



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК ДК 616.34-007.253-089-053.2

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

¹Эргашев Н.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309>

²Анвархўжаева Ш.М. <https://orcid.org/0009-0004-0517-3717>

¹Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Детский Национальный медицинский центр, Узбекистан г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03 E-mail: info@bmtm.uz

✓ Резюме

Проведён анализ результатов диагностики и хирургического лечения 182 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет, перенесших операции по формированию различных видов тонкокишечных свищей при хирургической патологии органов брюшной полости, находившихся на лечении в клинических базах Ташкентского государственного медицинского университета. Мальчиков было 87 (47,8%), девочек — 95 (52,2%). Всем больным проведено комплексное обследование в соответствии с характером наблюдаемой патологии, на основании которого определялись показания к энтеростомии и выбору способа операции. В статье представлены литературные данные, касающиеся классификации, диагностики, клинко-морфологических аспектов и хирургической тактики при свищах желудочно-кишечного тракта. Подробно освещены показания, способы формирования, сроки закрытия свища и тактика реконструктивно-восстановительного этапа с анализом ближайших результатов лечения.

Ключевые слова: тонкокишечные свищи, диагностика, лечение, дети.

DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT OF SMALL BOWEL FISTULAS ASSOCIATED WITH INTRA-ABDOMINAL PATHOLOGY IN CHILDREN

¹Ergashev N.Sh. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309>

²Anvarkhodjaeva Sh.M. <https://orcid.org/0009-0004-0517-3717>

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Children's National Medical Center, Uzbekistan Tashkent, Yashnabad district, st. Parkentskaya, 294 Tel: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

✓ Resume

An analysis was performed of the diagnostic and surgical treatment outcomes in 182 children aged from 1 day to 18 years who underwent operations to form various types of small intestinal fistulas in surgical pathology of the abdominal organs, treated at the clinical bases of Tashkent State Medical University. There were 87 boys (47.8%) and 95 girls (52.2%). All patients underwent a comprehensive examination corresponding to the nature of the underlying pathology, on the basis of which the indications for enterostomy and the choice of surgical technique were determined. The article presents literature data on the classification, diagnosis, clinical and morphological aspects, and surgical tactics for gastrointestinal fistulas. The indications, methods of fistula formation, timing of closure, and tactics of the reconstructive stage are described in detail, together with an analysis of the immediate treatment outcomes.

Key words: small intestinal fistulas, diagnosis, treatment, children.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН КУЗАТИЛАДИГАН ИНГИЧКА ИЧАК ОҚМАЛАРИДА ДИАГНОСТИКА ВА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Эргашев Н.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309>

Анвархўжаева Ш.М. <https://orcid.org/0009-0004-0517-3717>

Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, 100109 Тошкент, Ўзбекистон Фаробий кўчаси 2,

Тел: +998781507825 Е-маил: info@tdmu.uz

Болалар Миллий Тиббиёт Маркази, Ўзбекистон Тошкент ш., Яшнобод тумани,

кўча. Паркент, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03 e-mail: info@bmtm.uz

✓ Резюме

Тошкент давлат тиббиёт университети клиник базаларида даволанган, қорин бўшлиғи аъзоларининг жарроҳлик патологияси сабабли турли хил ингичка ичак свицларини шакллантириш операциясини ўтказган, 1 кунликдан 18 ёшгача бўлган 182 нафар боланинг таъхислаш ва жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. 87 (47,8%) нафари ўғил бола, 95 (52,2%) нафари қиз бола бўлди. Барча беморларга кузатилаётган патологиянинг хусусиятига мос равишда комплекс текширув ўтказилди, унинг асосида энтеростомияга кўрсатмалар ва операция усулини танлаш белгиланди. Мақолада ошқозон-ичак трактининг свицлари таснифи, таъхислаш, клиник-морфологик жиҳатлари ва жарроҳлик тактикасига оид адабиёт маълумотлари келтирилган. Кўрсатмалар, свицни шакллантириш усуллари, свицни ёпиш муддатлари ва реконструктив-тиқловчи босқич тактикаси даволашнинг яқин натижалари таҳлили билан батафсил ёритилган.

Калит сўзлар: ингичка ичак свицлари, таъхислаш, даволаш, болалар.

Актуальность

Кишечный свищ (КС) — соустье между стенкой кишки и соседними тканями и органами, имеющее канал различной длины и ширины, открывающийся на коже или в трубчатый орган, либо заканчивающееся слепо в тканях. Заболевания не является самостоятельной нозологической единицей, оно возникает как осложнение предшествующего патологического состояния или оперативного лечения. Различают врождённые свищи как аномалии развития, с которыми рождаются дети, и приобретённые сформированные свищи, накладываемые с лечебной целью или возникающие спонтанно, проявляющиеся в виде несформированных и сформировавшихся соустьев. По сводным данным, частота возникновения тонкокишечных свищей колеблется в пределах 0,1–18% при острых заболеваниях органов брюшной полости и 0,2–2% после операций по поводу повреждений. Примерно в 75–85% случаев они возникают как осложнение после абдоминальных хирургических операций. При высоких тонкокишечных свищах летальность достигает 35–75% [5, 11].

Существуют многочисленные классификации кишечных свищей, отражающие различные их аспекты — этиологию, локализацию, форму, численность, морфофункциональные особенности [2, 4, 6, 10]. Многие из них являются громоздкими, трудными для практического использования. Классификация, предложенная Berry и Fischer (1996), может считаться наиболее оптимальной среди существующих классификаций свищей ЖКТ, отражающей анатомические, физиологические и этиологические аспекты с учётом уровня ЖКТ, на котором возникает свищ, его отношения к внешней среде; происхождения соустья по ходу течения патологического процесса; объём патологической потери по свищу определяет конкретный прогноз в отношении вероятности спонтанного закрытия, риска возникновения осложнений и оперативного вмешательства, что позволяет выбрать оптимальный вариант лечения применительно к индивидуальному пациенту (таблица 1) [11].

Следует подчеркнуть важность адаптации данной классификации применительно к детскому возрасту с учётом локализации свища в пределах тонкой кишки и объёма патологических потерь в зависимости от возраста детей. Такой подход имеет большое значение, поскольку даже неполный, но критически высокий свищ за короткий период приводит к тяжёлым нарушениям гомеостаза, а если он функционирует как полный, то создаётся угроза жизни больного. Лечение

данной категории пациентов ассоциируется с частым развитием жизнеугрожающих осложнений, таких как синдром энтеральной и полиорганной недостаточности, тяжёлые водно-электролитные нарушения, опасный дефицит питательных и биологически активных веществ. Несмотря на проведение комплексного лечения и нутритивной поддержки, развитие ферментативного дерматита на фоне активного истечения агрессивного по химическому составу кишечного содержимого создаёт дополнительные страдания пациентам и сложности в лечении, что обуславливает высокие показатели смертности, колеблющиеся в пределах 6–33% по данным различных авторов [3].

Таблица 1. Классификация тонкокишечных свищей

(составлено на основе Berry S.M., Fischer J.E., 1996 [11])

Критерий	Категории	Клиническое значение
Анатомическая	Внутренний свищ (между двумя внутренними органами) Наружный свищ (между кишечником и кожей)	Источник свища (пищевод — желудок, тонкая кишка, толстая кишка), а также длина и локализация тракта влияют на вероятность спонтанного закрытия
Физиологическая (объём отделяемого в сутки)	Низкий дебит: <200 мл/сут Средний дебит: 200–500 мл/сут Высокий дебит: >500 мл/сут	Свищи с высоким дебитом чаще исходят из тонкой кишки; связаны со значительными потерями жидкости и электролитов и низкой вероятностью спонтанного закрытия
Этиологическая	Ятрогенные/послеоперационные (наиболее частые, ~75–85%) Спонтанные: воспалительные заболевания кишечника, злокачественные новообразования, лучевое поражение, ишемия, инфекция, аппендицит/дивертикулит	Свищи, связанные со злокачественными опухолями, лучевым поражением или ВЗК, самостоятельно не закрываются и часто требуют хирургического лечения

Примечание: эти три системы классификации (анатомическая, физиологическая, этиологическая) не исключают друг друга — один и тот же свищ может и должен быть охарактеризован сразу по всем трём системам, поскольку это помогает оценить вероятность спонтанного закрытия, сроки операции и план консервативного лечения.

Стремительное развитие хирургии за последние 2 десятилетия способствовало росту числа больных с тонкокишечными свищами в связи с увеличением выявления пациентов, нуждающихся в наложении стомы, и завершением подобных операций при патологии органов брюшной полости. Исходя из вышеизложенного, очевидна высокая актуальность, злободневность и медико-социальная значимость данной проблемы.

Цель исследования: анализ показаний, вида и уровня формирования свищей, оценка ближайших результатов наложения и реконструктивно-восстановительных операций при наложении их в пределах тонкой кишки у детей с различными патологиями органов брюшной полости врождённого и приобретённого генеза по материалу клиники.

Материал и методы

Проведён анализ результатов диагностики и хирургического лечения 182 детей в возрасте от 1 дня до 18 лет, перенесших операции по формированию различных видов тонкокишечных свищей при хирургической патологии органов брюшной полости, находившихся на лечении в клинических базах Ташкентского государственного медицинского университета и Национального детского медицинского центра. Мальчиков было 87 (47,8%), девочек — 95 (52,2%). Всем больным проведено комплексное обследование в соответствии с характером наблюдаемой патологии, на основании которого определялись показания к энтеростомии и выбору способа операции. В комплекс

обследований включены лабораторные данные, рентгенологические методы диагностики и компьютерная томография (КТ) брюшной полости. В качестве дополнительных методов исследования были применены контрастное исследование верхних отделов ЖКТ после перорального приёма водорастворимого контрастного вещества и КТ-фистулография. Прямые признаки свищей были выявлены при рентгеновской фистулографии в виде затекания контрастного вещества в просвет кишки или в другие отделы ЖКТ. Ультразвуковые исследования были эффективны для выявления гнойно-воспалительных осложнений в брюшной полости разной локализации и дополняли результаты КТ-исследований.

Критерии включения в исследование: пациенты в возрасте от 1 дня до 18 лет; наличие хирургической патологии органов брюшной полости врождённого или приобретённого характера, которая требовала формирования тонкокишечного свища по абсолютным или относительным показаниям; лечение в клиниках баз ТашПМИ и НДМЦ в исследуемый период. Критерии исключения в исследовании: формирование толстокишечных свищей; проведение операции в других лечебных учреждениях без дальнейшего наблюдения в клиниках ТашПМИ и НДМЦ; неполные данные медицинской документации. Статистическая обработка полученных данных сделана методами описательной статистики с учетом абсолютных значений и относительных показателей (%); учитывая ретроспективный и описательный характер исследования, критерии статистической значимости различий между подгруппами не рассчитывались.

Результат и обсуждение

Формирование кишечных свищей чаще ассоциируется с объёмными хирургическими вмешательствами в органах брюшной полости, проводимыми при острой абдоминальной патологии, воспалительных заболеваниях, травматических повреждениях кишечника и злокачественных опухолях, сопровождающихся резекцией кишки или без неё, с разделением плотных массивных висцеро-висцеральных и париетальных спаечных сращений. Тонкокишечные свищи в наших наблюдениях были обусловлены их оперативным формированием при различных заболеваниях органов брюшной полости в связи с: необходимостью многоэтапного лечения с учётом характера и сложности имеющейся аномалии и наличия сочетанных состояний (97 — 53,3%); дооперационными осложнениями (некроз кишечника, гнойно-септические осложнения) основного заболевания, потребовавшими обязательного хирургического вмешательства в виде резекции или без неё (35 — 19,2%); развитием послеоперационных осложнений: несостоятельностью анастомоза, прогрессирующим перитонитом, паралитической или спаечной кишечной непроходимостью (24 — 13,2%); ухудшением состояния больных, обусловленным соматическими нарушениями, сопровождающимися прогрессирующими расстройствами гомеостаза, наблюдаемыми среди недоношенных и новорождённых детей грудного возраста, страдающих язвенно-некротическим энтероколитом или оперированных по поводу врождённой кишечной непроходимости (26 — 14,3%) (таблица 2).

Таблица 2. Причины формирования тонкокишечных свищей у обследованных детей (n = 182)

Причина формирования тонкокишечного свища	Число больных	%
Многоэтапное лечение с учётом характера и сложности аномалии, наличия сочетанных состояний	97	53,3
Дооперационные осложнения основного заболевания (некроз кишечника, гнойно-септические осложнения)	35	19,2
Послеоперационные осложнения (несостоятельность анастомоза, прогрессирующий перитонит, кишечная непроходимость)	24	13,2
Ухудшение состояния на фоне соматических нарушений у недоношенных и новорождённых (ЯНЭК, врождённая кишечная непроходимость)	26	14,3
Всего	182	100

Показания, вид и уровень формирования кишечной стомы определялись с учётом характера основного заболевания, возникших осложнений и планируемого варианта реконструктивной операции. Из 182 больных у 113 (62,1%) пациентов стома сформирована после резекции кишки — в связи с пороками развития кишечника (42 — 37,2%), острыми заболеваниями органов брюшной полости (42 — 37,2%), некротизирующим энтероколитом (26 — 23,0%) и травматическими

повреждениями кишечника (3 — 2,6%). У 64 (35,2%) больных стома сформирована без резекции кишечника, в том числе у 7 (10,9%) детей с редкими формами аноректальных мальформаций при отсутствии либо недоразвитии толстой кишки и у 5 (7,8%) — с тотальной формой болезни Гиршпрунга, в качестве этапа подготовки к реконструктивной операции.

Клинически кишечные свищи различаются в зависимости от локализации, причинного фактора, морфологии, осложнений и других факторов, обуславливающих трудности в выборе метода лечения и снижение его успешности. По отношению к поверхности кожи тонкокишечный свищ расценивался как наружный: кишечно-кожный свищ — у 153 (84,1%) больных при формировании свища оперативным способом — сформированный свищ, накладываемый с лечебной целью; свищ, открывающийся на поверхности гранулирующей раны, — у 29 (15,9%) больных — несформировавшийся свищ, спонтанно возникающий в послеоперационном периоде, наблюдавшийся в случаях несостоятельности кишечного анастомоза (у 8), у больных, перенёсших повторные операции по поводу спаечной и паралитической кишечной непроходимости (у 12), у крайне истощённых больных с явлениями полиорганной недостаточности (у 9). При спонтанных послеоперационных свищах их количество колебалось от 2 до 5, располагаясь на разном расстоянии друг от друга на гранулирующей поверхности с дефектом кожного покрова и выделением жидкого кишечного содержимого в различном объёме, что соответствовало морфологической картине несформированного свища с явлениями диффузного ферментативного дерматита вокруг.

Особый интерес и сложность в диагностике представляет формирование внутренних межкишечных свищей с близлежащими органами — спонтанные внутренние свищи, возникающие как осложнение основного заболевания до проведения оперативного вмешательства. Указанные состояния наблюдаются у детей при язвенно-некротическом энтероколите, хронических воспалительных заболеваниях кишечника, травматических повреждениях острыми предметами и образовании пролежней, приводящих к формированию межкишечных свищей при фиксации магнитными инородными телами, расположенными в различных участках просвета кишки. При этом органы, участвующие в формировании такого вида свища, могут сообщаться между собой свищами различного калибра непосредственно либо через образовавшуюся инфицированную общую полость, что обозначается в литературе соответственно как прямой и не прямой внутренний свищ [1, 7, 8, 9]. Подобные случаи отмечены в 2 наших наблюдениях повреждения кишечника рыбьей костью и магнитными пластинками. Наблюдаются также спонтанные наружные кишечные свищи при вышеуказанных патологических состояниях. В литературе представлены случаи образования спонтанного свища через мошонку при расположении в ней патологически изменённого участка кишки у взрослого человека и у ребёнка [12, 13].

Оперативные вмешательства проведены по экстренным показаниям у 145 (79,7%) больных, в плановом порядке — у 37 (20,3%). Разнообразие патологии органов брюшной полости врождённого и приобретённого генеза обусловило применение различных хирургических доступов: лапаротомия выполнена 148 (81,3%) больным, у 44 (18,7%) больных проведены видеоассистированные лапароскопические операции. В зависимости от клинической ситуации применялись различные виды энтеростом: одностольные — у 38 (20,9%) больных, в том числе на тощей кишке — у 4 (2,2%), на подвздошной кишке — у 34 (18,7%); двустольные — у 136 (74,7%) больных, в том числе на тощей кишке — у 28 (15,4%), по типу Микулича (подвздошная кишка) — у 108 (59,3%); Т-образный анастомоз с отводящей стомой — у 6 (3,3%) детей; анастомоз по Bishop-Koop — у 2 (1,1%) детей (таблица 3).

Таблица 3. Виды сформированных тонкокишечных энтеростом (n = 182)

Вид энтеростомы	Число больных	%
Одностольная, в т.ч. на тощей кишке (4) / на подвздошной кишке (34)	38	20,9
Двустольная, в т.ч. на тощей кишке (28) / по типу Микулича, подвздошная кишка (108)	136	74,7
Т-образный анастомоз с отводящей стомой	6	3,3
Анастомоз по Bishop-Koop	2	1,1
Всего	182	100

Больные с кишечными свищами, перенёсшие обширные резекции кишки (у 37), в случаях высокого расположения сформированного свища (у 16) или возникновения заболевания и осложнений в условиях истощения организма с явлениями энтеральной недостаточности (у 24),

на этапах лечения находились в состоянии системной метаболической дисфункции и питательной недостаточности различной степени выраженности, угрожающей жизни этих пациентов. В этих случаях потребовалось проведение нутритивно-метаболической терапии, направленной на минимизацию катаболической направленности обмена, что способствовало стабилизации трофологического статуса пациентов и улучшению результатов лечения.

Реконструктивно-восстановительный этап лечения предусматривал выполнение различных видов корригирующих оперативных вмешательств, направленных на устранение свища. Срок и метод закрытия кишечных стом определяли с учётом состояния ребёнка, длительности воспалительного процесса в брюшной полости, состояния стомированных сегментов кишки и завершения хирургической коррекции врождённого порока. При губовидных свищах прибегают к операциям, характер которых определяется типом свища — полный или неполный. При небольших неполных губовидных свищах используют внебрюшинные способы закрытия свища. Они заключаются в выделении стенки кишки в зоне свища и ушивании дефекта двухрядным швом. При больших неполных и при полных губовидных свищах применяют внутрибрюшинные способы их закрытия. При сложных и осложнённых тонкокишечных свищах, как правило, пациенты нуждаются в многоэтапном лечении, включающем предоперационную подготовку и радикальное хирургическое лечение. В предоперационном периоде проводится диагностика анатомии свища, определяются состояние и проходимость приводящего и отводящего сегментов кишки, несущей свищ. Лечение включает местное лечение раны, несущей свищ, предупреждение инфекционных осложнений, нутритивно-метаболическую терапию. Оптимальным сроком закрытия стомы при отсутствии осложнений считаем 4–6 недель после её наложения. Высокие несформированные тонкокишечные свищи, сопровождающиеся выраженным нарушением гомеостаза организма, требуют сокращения сроков проведения операции в условиях максимальной коррекции выявленных нарушений.

Тактика лечения в послеоперационном периоде включала: трансназальное введение зонда в желудок для его опорожнения и проведения раннего питания больного начиная с 4-х суток с момента операции; восполнение водно-электролитного баланса; купирование болевого синдрома; антибиотикотерапию для профилактики гнойно-воспалительных и кардиореспираторных осложнений; симптоматическую терапию.

Изучение ранних послеоперационных осложнений показало, что их возникновению способствуют неблагоприятный соматический фон, тактические и технические ошибки хирургического вмешательства, неадекватная коррекция сочетанных аномалий, а также невозможность выполнения сложных реконструктивных и повторных операций. Из 182 оперированных больных послеоперационный период протекал гладко у 115 (63,2%). У 67 (36,8%) больных развились различные осложнения: соматического характера — у 64 (35,2%), общехирургические (парез кишечника, гнойно-воспалительные осложнения операционной раны, эвентрация кишечника) — у 39 (21,4%), специфические, связанные со стомой и анастомозом (несостоятельность анастомоза, стеноз стомы, параколомическая грыжа, кишечные свищи, эвагинация и ретракция кишки, спаечная кишечная непроходимость, перистомальный дерматит) — у 73 (40,1%) (таблица 4). Отягощённость послеоперационного течения у новорождённых и детей раннего грудного возраста была обусловлена характером и осложнениями основного и сопутствующих заболеваний, а также интранатальными нарушениями. Из 182 оперированных больных выписаны из стационара 169 (92,9%); умерли 13 (7,1%) дети.

Таблица 4. Структура ранних послеоперационных осложнений
(n = 182; категории не взаимоисключающие)

Характер осложнений	Число больных	%
Послеоперационный период без осложнений	115	63,2
Соматические осложнения	64	35,2
Общехирургические (парез кишечника, гнойно-воспалительные осложнения раны, эвентрация)	39	21,4
Специфические, связанные со стомой и анастомозом (несостоятельность анастомоза, стеноз стомы, параколомическая грыжа и др.)	73	40,1

Заключение

Можно отметить, что наложение тонкокишечных свищей часто используется как подготовительный этап при выборе многоэтапной тактики лечения при аномалиях развития и сложных оперативных вмешательствах в органах желудочно-кишечного тракта. В то же время возникновение тонкокишечных свищей связано с развитием различных осложнений после проведённых абдоминальных операций при острых заболеваниях органов брюшной полости, травматических повреждениях, спаечной кишечной непроходимости. В большинстве случаев они проявляются в виде наружных свищей — несформированных или сформировавшихся, имеющих морфологические отличия. Внутренние межкишечные или межорганные свищи наблюдаются редко и имеют особые отличительные признаки, вызывая явления кишечной непроходимости или формирование интраабдоминального воспалительного очага. Имеется различие между течением свища, сформированного оперативным путём, и спонтанно образованного свища — как по происхождению, так и по тактике хирургического лечения. Реконструктивно-восстановительный этап лечения предусматривает выполнение различных видов корригирующих оперативных вмешательств, направленных на устранение свища; сроки оперативного лечения подбираются индивидуально. Особую сложность в лечении представляют несформированные наружные кишечные свищи с большой патологической потерей, требующей мультидисциплинарного подхода в условиях профильных учреждений. Ограничением данного исследования является анализ главным образом недавних результатов лечения; для заключительной оценки эффективности реконструктивно-восстановительного этапа и качества жизни пациентов необходимо долгосрочное изучение отдалённых результатов, что определяет перспективное направление дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедов МА, Мирзахмедов ММ. Хирургическая тактика при наружных и внутренних тонко- и толстокишечных свищах. *Coloproctology and Endoscopic Surgery in Uzbekistan*. 2023;(1):9–14. doi:10.56121/2181-4260-2023-1-09-14.
2. Базаев АВ. О классификации кишечных свищей. *Медиаль*. 2013;(3):39–41.
3. Берелавичус СВ, Стручков ВЮ, Ахтанян ЕА. Консервативный этап лечения больных с тонкокишечными свищами. *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова*. 2020;(6):98–103.
4. Вицын БА, Блажитко ЕМ. Сформированные и несформированные кишечные свищи. Новосибирск: Наука, Сибирское отделение; 1983. 143 с.
5. Котельников АА, Лаптиева АЮ, Андреев АА, Остроушко АП. Высокие тонкокишечные свищи. Этиология, патогенез, диагностика, подходы к лечению. *Многопрофильный стационар*. 2024;11(2):101–107.
6. Макаренко ТП, Богданов АВ. Свищи желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина; 1986. 144 с.
7. Обухович АР, Силва НН, Самидон ФА, Дайнович ВА, Керимова СШ. Клинический случай язвенного колита, осложнённого кишечно-кожным свищом. *Гепатология и гастроэнтерология*. 2026;10(1):85–90. doi:10.25298/2616-5546-2026-10-1-85-90.
8. Передереев СС, Сварич ВГ, Тихомиров АИ, Ти РА, Олейникова ЮА. Трудный случай диагностики и лечения ребёнка с дуодено-ободочным свищом. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2024;14(3):413–419. doi:10.17816/psaic1825.
9. Соловьев АЕ, Кульчицкий ОА, Притуло ЛФ, Олейник АВ. Приобретённые внутренние межкишечные свищи у детей. *Таврический медико-биологический вестник*. 2020;23(4):53–56.
10. Стручков ВЮ, Берелавичус СВ. Кишечные свищи: страницы истории и варианты классификаций. *Московский хирургический журнал*. 2019;(3):62–67. doi:10.17238/issn2072-3180.2019.3.62-67.
11. Berry SM, Fischer JE. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin North Am*. 1996;76(5):1009–1018. doi:10.1016/S0039-6109(05)70495-3.
12. Chaudhary R, Thapa N, Magar NG, Pandit S. Spontaneous enterocutaneous fistula due to femoral hernia: a case report. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2025;63(292):921–923. doi:10.31729/jnma.v63i292.9269. PMID:41782977; PMCID.
13. Lawal Barau Abdullahi, Mamuda Atiku. Spontaneous groin enterocutaneous fistula following neglected inguinal hernia in 3-month infant. *Afr J Paediatr Surg*. 2022;19(3):176–178. doi:10.4103/ajps.AJPS_183_20.

Поступила 20.07.2026