

больных мы наблюдали длительно существующие язвы, окруженные утолщенными конвергированными складками слизистой, с глубокой пенетрацией в мышечный слой. Размер большинства язвенных дефектов правильной формы с небольшим ободком гиперемии вокруг составлял от 8 до 10 мм, при этом окружающая слизистая была практически не изменена. Неспецифические язвы плохо заживали на фоне терапии, направленной на улучшение трофики тканей, эпителизация происходила длительно, в течение 3–4 месяцев. У всех больных нами была исключена специфическая природа язвообразования (туберкулезное, сифилитическое поражение толстой кишки, амёбный колит).

**Обсуждение.** При эндометриозе толстой кишки, осложненном толстокишечным кровотечением (3,2% случаев), основная задача эндоскопического исследования заключается в выявлении признаков, отличающих эндометриозное поражение от злокачественных новообразований. При эндометриозе слизистая оболочка толстой кишки вовлекается в патологический процесс только после сдавления извне с прорастанием изолированного участка стенки и формированием непротяженных циркулярных рубцовых стриктур.

Окраска пораженных участков слизистой оболочки при эндометриозе зависит от фазы менструального цикла, что является важным дифференциально-диагностическим признаком, отличающим эндометриозное поражение от инфильтративно-язвенной формы карциномы, диффузно-инфильтративной карциномы и злокачественной неэпителиальной опухоли. Так, в лютеиновую фазу цикла эндометриозные гетеротопии покрыты изъязвлениями, которые и служат источниками кровотечения. В наших наблюдениях во всех случаях кровотечения носили циклический характер, прекращались самостоятельно по окончании менструации и возникали только при прорастании слизистой оболочки толстой кишки эндометриозной тканью.

При геморрое (5,6%) и анальных трещинах (3,2%) в исследуемую группу больных мы включили только случаи обильных кровотечений, послужившие поводом для госпитализации. В большинстве случаев геморроидальные кровотечения протекали атипично и сопровождалась многократным и обильным стулом, измененным кровью со сгустками.

При кровотечении из внутренних геморроидальных узлов кровь постепенно заполняла вышележащие отделы толстой кишки (в 5 случаях была заполнена вся сигмовидная кишка, в 5 случаях следы крови доходили до селезеночного угла ободочной кишки). Всем больным с геморроидальными крово-

течениями была выполнена тотальная фиброколоноскопия для исключения другой причины кровотечения. Признаками состоявшегося кровотечения при геморрое служили кровоизлияния под слизистую оболочку, покрывающую геморроидальный узел, а также небольшие трещины слизистой оболочки, покрытые геморрагическим налетом.

**Заключение.** Сравнивая эндоскопические способы гемостаза, мы пришли к заключению, что именно электрокоагуляция является наиболее эффективным способом остановки продолжающихся толстокишечных кровотечений и профилактики их рецидива. Тем не менее комплексное применение различных методик гемостаза увеличивает эффективность лечебной эндоскопии и способствует минимизации числа осложнений.

#### Библиографический список

1. Fletcher RH. Rationale for combining different screening strategies // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2002. Vol. 12, № 1. P. 53-63.
2. Овчинников А.А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта // *Медицинская помощь.* 2003. № 5. С. 13-17.
3. Аржанов Ю.В., Карпунин О.Ю. Трансформация дистальных форм неспецифического язвенного колита в распространенные // *Казанский медицинский журнал.* 2004. Т. 85, № 5. С. 350-352.
4. Пирцхалашвили Г.Г., Шахмарданов М.З., Никифоров В.В. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки, сопровождающихся гемоколитом // *Современная медицина: теория и практика.* 2003. № 2. С. 6-10.
5. Why wait for a colonoscopy? An easy cure / A. Shoaib, A. Hamade, A. Zia [et al.] // *Colorectal Dis.* 2006. Vol. 8, № 6. P. 480-483.
6. Турова Р.А., Короткевич А.Г. Колоноскопия в формировании групп для хирургического лечения пациентов старшего возраста // *Эндоскопическая хирургия.* 2007. Т. 13, № 2. С. 21-26.
7. The role of colonoscopy in patient follow-up after surgery for colorectal cancer: A retrospective study and review of the literature / G. Romano, G. Cocchiara, S. Maniaci [et al.] // *G. Chir.* 2007. Vol. 28, № 10. P. 399-402.
8. Агаджанян В.В., Закин С.И., Горчакова Т.Л. Колоноскопия в диагностике и лечении новообразований толстой кишки // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: тез. докл. М., 2002. С. 5-6.
9. Внедрение и развитие эндоскопических методов диагностики и лечения в поликлинических условиях: тез. 2-го съезда амбулаторных хирургов РФ / А.Г. Еремеев, С.В. Лебедев, С.Н. Наумова, А.П. Татаринцев // *Амбулаторная хирургия.* 2007. № 4. С. 82.
10. Barnard J. Screening and surveillance recommendations for pediatric gastrointestinal polyposis syndromes // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2009. V. 48. Suppl 2. P. 75-78.
11. A European view of diagnostic yield and appropriateness of colonoscopy / J.J. Gonvers, J.K. Harris, V. Wietlisbach [et al.] // *Hepatogastroenterology.* 2007. Vol. 54, № 75. P. 729-735.

УДК 616.381-002:616-007.271

Оригинальная статья

### АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОЗДНИХ ПОСТГОСПИТАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГНОЙНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

*В.Н. Хромова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры факультетской хирургии и онкологии им. С.П. Миротворцева.*

### ANALYSIS OF STRUCTURE OF LATE POSTHOSPITALIZED CHRONIC PURULENT WOUND COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS ON ORGANS OF ABDOMEN AND RETROPERITONEUM

*V.N. Khromova – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Faculty Surgery and Oncology n.a. S.R. Mirovtortsev, Post-graduate.*

Дата поступления – 19.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

**Хромова В.Н.** Анализ структуры поздних постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений после операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 722–727.

Материалом исследования явились результаты комплексного обследования и хирургического лечения 395 пациентов с постгоспитальными хроническими рецидивирующими гнойными раневыми осложнениями, повторно поступивших в отделение гнойной хирургии ГКБ № 2 им. В.И. Разумовского за пятилетний период, в сроки от двух месяцев до 38 лет после первично перенесенной операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. На основе анализа клинических данных, операционного и биопсийного материала и с учетом операционных находок изучены частота и характер послеоперационных осложнений раневого процесса в отдаленном постгоспитальном периоде. Структура рецидивирующих гнойно-воспалительных процессов области оперативного доступа складывалась из четырех групп осложнений: I – «лигатурные» осложнения – 107 (27,1%); II – осложнения нелигатурного генеза – 64 (16,2%); III – осложнения, не связанные с перенесенной операцией, – 25 (6,3%); IV – сочетанные осложнения – 199 (50,4%). Клинически патологические процессы в каждой группе осложнений определялись в виде абсцессов, свищей, инфильтратов в проекции послеоперационного рубца и классифицировались в истории болезни как «лигатурные». Каждая клинико-морфологическая форма имела свои нюансы клинического течения, лечения и прогноза, которые не проявлялись при рутинных методах диагностики, но видны при групповом ретроспективном анализе и в целом имеют практическое значение, влияя на правильный выбор тактики хирургического лечения.

**Ключевые слова:** постгоспитальные послеоперационные рецидивирующие гнойные органы брюшной полости и забрюшинного пространства, гнойно-воспалительные процессы области оперативного доступа, лигатурные свищи.

**Khromova V.N.** Analysis of structure of late posthospitalized chronic recurrent purulent wound complications after operations on organs of abdomen and retroperitoneum // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010. Vol. 6, № 3. P. 722–727.

Materials for this research were the results of complex examination and surgical treatment of 395 patients with chronic recurrent posthospitalized purulent wound complications re-admitted to the department of purulent surgery of City Clinical Hospital № 2 n.a. V.I. Razumovsky over five-year period; for the period from 2 months to 38 years after the primary undergone surgery on organs of abdominal and retroperitoneal space. On the basis of clinical data, surgical and biopsy material and operating discoveries the frequency and nature of postoperative complications of wound process during the remote posthospitalized period were studied. Structure of recurrent inflammatory purulent processes represented 4 groups of complications: I – «ligature» complications – 107 (27,1%); II – nonligature genesis complications – 199 (50,4%); III – complications that are not related to the transferred operations – 25 (6,3%); IV – complications due to a combination of reasons – 64 (16,2%). Clinical pathological processes in each group of complications were determined in the form of abscesses, fistulas, infiltrates in the projection of postoperative scar and classified in the case history as «ligature». By etiology, pathogenesis and morphology they presented a variety of nosological forms. Each clinical and morphological form had its own nuances of the clinical course, treatment and prognosis, which were not occurred during routine diagnostic methods. They occurred to be visible during retrospective analysis and had practical significance in the correct choice of surgical treatment.

**Key words:** posthospitalized postoperative recurrent purulent organs of abdomen and retroperitoneum, purulent inflammatory processes in the region of surgical access, ligature fistulas.

**Введение.** Современный период медицины характеризуется ростом числа хирургической инфекции и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Данное явление зарегистрировано повсеместно на протяжении последнего десятилетия. В основе этого лежат как общебиологические причины в виде глобального роста резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам и иммунологической изменчивости организма человека, так и причины, связанные с научно-техническим прогрессом, выполнением более инвазивных диагностических и лечебных манипуляций, расширением контингента ранее не оперируемых больных. Увеличивается возможность инвазии возбудителей хирургической инфекции за счет роста травматизма, объема и длительности оперативных вмешательств, а также широкого применения синтетических имплантантов, металлоконструкций, внутрисосудистых катетеров и т.д. Определенное значение имеет и ослабление дисциплины хирургов в вопросах строгого соблюдения принципов асептики в связи с надеждами, возлагаемыми на использование антибиотиков [1-5].

В общей структуре хирургических заболеваний послеоперационная хирургическая инфекция наблюдается у 35-45% больных, возникая примерно у 5-35 из 100 оперированных [4-6]. Частота воспалительных осложнений после различных хирургических вмешательств в отделениях абдоминальной хирургии российских стационаров, по данным многих авторов,

находится в пределах от 9,0 до 37,8% и не имеет тенденции к снижению [3].

В последние годы по проблемам хирургических инфекций опубликовано много работ, при анализе которых обращают на себя внимание изменения в терминологии.

В настоящее время все послеоперационные осложнения по локализации воспалительного процесса, вне зависимости от характера операции, классифицируются как инфекции области хирургического вмешательства, которые включают в себя: осложнения, ассоциированные с покровами тела, или раневые, а также органые и полостные или внутрибрюшные, но в конечном итоге дренирующиеся через разрез. Традиционное деление осложнений по времени их возникновения на госпитальные и постгоспитальные осталось прежним [2, 5, 7].

Несмотря на многочисленность работ по данному вопросу, почти все они посвящены послеоперационным гнойным осложнениям, возникающим в период лечения больных в стационаре. Осложнения, диагностируемые после выписки пациента из стационара, не имеют должного отражения на страницах периодической печати и в монографической литературе. Поздним послеоперационным осложнениям посвящены единичные сообщения некоторых авторов без попытки анализа и обобщения данных. Может быть, этот вопрос кажется хирургам «старым» и давно «решенным», а осложнения позднего постгоспитального периода отнесены к разряду «легких» и не заслуживающих внимания. Но, как известно, «легких» послеоперационных осложнений не бывает.

**Ответственный автор** – Хромова Валентина Николаевна.  
Адрес: 410002, Саратов, ул. Чернышевского, 141.  
Тел.: 8-845-2-20-25-68.  
E-mail: armaur@list.ru

Даже, казалось бы, самые безобидные из них, такие, как нагноения ран или лигатурные свищи, таят в себе множество опасностей, являясь к тому же причиной дополнительных страданий и глубоких психических переживаний больного.

Среди больных с поздними инфекционными осложнениями раневого процесса особую группу составляют многократно госпитализируемые пациенты с хроническими рецидивирующими гнойными раневыми осложнениями, возникающими через значительные промежутки времени – от нескольких месяцев до десятка лет после перенесенной операции. Сведения о них не систематизированы, структура мало изучена, анализ причин возникновения и результатов лечения не проводился.

Рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы области оперативного доступа в отдаленном постгоспитальном периоде воспринимаются хирургами как амбулаторного, так и стационарного звена как нечто рутинное, не требующее углубленных обследований и морфологической верификации. Диагнозы ставятся по внешним клиническим признакам и классифицируются в медицинской документации как «лигатурные» свищи, инфильтраты, абсцессы [5, 8].

В практической работе подобные осложнения встречаются в 1,4–14,3% наблюдений, значительно ухудшают функциональные и косметические результаты перенесенных хирургических вмешательств, удлиняют сроки временной нетрудоспособности, а иногда создают угрозу для жизни больного [8].

Пациенты страдают в течение многих месяцев и лет, подвергаясь многочисленным повторным госпитализациям и оперативным вмешательствам. Один и тот же пациент может госпитализироваться несколько раз за год, что приводит к существенным экономическим затратам [8–10]. Количество же повторных операций является одним из важнейших показателей качества лечения хирургических больных, поэтому глубокий анализ их причин важен для любого лечебного учреждения [9].

Целью настоящего исследования явился анализ этиологической структуры, количества и характера постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Методы.** За период с 2001 по 2005 г. в отделение гнойной хирургии МУЗ «Городская клиническая больница № 2 им. В.И. Разумовского» г. Саратова после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в различные сроки после выписки из стационара с гнойно-воспалительными осложнениями области оперативного доступа повторно поступили 906 пациентов.

В соответствии с классификацией постгоспитальных послеоперационных раневых осложнений (Баулин Н.А. и соавт., 1988) все больные были разделены на три группы.

К первой группе были отнесены 305 (33,7%) пациентов повторно госпитализированных в сроки до пяти дней после выписки из стационара с ранними гнойными осложнениями.

Во вторую группу вошли 206 (22,7%) больных с поздними послеоперационными раневыми осложнениями, возникшими в сроки от шести дней до двух месяцев после выписки из стационара.

Третью группу составили 395 (43,6%) пациентов, обратившиеся за медицинской помощью в сроки позже двух месяцев после выписки из стационара

с хроническими рецидивирующими гнойными раневыми осложнениями. Клинически воспалительные процессы у поступивших пациентов определялись в виде рецидивирующих инфильтратов – 76 (19,2%) больных; абсцессов – 110 (27,8%) больных; единичных и множественных свищей в проекции послеоперационного лапаротомного рубца – 137 (34,7%) случаев; флегмон брюшной стенки – 37 (9,4%) и их сочетаний – 35 (8,9%) больных, носили характер неспецифического гнойного воспаления и классифицировались в истории болезни как «лигатурные».

Критериям включения в проводимое исследование соответствовали пациенты третьей группы, госпитализированные повторно, с рецидивами гнойно-воспалительных процессов области хирургического доступа после ранее проведенного лечения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, в сроки от 2 месяцев до 38 лет после первично перенесенной операции.

Пациенты первых двух групп, больные третьей группы с кишечными свищами и поступившие впервые из данного исследования были исключены.

Среди исследуемых были 171 (43,3%) мужчины и 224 (56,7%) женщины, средний возраст которых составил  $42 \pm 7,5$  года. Образованию гнойно-воспалительных процессов у этих пациентов предшествовали разнообразные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, выполненные в различных стационарах города и области (таблица). Первичные хирургические вмешательства были выполнены 229 (58%) больным в экстренном порядке; 166 (42%) – в плановом; 87 (22%) пациентов были оперированы по поводу разлитого перитонита; у 156 (39,5%) больных хирургические вмешательства выполнялись от 2 до 9 раз.

До поступления в наше отделение все больные лечились консервативно, 290 (73,4%) – были ранее неоднократно оперированы, что подтверждалось выписками из историй болезни и амбулаторных карт, частота повторных госпитализаций при этом составила 3,03 на одного больного.

Все пациенты в ходе исследования были подвергнуты тщательному комплексному клинко-инструментальному обследованию с обязательным использованием цитоморфологических методов диагностики. При наличии свищей выполняли фистулографию с целью исключения связи фистулы с органами брюшной полости, определения локализации и внутреннего свищевого отверстия, обнаружения гнойных затеков. Исследования выполнялись по общепринятым методикам на рентгеновском аппарате «EDR-750B» (Венгрия).

При бессвищевой форме воспалительного процесса с целью дифференциальной диагностики выполнялась диагностическая биопсия.

При вскрытии абсцесса, иссечении свища, инфильтрата послеоперационного рубца брюшной стенки брали фрагменты из разных участков воспалительного очага и размерами не более 0,5×0,5 см. Образец тканей отправлялся в цитоморфологическую лабораторию для проведения гистологического исследования. Полученные при этом препараты фиксировали в 10%-ном растворе формалина, затем проводили через батарею восходящих спиртов и заливали парафином. Парафиновые и замороженные срезы окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином, на эластические волокна, на фибрин, на липиды, импрегнировали на аргирофильные волокна, окрашивали толуидиновым синим.

**Структура хирургических заболеваний и первично перенесенных оперативных вмешательств у обследуемых больных**

Заболевание	Вид перенесенного хирургического вмешательства	Количество больных	
		абс.	%
Грыжи брюшной стенки, в т. ч. послеоперационные рецидивные и рецидивирующие	грыжесечение с пластикой местными тканями, с ненапряжной пластикой, с резекцией кишки	68	17,2
Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холецистит. Холедохолитиаз	холецистэктомия без дренирования, с наружным дренированием холедоха, наложение билиодегистивных анастомозов	30	7,6
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, язвенное кровотечение, рак желудка	резекция желудка, ушивание язвы, пилоропластика, прошивание язвы, ваготомия, гастрэктомия	34	8,7
Острый аппендицит	аппендэктомия	75	19,0
Острая кишечная непроходимость	резекция кишечника, операция Гартмана, наложение стомы, энтеролиз с интубацией	27	6,8
Рак поперечно-ободочной и прямой кишки	гемиколэктомия, резекция сигмы, прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация	16	4,0
Травма желудка, кишечника, селезенки, печени, почки	спленэктомия, ушивание ран печени, брыжейки, резекция кишки	25	6,3
Аденома предстательной железы, карбункул почки, мочекаменная болезнь. Нефролитиаз, стриктура мочеточника	открытая чрезпузырная аденомэктомия, нефрэктомия, удаление конкремента, пластика мочеточника	23	5,8
Фибромиомы, онкозаболевания матки, придатков, кисты, патология беременных	ампутация и экстирпация матки, кесарево сечение, операции на придатках	51	12,9
Сочетание патологии	симультианные операции, комбинированные	24	6,1
Инфицированный деструктивный панкреатит, эхинококкоз печени	лапаротомии при панкреонекрозе, вскрытие забрюшинной флегмоны, эхинококэктомия	13	3,3
Неизвестны		9	2,3
Всего		395	100,0

Изучение микроструктуры окрашенных гистологических препаратов проводили на светооптическом уровне при увеличении  $\times 56$  в микроскопе «Биолам». Исследование проводилось на кафедре патологической анатомии СГМУ. Было изучено 500 гистологических препаратов от 395 больных. При этом фиксировались все случаи расхождения предполагаемого и окончательного диагноза, подтверждаемые инструментально, морфологически или устанавливаемые интраоперационно.

**Результаты.** При анализе клинических данных, операционных и биопсийного материала и с учетом операционных находок, полученных в ходе обследования и лечения исследуемой группы пациентов, клинко-морфологическая структура постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений, традиционно характеризуемая как «лигатурные осложнения», была неоднородной и включала 4 группы гнойно-воспалительных процессов области оперативного доступа, имеющих разный этиопатогенетический механизм и морфологический субстрат: I – «лигатурные» осложнения – 107 (27,1%); II – осложнения нелигатурного генеза, в том числе редкие причины трансформаций рубца, – 64 (16,2%); III – осложнения, не связанные с перенесенной операцией, 25 (6,3%); IV – сочетанные осложнения – 199 (50,4%).

Первую группу рецидивирующих «лигатурных» осложнений составили «лигатурные» абсцессы, инфильтраты, свищи и флегмоны послеоперационного рубца с доказанной причиной их возникновения в виде лигатурно-шовного материала, которые встречались в 47 (11,9%) наблюдений; гнойно-воспали-

тельные процессы вследствие инородных тел в виде дренажей, инструментов, салфеток были диагностированы в 32 (8,1%) случаев; в отдельную группу нами были выделены хронические рецидивирующие инфильтраты без склонности к абсцедированию, когда при морфологическом исследовании биопсийного и операционного материала выявлена реакция тканей на инородное тело, но природу хронического раздражителя установить не представлялось возможным, что установлено у 28 (7,1%) больных.

Вторая группа постгоспитальных послеоперационных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений «нелигатурного» происхождения была представлена гнойно-воспалительными процессами в виде абсцессов, свищей, инфильтратов области оперативного доступа, являющихся проявлениями: эндометриоза послеоперационного рубца – 5 (1,3%), абдоминального актиномикоза – 1 (0,3%), эхинококкоза брюшной полости – 1 (0,3%), внелегочного туберкулеза – 1 (0,3%), терминального илеита – 3 (0,8%), первичных и рецидивных опухолей органов брюшной полости с прорастанием рубца брюшной стенки, распадом и нагноением – 9 (2,3%), имплантационных метастазов опухолей в рубец – 8 (2,1%), свищей рубца вследствие самопроизвольного вскрытия абсцессов брюшной полости – 8 (2,1%), послеоперационных свищей органов брюшной полости и забрюшинного пространства – тонкокишечные – 6 (1,5%), толстокишечные – 6 (1,5%), панкреатические – 3 (0,8%), желчные – 2 (0,5%), печеночные – 1 (0,3%), мочевые – 2 (0,5%), гинекологические – 5 (1,3%). Атерома послеоперационного рубца и пептическая язва анастомоза, диагностированные в рамках про-

водимого исследования, в двух (0,5%) и одном (0,3%) наблюдениях были отнесены нами к редким причинам трансформации рубца.

В третью группу раневых осложнений нами были включены гнойно-воспалительные процессы, не связанные с перенесенной операцией, но имитирующие рецидивирующие гнойные раневые осложнения. Десмоид заподозрен в одном (0,3%) клиническом случае, отдаленные метастазы в рубец диагностированы нами в 13 (3,3%) наблюдениях, инфильтраты, абсцессы и свищи зоны оперативного доступа, являющиеся проявлением гнойно-мешотчатых опухолей гениталий с абсцедированием и самопроизвольным вскрытием через рубец после аппендэктомии, кесарева сечения – 5 (1%), окологрыжевых абсцессов и абсцессов одной из камер многокамерных грыж – 6 (1,5%). Случаев оссификации послеоперационного рубца в нашем исследовании не встречалось, но в литературе подобное осложнение описывается.

В четвертую группу осложнений отнесены осложнения, вызванные сочетанием причин в различной комбинации. Чаще встречались нераспознанные осложнения нелигатурного характера с патологическими изменениями лигатурного генеза, также имелись комбинации трех причин, которые, наслаиваясь, приводили к ошибкам диагностического и тактического плана. Установить первопричину комбинированного осложнения в данной группе не всегда представлялось возможным даже во время выполняемого оперативного вмешательства.

**Обсуждение.** Несмотря на кажущуюся на первый взгляд простоту клинической симптоматики, диагностика рубцовых трансформаций не всегда оказывается простой, а лечение затягивается на многие месяцы и годы. При обследовании пациентов после оперативного вмешательства нередко возникают трудности с определением характера патологических изменений в зоне послеоперационного рубца, будь то свищ или пальпируемое уплотнение. Традиционные методы оценки таких изменений – визуальный осмотр и пальпация – субъективны и далеко не всегда позволяют дифференцировать клинико-морфологическую форму рецидивирующего гнойно-воспалительного процесса области оперативного доступа.

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, при наличии свища, фистулографии. В 100 случаях (76,2%) наблюдений при фистулографии связь свища с брюшной полостью исключалась. Другие методы исследования в диагностике лигатурных осложнений применялись крайне редко. Морфологическое исследование не выполнялось ни в одном случае, так как не входит в стандарты обследования пациентов с изучаемой патологией.

В 265 случаях (67,1%) наблюдений из свищей рубца брюшной стенки извлекались лигатуры, при вскрытии абсцессов в ране находили фрагменты шовного материала, инородные тела, что рассценивалось как первопричина хронического рецидивирующего воспаления и служило основанием классифицировать их как «лигатурные». Однако в 130 (32,9%) случаях имплантированного материала и других инородных тел не находили и причины рецидивов оставались неизвестными, теоретически объясняясь

наличием в послеоперационном рубце очагов дремлющей инфекции.

В литературе спектр заболеваний, протекающих под маской «лигатурных» осложнений, не очерчен, отсутствует обязательный объем обследования, а имеющиеся сведения разрознены, схематичны и дают мало возможностей для применения их на практике, значительно чаще встречается узкоспециализированный подход к проблеме.

Как показали исследования, из 195 (50%) наблюдений, которые ранее структурно были отнесены в первую группу постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений, в 112 (57,4%) случаях выявлены расхождения клинического диагноза с результатами операционных находок и заключением морфолога о субстрате гнойного воспаления тканей рубца, вследствие чего был допущен ряд ошибок в ходе лечения данных больных, что привело к рецидиву заболевания и повторным госпитализациям.

Определенные затруднения вызывала дифференциальная диагностика истинных лигатурных свищей и кишечных свищей, свищей после самопроизвольного вскрытия внутрибрюшных абсцессов, которые расценивались как лигатурные.

С диагнозом «лигатурный абсцесс, свищ» длительно получали противовоспалительную терапию пациенты с метастазами и рецидивами опухолей, расцениваемыми как лигатурные инфильтраты. В результате истинная опухолевая природа заболевания выявлялась поздно, когда возможности адекватного лечения были резко ограничены.

В 13,3% случаев лигатурный абсцесс ошибочно принимался за ущемленную послеоперационную грыжу, а следовательно, определялась ошибочная лечебная тактика.

Таким образом, тщательное комплексное обследование пациентов с обязательным морфологическим исследованием субстрата во многом изменило представления о структуре послеоперационных рецидивирующих гнойных раневых осложнений, а частота принципиальных изменений тактики лечения при этом составила 43%. Для улучшения результатов хирургического лечения постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений рекомендуется проводить комплексное обследование пациентов с целью дифференциальной диагностики вида раневого осложнения.

При ограниченной возможности клинической верификации нозологической природы патологического процесса – более двух рецидивов в анамнезе – показана операция с интра- и послеоперационной морфологической диагностикой иссеченных тканей. Во многих случаях целесообразно метод гистологического исследования рубцов, уточняющего и подтверждающего диагноз после оперативного вмешательства, превратить в диагностический метод до операции и тем самым оказать влияние на выбор тактики лечения.

**Заключение.** Каждая клинико-морфологическая форма гнойно-воспалительного процесса области оперативного доступа в структуре постгоспитальных хронических рецидивирующих гнойных раневых осложнений имеет свои нюансы клинического течения, лечения и прогноза, которые, как правило, не проявляются при рутинных методах диагностики, рецидивируют на фоне консервативного лечения, нивелируются по мере прогрессирования процесса, но видны при групповом ретроспективном анализе, весьма

интересны в исследовательском плане и в целом имеют практическое значение, влияя на правильный выбор тактики хирургического лечения.

#### Библиографический список

1. Белокуров Ю.Н., Ларичев А.Н. Актуальные вопросы хирургического сепсиса // Всероссийская конференция общих хирургов «Раны и раневая инфекция»: Труды конгресса. Ярославль, 2007. С. 66-69.
2. Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений / И.С. Малков, М.И. Шакиров, Е.З. Низамутдинов [и др.] // Казанский медицинский журнал. 2006. Т. 87, № 2. С. 108-110.
3. Брусина Е.Б., Рычагов И.П. Профилактика внутрибольничных гнойно-септических инфекций в хирургических стационарах: новый взгляд на старую проблему // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2006. № 1. С.18-21.
4. Чернов В.Н., Маслов А.И., Мариев Д.Н. Принципы профилактики раневой инфекции и лечения ран // Всероссийская конференция общих хирургов «Раны и раневая инфекция»: Труды конгресса. Ярославль, 2007. С. 225-230.

5. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете // Инфекции в хирургии. 2003. № 1 (1). Р. 14-21.

6. Белобородова Н.В., Бачинская Е.Н. Иммунологические аспекты послеоперационного сепсиса // Анестезия и реаниматология. 2000. № 1. Р. 59-66.

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. Мананов Р.А., Мехтиев Н.М. Комплексная профилактика лигатурных свищей у больных с послеоперационным перитонитом // Актуальные вопросы современной хирургии: Материалы Всерос. конф. посвящ. 85-летию Астраханского областного научного медицинского общества хирургов. Астрахань, 2006. С. 208.

9. Милонов О.Б., Тоскин К.Д. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. 558 с.

10. Поздние гнойные послеоперационные осложнения / В.Д. Кузнецов, Н.В. Бобовникова, В.Ф. Михайлов, В.В. Антонов // Хирургия. 1998. № 7. С. 48-52.

УДК 616.345-006-007.272-089-072.1(045)

Оригинальная статья

### ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Ю.Г. Шапкин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **С.Е. Урядов** – МУЗ Городская клиническая больница № 8 г. Саратов, заведующий отделением эндоскопии, ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского, ФПК и ППС, преподаватель цикла «Эндоскопия», кандидат медицинских наук; **Ю.В. Чалык** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского, профессор кафедры общей хирургии, доктор медицинских наук; **С.Н. Потахин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского, доцент кафедры общей хирургии, кандидат медицинских наук.

#### ENDOSCOPIC RECANALIZATION OF COLON AT TUMOUR IMPASSABILITY

**Yu.G. Shapkin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **S.E. Uryadov** – Saratov Clinical Hospital № 8, Head of Department of Endoscopy, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Cycle «Endoscopy» of Raising Skills Faculty, Candidate of Medical Science; **Yu.V. Chalyk** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **S.N. Potakhin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of General Surgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 07.07.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

**Шапкин Ю.Г., Урядов С.Е., Чалык Ю.В., Потахин С.Н.** Эндоскопическая реканализация толстой кишки при опухолевой непроходимости // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 727–729.

В статье установлено значение полной или частичной эндоскопической реканализации стенозирующих опухолей толстой кишки для предоперационной декомпрессии и выполнения отсроченного оперативного вмешательства с наложением первичного толстокишечного анастомоза.

**Ключевые слова:** рак толстой кишки, толстокишечная непроходимость, эндоскопическая реканализация.

**Shapkin Yu.G., Uryadov S.E., Chalyk Yu.V., Potakhin S.N.** Endoscopic recanalization of colon at tumour impassability // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 727–729.

In article value of a full or partial endoscopic recanalization of colon stenosing tumours in preoperative decompression and performance of delayed operative measure with applying a primary colic anastomosis is established.

**Key words:** colon cancer, colic impassability, endoscopic recanalization.

**Введение.** Рост опухоли толстой кишки предопределяет постепенное развитие и нарастание симптомов нарушения толстокишечного пассажа, что приводит к многообразию клинических форм кишечной непроходимости по степени ее выраженности.

Непроходимость служит пусковым моментом для возникновения таких осложнений со стороны опухоли, как распад и перфорация самой опухоли, диастатическая перфорация вышележащих отделов толстой кишки с развитием калового перитонита, перифокальные воспалительные процессы – от возникновения инфильтратов с вовлечением соседних органов до абсцедирования и кровотечения из опухоли.

**Ответственный автор** – Урядов Сергей Евгеньевич.  
Адрес: 410086, г. Саратов, ул. Благодарова, 1, кв. 215.  
Тел.: 42 10 42.  
E-mail: ouriadov@mail.ru

Летальность при этих осложнениях крайне высока, а при каловом перитоните достигает 50% и более [1].

Тяжесть состояния пациентов обусловлена как наличием рака толстой кишки, так и острой кишечной непроходимостью. Если первое неизбежно ведет к раковой интоксикации, анемии и гипопротеинемии, нарушениям иммунного статуса, то непроходимость сопровождается, особенно на поздних стадиях, выраженными нарушениями гомеостаза [2, 3].

Одной из причин поздней обрацаемости больных является постепенное развитие и нарастание явления нарушения кишечного пассажа. Рост раковой опухоли происходит на фоне хронического колита, синдромов раздраженной толстой кишки, запоров, и больные могут недостаточно внимательно оценивать изменения своего состояния. Пластические свойства толстой кишки, ее большая резервуарная емкость и