].

Предложены многочисленные методы диагностики [6,7,9,13,39], консервативного [1,2,5,7,10,18] и оперативного [7,9,15,17,18] лечения у больных с несформированными дуоденальными свищами. Однако нет единого, четко разработанного дифференцированного подхода в выборе этих методов и определения сроков их проведения в зависимости от характера свища и состояния пациента. Следует полагать, что выяснение патоморфологических изменений, возникающих в стенке тонкой кишки и окружающих тканях при функционировании свища, и поддерживающих ее существование, позволит более точно обосновать принципы консервативного лечения, показания, сроки и методы оперативных вмешательств. Все вышеуказанное требует дальнейшего углубленного изучения особенностей течения тонкокишечных свищей с целью разработки четкой хирургической тактики на основе оптимизации известных и внедрение новых подходов к выбору хирургической тактики и методов лечения [7,21,24,26,31].

Особое место уделяется вопросам профилактики и лечения дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей, что обусловлено ранними проявлениями нарушений функций практически всех органов и систем, и как следствие - развитие полиорганной недостаточности, что негативно влияет на процесс лечения и нередко приводит к неудовлетворительным результатам и дополнительным осложнениям [2,5,8,9,15,26,31].

Таким образом, после проведенного анализа литературных данных, по дуоденальным и высоким тонкокишечным свищам, следует сделать следующие выводы относительно недостаточного освещения таких вопросов:

- Возможности консервативного лечения дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей [7,8,20,29];

- Уточнение показаний для выбора закрытого или открытого способа консервативного лечения свищей пилородуоденальной зоны и подбор обтураторов оптимальных моделей [23,25];

- Установление показаний для неотложных и отсроченных оперативных вмешательств при свищах дуоденоюнального сегмента тонкой кишки [4,20,26,27,30,32];

- Выбор метода оперативного вмешательства в зависимости от локализации свища и срока ее существования [3,23,31,32].

Список литературы

1. Базаев А.В., Пузанов А.В., Петров С.В., Захаров А.Г. Лечение множественных свищей желудочно-кишечного тракта // Нижегородский медицинский журнал – 2005. – № 4. – С. 119-120.
2. Белоконев В.И. и соавт. Варианты желудочных и кишечных стом, наложенных с лечебной целью.

6-я Всероссийская конференция «Новые технологии в хирургии». - Уфа: Из-во «Здравоохранение Башкортостана», 2004. - С. 155-156.

3. Белоконев В.И. и соавт. Опыт лечения низких свищей желудочно-кишечного тракта осложненных перитонитом // Актуальные вопросы гнойной хирургии: Материалы IV межобластной конференции хирургов. - Казань: ЗАО «Новое знание», 2004. - С. 52-55.

4. Белоконев В.И., соавт. Протокол лечения больных со свищами желудочно-кишечного тракта, открывающихся в лапаротомную рану // XV Научные чтения академика Н.Н.Бурденко «Актуальные вопросы современной клинической медицины»: Материалы областной научно-практической конференции. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2006. - С. 35-37.

5. Белоконев В.И., Измайлов Е.П. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение // Хирургия. - 2007. - №12. - С. 8-11.

6. Богданов А.В. Послеоперационные гнойные осложнения: Клинические лекции. М., 2006. - С. 32-43.

7. Горфинкель И.В., Рехен Д.Г. Лечение несформированных послеоперационных наружных тонкокишечных свищей на фоне перитонита // Мат-лы 9 Всероссийского съезда хирургов. - Волгоград, 2010. - С. 157-158.

8. Даутов С.Б., Нартайлаков М.А. Методы повышения надежности желудочно-кишечных анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Новые технологии в хирургии: Мат-лы 5 Всеросс. конф. Уфа, 2001.- С. 65-66.

9. Каншин Н.Н. Несформировавшиеся кишечные свищи и гнойный перитонит. // Москва, «Биоинформсервис». - 2007. - 115 с.

10. Козлов И.З., Лоран Т.Б. Наружные послеоперационные кишечные свищи // Хирургия. 2003. - №1. - С. 60-65.

11. Костырной А.В., Старосек В.Н. Деструктивно-перфоративные осложнения панкреатита // Клиническая хирургия. - 2000. - №9. - С. 17-18.

12. Левчик Е.Ю., Климушев В.Н., Малыгин С.Д. и др. Эффективность наружной защиты ручного кишечного шва и анастомоза с использованием антибактериальных коллагеновых эксплантатов при оперативном лечении свищей тонкой и толстой кишки // Клиническая хирургия. - 2002. - № 11-12. - С. 40-41.

13. Лобаков А.И., Савов А.М., Ватазин А.В., Фомин А.М. Консервативное лечение несформированных тонкокишечных свищей // Новые направления в клинической медицине: Всероссийская конференция, 15-16 июня 2008г: Материалы. - Ленинск-Кузнецкий, 2000. - С. 114-115.

14. Миролюбов Б.М., Карпухин О.Ю., Коротков А.А. Ложная аневризма, сепсис, тонкокишечный свищ - как следствие повреждения подвздошной кишки и артерии рыбьей костью // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2006. - № 1. - С. 120-122.

15. Мурзагалин Ш.Ш., Гайнутдинов Ф.М. Реконструктивно-восстановительные операции у боль-

ных с колостомой по материалам железнодородной больницы. // Новые технологии в хирургии: Мат-лы 5 Всеросс. конф. - Уфа, 2001. - С. 213-214.

16. Нартайлаков М.А., Мустафин Т.И., Галеев М.А. и др. Течение перитонита с кишечными свищами у больных пожилого и старческого возраста // Здравоохранение Башкортостана. - 2001. - Т. 5. - Выпуск 1. - С. 30-31.

17. Наружные и внутренние свищи / Под ред. Э.Н. Ваняна. - М.: Мед-на, 2002. - 224 с.

18. Новиков А.С., Гайворонская Н.А. Осложнения травм толстой кишки. // Мат-лы 2 научно-практ. конф хирургов Северо-Запада России и 23 Республики Карелия. - Петрозаводск, 2010. - С. 64-65.

19. Петренко Е.Ф., Андреев О.В., Шилов А.Б. и др. Лечение сформированных кишечных свищей // Хирургия. - 2008. - №2. - С. 67.

20. Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. и др. Профилактика гнойновоспалительных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии // Мат-лы 9 Всероссийского съезда хирургов. - Волгоград, 2000. - С. 203-204.

21. Результаты лечения больных со свищами, открывающимися в свободную брюшную полость // Актуальные проблемы практической хирургии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию Ассоциации врачей хирургического профиля на КМВ. - Пятигорск. 2006. - С. 157-161.

22. 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. - 2002. - №4. - С. 36-41.

23. Султаналиев Т.А., Абдуллаев М.Ш., Аманбаев С.М. и др. Опыт реконструктивно-восстановительных операций у колостомированных больных // Актуальные проблемы современной хирургии: Тез. Международного конгр. хирургов. - М., 2003. - С. 271.

24. Цыганенко А.Я. Гнойный перитонит: патофизиология и лечение. - Харьков, 2010. - 280 с.

25. Alivizatos V., Felekis D., Zarbalas A. Evaluation of the effectiveness of ocreotide in the conservative treatment of postoperative enterocutaneous fistulas // Hepatogastroenterology. - 2002. - Vol. 49. - №46. - P. 1010-1012.

26. Braga M., Gianotti L., Gentini O. Et al. Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition. Crit Care Med. 2011. - Vol. 2. - P. 29-32.

27. Dux M, Ganten M, Lubienski A, Grenacher L. Retained surgical sponge with migration into the duodenum and persistent duodenal fistula. // Eur Radiol. - 2002. - Vol. 142. - № 9. - P. 89-92.

28. Hebutrene X. Artificial nutrition: indications, methods, results. //Gastroenterol Clin Biol. - 2001. - Vol. 25 - P. 48-57.

29. Lichenstein G.R. Treatment of fistulizing Crohn's disease // *gastroenterology*. – 2000. – Vol. 119. – №4. – P. 1132-1147.

30. Lu Y., Wu L.Q., Zhang B.Y., Zhang B., Cao J.Y., Shen Z.Y. Treatment of early duodenal fistula after orthotopic liver transplantation: a case report. // *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* – 2003. – Vol. 2. – №1. – P. 155–157.

31. Maycel J.A., Fischer J.E. Current management of intestinal fistulas // *Adv. Surg.* – 2003. – Vol. 37. – P. 283-299.

32. Nakagoe T., Sawai T., Tsuji T., Nanashima A., Shibasaki S., Yamaguchi H., Yasutake T. Successful resection of a duodenal fistula complicated with recurrent Crohn's disease at the site of previous ileocolonic anastomosis: report of a case // *Surg Today*. – 2003. – Vol. 98. – №8. – P. 273 –278.

33. Ocamoto K., Watanabe Y., Nakachi T. et al. The use of autologous fibrin glue for the treatment of postoperative fecal fistula following an appendectomy // *Surg. Today*. – 2003. – Vol.33. – №7. – P. 550-552.

34. Rabii R, Benjelloun M, Benlemlih A, Guessous H, Skali K, Fekak H, el Mrini M, Benjelloun S. Renoduodenal fistula. A case report // *Ann Urol (Paris)*. – 2003. – Vol. 12. – №3. – P. 311 –317.

35. Sabharwal T., Hatzidakis A., Papageorgiou G., Dourado R., Adam A. Trans-oral embolization of a post-operative duodenocutaneous fistula. // *Clin Radiol*. – 2004. – Vol. 59. – №1. – P. 52–54.

36. Spinelli F., Mirenda F., Mandolino T., La Spada M., Mondello B., D'Alfonso M., De Caridi G., Stilo F. Primary aortoduodenal fistula including the afferent loop of a Billroth II anastomosis. A case report // *J Cardiovasc Surg (Torino)*. – 2002. – Vol. 43(5). – № 7. – P. 137-142.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНОВ В КОМБИНАЦИИ С ВНУТРИВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА ПРИ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ АНЕМИИ В ОНКОЛОГИИ

Л.Н. Кудряшова

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, кафедра онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО
Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

Кудряшова Любовь Николаевна,
зав. отделением паллиативной помощи РКОД,
доцент кафедры онкологии с курсами онкологии
и патологической анатомии ИПО, канд. мед. наук,
450075, Россия, Республика Башкортостан,
г.Уфа, Пр. Октября, д. 73/1,
тел: 8 (347) 248-53-03,
email: kudryashova-lyubov-777@mail.ru

Анемия, являющаяся частым осложнением химиотерапии в онкологии, значительно снижает качество и продолжительность жизни больных злокачественными опухолями. В статье представлены международные рекомендации по применению эритропоз-стимулирующих агентов при химиоиндуцированной анемии у онкологических больных. Даны понятия абсолютного и функционального дефицита железа. На основании анализа клинических исследований обосновано применение эритропоз-тинов в комбинации с внутривенными препаратами железа.

Ключевые слова: анемия, эритропозин, функциональный дефицит железа, абсолютный дефицит железа.

APPLICATION OF ERITROPOETINS IN THE COMBINATION WITH INTRAVENOUS PREPARATIONS OF IRON AT CHEMIOINDUCED ANEMIA IN ONCOLOGY

L.N. Kudryashova