

М.А. Нартайлаков<sup>1,2</sup>, А.И. Грицаенко<sup>1,2</sup>,  
Р.Р. Иштуков<sup>1</sup>, М.Р. Гараев<sup>1</sup>, В.В. Погадаев<sup>1</sup>  
**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
СВИЩЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Данная статья освещает актуальность проблемы тонкокишечных свищей в современной практике врача-хирурга, наиболее частые причины их появления и патологические механизмы развития. Проведен анализ частоты заболеваемости и развития осложнений, произведена оценка результатов диагностики, эффективности консервативного и оперативного лечения. Затронуты вопросы первичной и вторичной профилактики тонкокишечных свищей, а также вопросы, которые требуют тщательного дальнейшего изучения, для проведения эффективной борьбы с этим заболеванием.

**Ключевые слова:** свищ, тонкая кишка, обзор литературы.

М.А. Nartailakov, A.I. Gritsaenko, R.R. Ishtukov, M.R. Garaev, V.V. Pogadaev  
**CURRENT ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT  
OF SMALL INTESTINE FISTULAS**

This article highlights the importance of the problem of enteric fistulas in the modern practice of a surgeon, the most frequent reasons for their appearance and pathological mechanisms of development. The analysis of the incidence and morbidity has been carried out, diagnostic results have been evaluated, effectiveness of conservative and surgical treatment has been stated. The issues of primary and secondary prevention of enteric fistula, as well as issues for further study concerning effective control of this disease are presented in the article.

**Key words:** fistula, small intestine, literature review.

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. Свищ тонкой кишки – это патологическое сообщение просвета тонкой кишки с поверхностью кожи (наружный свищ тонкой кишки) или другим полым органом (внутренний свищ). Свищ тонкой кишки является тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Свищи могут быть врожденными (при незаращении желточного протока) и приобретенными, то есть образовавшимися в результате травмы, тяжёлых болезней органов брюшной полости (болезнь Крона, новообразования, туберкулез) или вследствие перенесенных операций [5,6,7,19].

Свищи принято разделять на концевые (терминальные) и боковые (латеральные), супра- и инфрапапиллярные. Боковой (даже неполный) свищ приводит к многосторонним изменениям в организме: теряются богатые ферментами соки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, развиваются выраженный электролитный дисбаланс, обезвоживание, белково-энергетическая недостаточность, разрушение тканей, развитие гнойно-септических процессов [7,17,20,24].

Чаще всего наружные свищи тонкой кишки возникают на 5 – 10-е сутки после опе-

рации на органах брюшной полости, проявляются выделением жидкого тонкокишечного содержимого из раны или по дренажу из контрапертуры, сопровождаются незначительной болью в животе, повышением температуры тела, мацерацией кожи вокруг раны, истощением [7,10,15,17].

Частота возникновения кишечных свищей меняется в зависимости от конкретного исторического периода. До 30-х годов 20-го века в связи с недостаточным охватом широких слоев населения медицинской помощью и низким уровнем развития медицины преобладали случаи спонтанных кишечных свищей у неоперированных больных с ущемленными грыжами, запущенными формами острого аппендицита, аппендикулярных инфильтратов и абсцессов, непроходимостью кишечника [19,21,25].

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 [11,16,25,27].

В основном количество осложнений после восстановления непрерывности кишечника наблюдается в ургентной хирургии, что обусловлено частым использованием резекционных методов лечения. Так, резекция кишечника выполняется у 14 - 33% пациентов с ущемленной грыжей, у 25 - 49% пациентов с

острой кишечной непроходимостью, у 50 - 85% при разрывах и перфорации 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]. Многие авторы отмечают необходимость резекции участков тонкой кишки в связи с множественными десерозациями или повреждениями стенки при висцеролизе во время вмешательств по поводу спаечной кишечной непроходимости. Свищи двенадцатиперстной кишки составляют до 33% 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]. Противоречивы также сообщения специализированных клиник по объему и длительности комплексной терапии и по отдаленным результатам лечения больных с дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами [5,7,8,12,18,19,28].

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]. 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]. Однако лечащим врачам все чаще приходится встречаться с тяжелым или осложненным течением заболевания.

Большинство хирургических вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта так или иначе связаны с повреждением и восстановлением целостности полых органов. Основным осложнением подобных вмешательств является несостоятельность швов анастомозов, достигающая при резекции тон-

кой кишки, по данным разных авторов, 6 - 30% [6,8,10,14,25,26,32].

Предложены многочисленные методы диагностики [6,7,9,13], 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 его 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 внедрения новых подходов к выбору хирургической тактики и методов лечения [7,21,24,26,31].

Особое внимание уделяется вопросам профилактики и лечения дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей, вызывающих раннее проявление дисфункции практически всех органов и систем, и как следствие - развитие полиорганной недостаточности, негативно влияющей на процесс лечения и нередко приводящей к неудовлетворительным результатам терапии и дополнительным осложнениям [2,5,8,9,15,26,31].

Таким образом, после проведенного анализа литературных данных о дуоденальных и высоких тонкокишечных свищах следует сделать следующие выводы относительно недостаточного освещения таких вопросов:

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

- уточнение показаний для выбора закрытого или открытого способов консервативного лечения свищей пилородуоденальной зоны и подбор obturаторов 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].

## Сведения об авторах статьи

**Нартайлаков Мажит Ахметович** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

**Грицаенко Андрей Иванович** – к.м.н., врач-хирург, зав. операционным отделением РКБ им. Г.Г. Куватова, доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132. Тел. 272-75-90. E-mail: oper.ai@mail.ru

**Иштуков Роберт Ризович** – клинический ординатор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

**Гараев Марат Раилевич** – ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

**Погадаев Вадим Валерьевич** – интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. 272-75-90

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение множественных свищей желудочно-кишечного тракта / А.В. Базаев [и др.] // Нижегородский медицинский журнал – 2005. – № 4. – С. 119-120.
2. Варианты желудочных и кишечных стом, наложенных с лечебной целью. 6-я Всероссийская конференция «Новые технологии в хирургии» / В.И. Белоконов [и др.]. - УФА: Из-во «Здравоохранение Башкортостана», 2004. - С. 155-156.
3. Опыт лечения низких свищей желудочно-кишечного тракта осложненных перитонитом / В.И. Белоконов [и др.] // Материалы IV межобластной конференции хирургов «Актуальные вопросы гнойной хирургии». - Казань: ЗАО «Новое знание», 2004. - С. 52-55.
4. Протокол лечения больных со свищами желудочно-кишечного тракта, открывающихся в лапаротомную рану / В.И. Белоконов [и др.]. // 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. Белоконов, В.И. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение / В.И. Белоконов, Е.П. Измайлов // Хирургия. – 2007. – № 12. – С. 8-11.
6. Богданов, А.В. Послеоперационные гнойные осложнения: Клинические лекции / Богданов А.В. - М., 2006. – С. 32-43.
7. Горфинкель, И.В. Лечение несформированных послеоперационных наружных тонкокишечных свищей на фоне перитонита / И.В. Горфинкель, Д.Г. Рехен // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. — Волгоград, 2010. – С.157-158.
8. Даутов, С.Б. Методы повышения надежности желудочно-кишечных анастомозов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / С.Б. Даутов, М.А. Нартайлаков // Новые технологии в хирургии: Материалы 5 Всеросс. конф. - Уфа, 2001.- с.65-66.
9. Дивеев, Р.Х. Эндоскопическая аппликация язвенного дефекта материалом «Биоплант» в комплексе лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дисс. ... канд.мед.наук.– Уфа, 2007.– 23 с.
10. Каншин Н.Н. Несформировавшиеся кишечные свищи и гнойный перитонит / Н.Н. Каншин. – М.: «Биоинформсервис», 2007. – 115 с.
11. Козлов, И.З. Наружные послеоперационные кишечные свищи / И.З. Козлов, Т.Б. Лоран. // Хирургия. - 2003. - №1. – С. 60-65.
12. Костырной, А.В. Деструктивно-перфоративные осложнения панкреатита / А.В. Костырной, В.Н. Старосек // Клиническая хирургия. – 2000. – № 9. – С. 17-18.
13. Эффективность наружной защиты ручного кишечного шва и анастомоза с использованием антибактериальных коллагеновых эксплантатов при оперативном лечении свищей тонкой и толстой кишки / Е.Ю. Левчик [и др.]. // Клиническая хирургия. – 2002. – № 11-12. – С. 40-41.
14. Консервативное лечение несформированных тонкокишечных свищей / А.И. Лобаков [и др.] // Новые направления в клинической медицине: материалы Всероссийской конференции. – Ленинск-Кузнецкий, 2008. – С. 114-115.
15. Миролюбов, Б.М. Ложная аневризма, сепсис, тонкокишечный свищ – как следствие повреждения подвздошных кишки и артерии рыбьей костью / Б.М. Миролюбов, О.Ю. Карпунин, А.А. Коротков // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – № 1. – С. 120-122.
16. Мурзагалин, Ш.Ш. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с колостомой по материалам железнодорожной больницы / Ш.Ш. Мурзагалин, Ф.М. Гайнутдинов // Новые технологии в хирургии: Материалы 5 Всеросс. конф. - Уфа, 2001. - С.213-214.
17. Мустафин Т.И. Диагностика и лечение кишечных свищей при перитонитах: автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук – Уфа, 2000.– 48 с.
18. Течение перитонита с кишечными свищами у больных пожилого и старческого возраста / М.А. Нартайлаков [и др.] // Здравоохранение Башкортостана.-2001.-Т. 5, № 1. – С. 30-31.
19. Наружные и внутренние свищи / Под ред. Э.Н. Ваняна. - М.: Медицина,2002.-224 с.
20. Новиков, А.С. Осложнения травм толстой кишки / А.С. Новиков, Н.А. Гайворонская // Материалы 2 научно-практической конф хирургов Северо-Запада России и 23 Республики Карелия. - Петрозаводск, 2010. - 4.1. - с.64-65.
21. Лечение сформированных кишечных свищей / Е.Ф. Петренко [и др.] // Хирургия. - 2008. - №2. - С.67.
22. Профилактика гнойноспалительных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии / В.В. Плечев [и др.] // Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. - Волгоград, 2000. - С.203-204.
23. 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.
24. Смирнов, А.Н. Наружные кишечные свищи: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, современные тенденции в предоперационной подготовке, хирургической тактике и послеоперационном ведении пациентов / А.Н. Смирнов, Е.И. Пригаро, Т.А. Гассан // Детская хирургия. – 2002. – № 4. – С. 36-41.
25. Опыт реконструктивно-восстановительных операций у колостомированных больных / Т.А. Султаналиев [и др.] // Актуальные проблемы современной хирургии: тезисы Международного конгресса хирургов. - М., 2003. - С.271.
26. Фатух, Р. Хирургическое лечение наружных кишечных свищей: автореф. дис... канд. мед. наук. – Тверь, 2002. – 22 с.
27. Хубезов, Д.А. Значение степени сформированности наружных кишечных свищей для выбора метода лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2000. – 23 с.
28. Цыганенко, А.Я. Гнойный перитонит: патофизиология и лечение. / А.Я. Цыганенко – Харьков, 2010. – 280 с.
29. Alivizatos V., Felekis D., Zarbalas A. Evaluation of the effectiveness of ocreotide in the conservative treatment of postoperative enterocutaneous fistulas // Hepatogastroenterology. – 2002. – Vol. 49, N 46. – P.1010-1012.
30. 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.
31. 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.
32. Hebutrene X. Artificial nutrition: indications, methods, results. // Gastroenterol Clin Biol. 2001. Vol. 25 – P. 48-57.