

**«НЕЛИГАТУРНЫЕ» ПРИЧИНЫ ПОЗДНИХ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОБЛАСТИ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Хромова В.Н.**

*Городская клиническая больница № 2 им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия (410002, г. Саратов, ул. Чернышевского, 141), e-mail: [armaur@list.ru](mailto:armaur@list.ru)*

Лигатурные осложнения у больных после операций на органах брюшной полости в отдаленном постгоспитальном периоде воспринимаются хирургами как амбулаторного, так и стационарного звена как нечто рутинное, не требующее углубленных обследований и морфологической верификации. Основной причиной их возникновения считается отторжение шовного материала, другие причины рассматриваются редко. Диагноз ставится по внешним клиническим признакам. Нами проведен анализ результатов морфологических исследований тканей области оперативного доступа у пациентов с предполагаемыми лигатурными осложнениями. Установлено, что только у 199 (50,4%) больных причиной воспалительных процессов являлся шовный материал, в 196 (49,7%) случаях причины носили «нелигатурный» характер. Возможности клинической диагностики этих патологических процессов были ограниченными, что является показанием к выполнению цитогистологического исследования, позволяющего уменьшить число ошибок в тактике лечения.

Ключевые слова: нелигатурные осложнения, хирургические вмешательства на органах брюшной полости, поздние послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения, эндометриоз, лигатурный свищ.

**NELIGATURNYE REASONS OF LATE POSTGOSPITALIZATION CHRONIC RECURRENT PURULENT WOUND COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS ON ABNORMAL CAVITY AND RETROPERITONEUM**

**Khromova V.N.**

*City clinical hospital №2 n.a. V.I. Rasumovsky, Saratov, Russia (410002, Saratov, Chernishevski str., 141), e-mail: [armaur@list.ru](mailto:armaur@list.ru)*

Ligature complications in patients after operations on the abdominal organs in the long run postgospitalnom perceived by surgeons as an outpatient and hospital care as something routine that does not require in-depth surveys and morphological verification. The main reason for their rejection of the suture material is considered, other factors are considered rare. Diagnosis of external clinical signs. We analyzed the results of morphological studies of tissues of rapid access for patients with suspected complications of ligature. It was established that only 199 (50.4%) patients the cause of inflammation was suture in 196 (49.7%) cases the reasons were "neligaturny" character. Possibilities of clinical diagnosis of these pathological processes have been limited, which is an indication to perform tsitogistologicheskogo studies to reduce the number of errors in treatment strategies.

Key words: neligature complications, surgical operations on abdominal cavity organs, late postoperative pyo-inflammatory complications, endometriosis, ligature fistula.

Одними из поздних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений области оперативного доступа после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства являются, согласно классификации Н.А. Баулина и соавт. (1988), постгоспитальные хронические рецидивирующие гнойные раневые осложнения,

рассматривающиеся как группа «лигатурных» осложнений, возникающих в сроки позднее 2 месяцев после перенесенной операции [7].

Основной причиной возникновения этих осложнений считается отторжение шовного материала, другие причины рассматриваются редко, в связи с чем все инфильтративно-воспалительные процессы в области сформировавшегося рубца в отдаленном постгоспитальном периоде воспринимаются хирургами как амбулаторного, так и стационарного звена как нечто рутинное, не требующее углубленных обследований и морфологической верификации. Традиционно диагноз ставится по внешним клиническим признакам и регистрируется в медицинской документации как «лигатурный» свищ, абсцесс, инфильтрат и т.д. [5; 9].

Исторически сложившееся мнение о том, что диагностика и лечение «лигатурных» осложнений не представляет трудностей, сформировало стереотипный подход к данной категории больных, а осложнения поставило в разряд «простых» и «не заслуживающих» внимания [7; 9].

Однако при обследовании пациентов после оперативного вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства нередко возникают трудности с определением характера патологических изменений в зоне послеоперационного рубца, будь то свищ или пальпируемое уплотнение. Определяется это сложностью анатомического строения передней брюшной стенки, состоящей из ряда тканевых слоев, прилежащими органами брюшной полости и изменениями их взаимоотношений в позднем послеоперационном периоде. Физикальные методы оценки таких изменений – визуальный осмотр и пальпация – субъективны и далеко не всегда позволяют дифференцировать характер осложнения. При длительно существующем рубце в измененной ткани могут откладываться соли кальция, что еще больше усложняет дифференциальную диагностику. В этих случаях именно дополнительные методы обследования могут позволить дифференцировать послеоперационные изменения тканей области оперативного доступа [5].

### **Объект, материал и методы исследования**

С целью анализа возникающих трудностей диагностики и структуры ошибок в лечении больных с изучаемой патологией нами было проведено комплексное клинкоморфологическое обследование и лечение 395 пациентов, поступивших в отделение гнойной хирургии МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. В.И. Разумовского» г. Саратова за период с 2001 по 2005 г. с наличием инфильтратов, свищей и абсцессов послеоперационного рубца, классифицируемых в истории болезни как «лигатурные».

Образованию гнойно-воспалительных процессов у этих пациентов предшествовали разнообразные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, выполненные в различных стационарах города и области. Среди исследуемых были 171 (43,3%) мужчина и 224 (56,7%) женщины, средний возраст которых составил  $42 \pm 7,5$  лет. Сроки возникновения осложнения составляли от 2 месяцев до 35 лет послеоперационного периода. Из 395 госпитализированных 128 (32,4%) пациентов получали консервативную терапию, 267 (67,6%) были повторно оперированы, с обязательным гистологическим исследованием операционного материала. В случаях консервативной терапии выполнялась биопсия субстрата осложнения, при этом фиксировались все случаи расхождения предполагаемого и окончательного диагноза, подтверждаемые инструментально, морфологически или устанавливаемые интраоперационно. Для подтверждения и верификации клинически устанавливаемого диагноза оценивались качество и объем ранее проводимого обследования, анализировались и учитывались длительность и виды проводимой терапии, ее результаты на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном этапах, что позволило сделать ряд интересных наблюдений и практических выводов.

### **Результаты исследования**

При анализе клинических данных, операционного и биопсийного материала и с учетом операционных находок, полученных в ходе обследования и лечения исследуемой группы пациентов, только у 199 (50,4%) больных причиной инфильтративно-воспалительных процессов области оперативного доступа являлся лигатурно-шовный материал. В 196 (49,7%) случаях причины носили «нелигатурный» характер, представляя собой морфологически неоднородную группу, включающую около 20 нозологических форм, осложнений заболеваний и оперативных вмешательств, ведущим симптомом которых являлось наличие свища, абсцесса либо инфильтрата в проекции послеоперационного рубца с отхождением лигатур. Каждая клинико-анатомическая форма имела свои нюансы клинического течения, лечения и прогноза, которые были видны при групповом ретроспективном анализе и не проявлялись при рутинном физикальном обследовании.

Клетки опухолевого роста при метастазах злокачественных новообразований в послеоперационный рубец, которые ошибочно принимались за лигатурные абсцессы, обнаружены в 25 (6,3%) случаях, а при рецидивах рака или первичном поражении с прорастанием передней брюшной стенки и формированием свища – в 17 (4,3%) случаях. Свищи при болезни Крона, леченные как лигатурные, встречались в 4 (1,0%) случаях.

Определенные затруднения вызвала дифференциальная диагностика истинных лигатурных свищей и послеоперационных свищей органов брюшной полости и

забрюшинного пространства (тонко- и толстокишечные, желчные, панкреатические, печеночные, мочевые, гинекологические), свищей после самопроизвольного вскрытия внутрибрюшных абсцессов, которые были диагностированы нами в 59 (14,9%) и 15 (3,8%) наблюдениях.

В 13 (3,3%) наблюдениях диагностирован эндометриоз рубцовой ткани, который клинически расценивался как лигатурный абсцесс, и только морфологическое исследование позволило верифицировать диагноз. Значительно реже на основании полученных при цитогистологическом исследовании тканей области оперативного доступа брюшной стенки встречались: актиномикоз (0,5%), эхинококкоз послеоперационного рубца (0,5%), панкреатический свищ, наружный маточный свищ, внелегочный туберкулез (0,5%), цирроз печени, диагностируемые по одному разу. Довольно редкой патологией послеоперационного рубца являлась его оссификация и атерома рубца, наблюдаемые нами в 2 случаях.

В 8% клинических наблюдений причинами гнойно-воспалительных процессов области послеоперационного рубца являлись случайные находки: перфорация дивертикула сигмовидной кишки с абсцедированием и образованием свища в рубце после ранее перенесенного грыжесечения, перфорация рыбьей костью с образованием абсцесса в старом рубце, абдоминальный десмоид и т.д. В 7,4% отмечены сочетания перечисленных причин.

По нашим наблюдениям, данные только физикального исследования приводят к диагностическим ошибкам в 49,7% случаев. Данные дополнительных методов исследования в 31,1% наблюдений оказываются малоинформативны. Установить правильный диагноз в 24,6% наблюдений удалось только при лапаротомии, а в 44,3% случаев только после морфологического исследования операционного материала и только в 31,1% наблюдений клинически.

### **Обсуждение полученных результатов**

Таким образом, возможность распознавания характера патологического процесса без микроскопической оценки макропрепарата ограничена. В связи с этим считаем целесообразным и обязательным у больных с патологией области послеоперационного рубца включать в план лечебно-диагностических мероприятий цитологическое и гистологическое исследование, что позволит уменьшить число ошибок в тактике лечения.

Как показывает наша практика, до поступления в клинику основным методом диагностики и верификации диагноза у изучаемой группы пациентов было клиническое обследование. Последнее ограничивалось выполнением общего анализа крови, мочи, обзорной рентгенографии органов брюшной полости и грудной клетки, ультразвукового исследования, гастроскопии, а при наличии свища – фистулографии. Другие методы

исследования в диагностике постгоспитальных рецидивирующих рубцовых осложнений применялись крайне редко. Морфологическое исследование не выполнялось ни в одном случае, так как не входило в стандарты обследования пациентов с изучаемой патологией, хотя имело бы большое значение при дифференциальной диагностике с другими осложнениями и хирургическими заболеваниями, протекающими под маской лигатурных.

Возможности клинической диагностики этих патологических процессов были ограниченными, иногда поставить диагноз можно было только лишь на операции, иногда причина возникновения патологических изменений в зоне оперативного доступа становилась ясной лишь только после гистологического исследования препарата, когда морфологически обнаруживалась картина злокачественного роста или эндометриоза послеоперационного рубца – то есть такие заболевания, о которых врачи часто забывают, так как на практике их не видят.

Следует отметить, что в литературе спектр дифференциальных заболеваний, протекающих под маской гнойной хирургической патологии, не очерчен, отсутствует обязательный объем обследования, а имеющиеся сведения разрозненны, схематичны и мало дают возможностей для применения их на практике, значительно чаще встречается узкоспециализированный подход к проблеме.

### **Заключение**

Таким образом, несмотря на кажущуюся, на первый взгляд, простоту клинической симптоматики, диагностика рубцовых трансформаций не всегда оказывается простой, а лечение затягивается на многие месяцы и годы. Это позволило нам акцентировать внимание хирургов на индивидуальный, дифференцированный подход к рассматриваемой категории пациентов.

Мы думаем, что повышение эффективности дифференциально-диагностического поиска путем анализа диагностических ошибок у больных с послеоперационными инфильтративно-свищевыми изменениями в области послеоперационных рубцов, протекающими под маской различных хирургических заболеваний, будут иметь не только важное практическое, но и научное значение.

### **Список литературы**

1. Адамян Л.А., Кулаков В.И. Эндометриозы. – М. : Медицина, 1998. – 316 с.
2. Ахмедов В.П. Метастатические опухоли. – М. : Медицина, 1984. – 186 с.

3. Быков В.Л. Цитология и общая гистология (функциональная морфология клеток и тканей человека). – СПб. : СОТИС, 2002.
4. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Мушникова В.Н. и др. Осложненный дивертикулез ободочной кишки (морфогенез, диагностика, клиника, лечение). – М., 1996. – 169 с.
5. Галкин Р.А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение / Р.А. Галкин, И.Г. Лещенко. – Самара : ООО «ИПК Содружество», 2008. – 372 с.
6. Звягинцева Т.Д., Мирзоева Л.А. Туберкулез кишечника // Здоровье Украины. – 2007. – № 17. – С. 60.
7. К вопросу постгоспитальных послеоперационных раневых осложнений / Н.А. Баулин, Н.М. Хоменко, Н.А. Пьянов и др. // Профилактика и лечение гнойных осложнений в хирургии и травматологии : сб. науч. тр. – М., 1988. – С. 78-81.
8. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / под ред. Э.Н. Ванцяна. – М., 1982.
9. Поздние гнойные послеоперационные осложнения / В.Д. Кузнецов, Н.В. Бобовникова, В.Ф. Михайлов, В.В. Антонов // Хирургия. – 1998. – № 7. – С. 48-52.
10. Тюрин Г.А. Эхинококкоз послеоперационного рубца в сочетании с послеоперационной вентральной грыжей / Г.А. Тюрин, В.А. Малюта // Клиническая хирургия. – 1987. – № 2. – С. 36.

**Рецензент:**

Щуковский В.В., д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела новых технологий в вертеб্রологии и нейрохирургии ФГУ «СарНИИТО» Минздравсоцразвития России, г. Саратов.

Шапкин Ю.Г., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, г. Саратов.