

предупреждения рвоты (82,3-89,5%) статистически достоверные различия не отмечались.

Эффективность антиэметического действия перечисленных антагонистов 5-НТЗ рецепторов, не всегда удовлетворительная на фоне химиотерапии цисплатином, повышается при совместном применении с дексаметазоном (10-20 мг внутривенно) или, что менее рационально, с очень высокими дозами (250 мг) метилпреднизолона.

Цитостатическая терапия сопровождается диареей с гораздо большей частотой. Из данных, проанализированных по сводкам о побочных эффектах 43 цитостатиков, используемых в настоящее время в онкологической практике, диарея с частотой более чем у 10% больных регистрируется в результате применения 18 препаратов. Выделяются по высокой вероятности возникновения этого симптома идарубин (20-73%), томудекс (60%), 5-фторурацил (12-57%; выше в комбинации с фолином кальция), топотекан (25-42%, из них IV степени - 5%), навельбин (18-38%), тенипозид (33%), гемзар (8-31%), иринотекан (15-25% IV степени), оксалиплатин или элоксатин (12-25%, III-IV степени -3-7%; в комбинации с 5-фторурацилом и фолином кальция - 84%, в т.ч. III-IV степени - 25%), цитарабин (особенно в комбинации с доксорубицином), дактиномицин и метотрексат (большая часть при приеме внутрь). Вместе с тем, имеются цитостатики, для которых осложнение в виде диареи является редким: блеомицин, бисульфат, лейкеран (хлорбутин), этопозид, ломустин, тиофосфамид, винбластин, гидроксимочевина, но неожиданным образом, у некоторых из них резко учащается при использовании в липосомах (от единичных случаев до 38% у рубомицина) или очень незначительно снижается (для доксорубина - с 10% до 8%).

В подавляющем большинстве случаев диарея обусловлена прямым токсическим действием цитостатиков на одну из самых активно пролиферирующих тканей - эпителий тонкой и толстой кишки и реже связана с холинэргическим механизмом (иринотекан) или развитием патогенной флоры в кишечнике (при фебрильной нейтропении). Повреждению часто сопутствует своеобразная воспалительная реакция и образование язв (язвенный энтероколит, принимающий весьма тяжелое течение). Однако, чаще всего диарея на этом фоне является следствием нарушения баланса между абсорбцией пищевых веществ, солей желчных кислот, секрета поджелудочной железы и реабсорбцией (понижением обратного всасывания) электролитов и воды в дистальных отделах кишечника.

Исходя из общих почти для всех цитостатиков механизмов токсической диареи, меры по ее коррекции заключаются, прежде всего, в регидратации с восстановлением баланса (восполнением потери) электролитов, процесса реабсорбции последних, регуляции флоры (кроме антибиотиков, используемых только в случае фебрильной нейтропении). Простейшим и эффективным способом регидратации, позволяющим избежать во многих случаях парентерального введения растворов электролитов, является обильное питье (до 2-3 л/сут. при контроле рвоты). Эффективным средством коррекции осложнения является лоперамид (имодиум), прием которого несколько раз в день в качестве синтетического опиата не только тормозит повышенную перистальтику кишечника и успокаивает сопутствующие боли в животе, но также подавляет избыточную секрецию и стимулирует реабсорбцию в ворсинках поврежденной слизистой. Более частый, чем обычно прием лоперамида, в частности, является основным средством остановки диареи, индуцированной иринотеканом (КАМПТО). Сохраняют свое значение принципы диеты и режима: преимущественно бесшлаковая (бедная клетчаткой) высоко калорийная, богатая белком пища комнатной температуры или теплая, принимаемая малыми порциями и часто, отказ от газированных напитков, молока и молочных продуктов, сырых овощей и фруктов (за исключением бананов и спаргауса, содержащих большое количество калия, как и печеный картофель), постельный режим, сидячие теплые ванны.

Таким образом, система коррекции основных желудочно-кишечных осложнений в химиотерапии, как видно, довольно сложна и требует согласованности всех мер их профилактики и лечения в комплексе для получения оптимальных результатов.

Литература:

1. Кондратьев В.Б. Осложнения химиотерапии рака ободочной кишки и методы их лечения// *Практ. онкол.* – 2000. – №1. – С. 31–36.
2. MacDonald N. The interface between oncology and palliative medicine// *Oxford Textbook of Palliative Care*. 2nd edn (Doyal D., Hanks G.W.C., MacDonald N., eds). – Oxford: Oxford University Press, 1998. – P. 11–17.
3. Skeel R.T., Lachant N.A. Handbook of cancer. Fourth Edition. – Little: Broun and Company, 1995. – 740 p.
4. Specialist Palliative Care: A Statment of Defintions. Ocassional Paper 8. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. – London, 1995. – P. 145-151.

УДК 616.34-002.582

САРКОИДОЗ КИШЕЧНИКА

Н. К. Ахметов

КГКП «Больница скорой медицинской помощи» г. Павлодара.

Саркоидоз - заболевание, при котором во многих органах формируются патологические скопления воспалительных клеток (гранулемы). Причина саркоидоза неизвестна. Он может являться следствием инфекции или патологической реакции иммунной системы; возможно, играют роль наследственные факторы. Саркоидоз чаще развивается между 20 и 40 годами жизни и наиболее широко распространен в Северной Европе.

В России частота саркоидоза составляет 11 случаев заболевания на 100 тысяч жителей. Микроскопическое исследование кусочка ткани, взятого у больного, выявляет гранулемы. Они могут или исчезать полностью, или превращаться в рубцовую ткань. Гранулемы обычно появляются в лимфатических узлах, легких, печени, глазах, коже и реже - в селезенке, костях, суставах, скелетных мышцах, сердце и нервной системе.

Врачи чаще всего диагностируют саркоидоз по характерному затемнению на рентгенограмме грудной клетки, и тогда дальнейших исследований не требуется. В противном случае диагноз подтверждает микроскопическое исследование кусочка ткани, выявляющее воспаление и наличие гранулем. Для приготовления гистологических препаратов лучше всего подходят кусочки ткани, взятые из измененных участков кожи, увеличенных лимфатических узлов, расположенных близко к коже, и гранулемы на конъюнктиве. Исследование образца одной из этих тканей позволяет точно установить диагноз в 87% случаев. Иногда бывает необходим образец ткани легких, печени или мышцы.

Саркоидоз, проявляющийся изолированным гранулематозным колитом, редок и проявляется подобно болезни Крона. Исследователи из Огайо (США) наблюдали 56-летнюю женщину с болезнью очень сходной с болезнью Крона, у которой наступила ремиссия после лечения 5-ASA. Через 2 месяца у неё возникла лихорадка, лимфаденопатия, мышечная слабость и периферическая нейропатия. Диагноз саркоидоза был поставлен только после длительного обследования на предмет инфекций и ревматоидных изменений. У этой больной, в отличие от болезни Крона, был повышен уровень АПФ сыворотки крови (Dimof J.A. et al., 1999). Мы в своей практике столкнулись с этой патологией всего один раз и хотим поделиться опытом.

Больной В., 1949г.р., поступил 08.03.2011г. с жалобами на боли в животе, больше в нижних отделах постоянного характера, тошноту, одышку, кашель, отсутствие аппетита, слабость, потерю веса, потливость по ночам. До поступления находился на стационарном лечении в ОДЦ с 03.03.11г. Считает себя больным около 3 месяцев. Кашель и одышка беспокоят 2 месяца. 04.03.11г. сделано УЗИ ОБП: диффузные изменения паренхимы обеих почек, поджелудочной железы. Застойные изменения желчного пузыря. Двусторонняя трансформация ЧЛС, микро нефролитиаз. VI. Правой почки? Вчера вечером боль внезапно усилилась, сопровождалась тошнотой, слабостью. Обратился в ургентную хирургию, госпитализирован в стационар. Общее состояние тяжелое. Больной истощен. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. В легких жесткое дыхание, в верхних отделах ослабленное, сухие хрипы по всем полям. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации напряжен, болезненный во всех отделах, больше снизу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. При перкуссии тимпанит. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Стула не было 3 дня. Анализ крови: Л.-13,7*10⁹/л, п. 15%, с. 79%, л. 5%, м. 1%, Эр. – 3,8*10¹²/л, Нв – 116 г/л, Тр. – 240,0х10⁹/л, СОЭ – 38мм/ч. На ОРГ ОГК – диссеминированный туберкулез легких? Ранее в ОДЦ был дан барий, последний в толстом кишечнике, который раздут до 8,0 см в диаметре. Консультирован реаниматологом, терапевтом. Выставлен диагноз – Перитонит. Острый аппендицит? VI. Правой почки с распадом. Двусторонний диссеминированный туберкулез легких. Переведен в ОАРИТ для

предоперационной подготовки. 08.03.11г. под эндотрахеальным наркозом произведена широкая срединная лапаротомия. В брюшной полости серозно-фибринозный выпот. При ревизии обнаружена перфорация слепой кишки, размером до 1,5 см, с формирующимся абсцессом, в котором задействована задняя стенка мочевого пузыря, слепая кишка и петли тонкого кишечника. На расстоянии 120 см от связки Трейца, обнаружены две перфоративные язвы, диаметром до 2 см. В брыжейке тонкого кишечника обнаружены множественные лузлы плотной консистенции, диаметром до 1,5-2,0 см. Произведена расширенная правосторонняя гемиколэктомия с первичным илео-трансверзоанастомозом. При дальнейшей ревизии обнаружена увеличенная правая почка, деревянистой плотности, поверхность бугристая. Другой патологии не выявлено. Гистологическое заключение по макропрепарату: множественные язвы подвздошной и слепой кишки. Множественные гранулемы саркоидного происхождения. Необходимо провести дифференциальную диагностику между саркоидозом и болезнью Крона.

В послеоперационном периоде состояние больного тяжелое, экзубирован через 3 часа с момента окончания операции. Гемодинамика стабильная, без вазопрессоров. Нарастала клиника дыхательной и почечной недостаточности. Диурез до 50,0 мл/сут. На вторые сутки с момента операции произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта. От аутопсии родственники отказались, опираясь на религиозные соображения.

Таким образом, мы хотели обратить ваше внимание на то, как клинически может протекать саркоидоз кишечника. Эта патология встречается довольно редко в практике, но не теряет своей актуальности, и по сей день. Как мы видим из нашего примера и данных зарубежных авторов, даже гистологически не всегда удается точно дифференцировать саркоидоз и болезнь Крона. Но по нашему мнению больше данных за саркоидоз, так как имеется диссеминация в легких. По УЗИ ОБП – диффузные изменения паренхиматозных органов. И во время операции не было обнаружено характерных изменений тканей по типу «бульжной мостовой». Поэтому мы склоняемся к диагнозу саркоидоз.

Литература:

1. Федоров В.Д., Емельянов С.И. Хирургические болезни. МИА. – М., 2005
2. Нурахманов Б.Д., Клиническая хирургия. Эверо. – Алматы. 2009
3. Астапенко В.Г. Справочник хирурга. Минск «Беларусь», 1980
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М. – М., 2002
5. Вишневицкий А.А., Левита В.С. Частная хирургия. М. – М., 1963
6. Левин Г.С. Оперативное лечение больных туберкулезом легких. Минск 1962
7. Михайловский С.В. Склерама дыхательных путей. М. – М., 1959