

## ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ЛИГАТУРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хромова В.Н.

*Кафедра факультетской хирургии и онкологии (заведующий — проф. Блувштейн Г.А.)  
ГОУ ВПО «Саратовского ГМУ им.В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России*

Несмотря на более чем тысячелетний опыт лечения лигатурных осложнений, данную проблему нельзя назвать полностью решенной. Безусловно, в настоящее время мы не говорим о высоком проценте неблагоприятных исходов после операции. Однако, высокая частота рецидивирования осложнения, образование рубцовых деформаций окружающих свищ тканей, а в некоторых случаях, образование грыж после удаления лигатур, ятрогенное повреждение кишки, прилежащей к стенке свища не позволяют хирургу всегда быть уверенным в том, что, выполнив оперативное вмешательство, он полностью избавил пациента от данного «недуга».

Лигатурные свищи послеоперационного рубца брюшной стенки являются одним из распространенных осложнений, на которое мало обращают внимание врачи как амбулаторного так и стационарного звена. Диагностика проста - если из фистулы отходят лигатуры, диагноз ясен; фистулография подтверждает или исключает связь внутреннего отверстия свища с органом брюшной полости. Дополнительные методы исследования по стандартам обследования не требуются. И, тем не менее, одним из дискуссионных вопросов в лечении свищей является вопрос о выборе метода хирургического лечения. Как правило, данный процесс хронический и длится годами, нередко даже после радикального иссечения свища возникает рецидив. Основной недостаток существующих методов операции — высокий процент рецидивов, что обусловлено ошибками дооперационной диагностики, нерадикальным вскрытием и дренированием гнойных затеков, отсутствием морфологического исследования тканей свищевого хода.

Главная причина развития рецидивов связана с несвоевременной диагностикой затеков и неадекватным устранением морфологического субстрата продуктивного хронического воспаления.

При длительном течении лигатурной инфекции свищевой ход, как правило, имеет сложную архитектуру, множество разветвлений и гнойных затеков в мягких тканях, а морфологические изменения грануляций внутреннего канала свища и окружающих свищевой ход тканей рубцово изменены и на микроскопическом уровне также имеют множество микроабсцессов.

Целью настоящего исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рецидивирующих лигатурных осложнений лапаротомных рубцов.

**Материалы и методы.** Мы располагаем опытом лечения 199 больных с рецидивирующими лигатурными свищами лапаротомных рубцов после абдоминальных операций. Детальное изучение отдаленных результатов в сроки от 2 до 5 лет показало, что у 112 больных (56,3%) имел место рецидив осложнения.

В связи с этим в последние годы с целью предоперационной подготовки многократно оперированных больных (84) с рецидивирующими свищами, а также для того, чтобы выполнить оперативные вмешательства в более благоприятных условиях с меньшим риском развития гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов заболевания, изучали морфологические особенности тканей фистул, фистулографию выполняли под контролем

ультразвукового исследования, определяли количество микробных тел со смывов свищевых ходов, определяли их чувствительность к антибиотикам, в зависимости от чувствительности импрегнировали шовные материалы, которые применяли во время операции.

**Результаты.** При изучении причин возникновения рецидивов свищей нами установлено, что в большинстве случаев рецидив не зависел от характера оперативного вмешательства – вскрытия или иссечения свища.

Для диагностики гнойных затеков и полостей в окружающих свищевой ход клетчатке у 84 больных использовали ультразвуковое исследование. При этом через наружные свищевые ходы в полость свищей вводили растворы антисептиков для заполнения затеков и полостей. После чего проводили динамическое ультразвуковое исследование. Архитектоника свищей во всех случаях была сложной, ветвистой.

У 39 больных на эхограммах гнойные полости имели вид эхонегативных различной формы (чаще округлых) образований, содержащих патологическую жидкость. Окружающие свищевой ход полости и ткани были отечными с ригидными рубцово измененными стенками.

У 45 больных ультразвуковая картина свищевого хода и затеков характеризовалось неправильной или овальной формой эхонегативных полостей с наличием жидкости. Окружающие ткани уплотнены, фиброзные изменения в тканях имели вид изогнутого тяжа.

Морфологическая картина окружающих тканей позволила выявить не определяемые визуально изменения в виде гранулематозного воспаления с разрастаниями грубой волокнистой соединительной ткани, местами замещающей мышечную ткань, рубцовыми грануляциями, ячейками микроабсцессов, границы которых распространялись в окружности от свищевого хода в радиусе до 6-10 см.

Проведенная таким образом адекватная предоперационная подготовка с тщательной диагностикой затеков и полостей в окружающей клетчатке, с макро- и микроскопическим определением границ иссечения рубцово измененных тканей, как субстрата рецидива воспаления с учетом чувствительности микрофлоры свищевых ходов способствовала тому, что из 84 оперированных больных в отдаленные сроки (до 2-х лет) рецидивов свищей не наблюдали.

**Заключение.** Одним из путей эффективного лечения сложных рецидивирующих лигатурных осложнений лапаротомных рубцов, наряду с хирургическим воздействием на свищевой ход, определяющее значение имеет также адекватная предоперационная подготовка больных с обязательным морфологическим исследованием тканей фистул, диагностикой затеков и полостей в окружающей клетчатке с определением границ измененных тканей как субстрата рецидива воспаления, нуждающегося в радикальном унесении.

1. Поздние гнойные послеоперационные осложнения /В.Д.Кузнецов, Н.В.Бобовникова, В.Ф.Михайлов, В.В.Антонов // Хирургия. –1998.- №7.- С.48- 52.
2. Баулин Н.А., Хоменко Н.М., Пьянов Н.А. и др. Профилактика и лечение гнойных осложнений в хирургии и травматологии. М. 1988; 78 - 81.
3. Кутин А.А. Позднее гнойное осложнение после нефрэктомии («лигатурный» абсцесс забрюшинного пространства) /А.А. Кутин, Н.И. Мосиенко, С.К. Кленский, М.А. Кутин //Хирургия. - 1998.- №4.- С. 53 - 54.