

Лигатурный свищ: патология и симптомы

Уроков Шохрух Шухрат уг'ли

Термезский филиал Ташкенской медицинской академии

Резюме: В данной статье мы затронули одну из открытых тем в медицине, лигатурный свищ. По статистике это заболевание возникает у малого количества пациентов. Но при этом несет большую, так как при не своевременном лечении лигатурного свища могут возникнуть серьезные осложнения на организм в целом.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные осложнения, лигатурный свищ, фистулография.

Ligature fistula: pathology and symptoms

O'roqov Shoxrux Shuhrat o'g'li

Termez branch of Tashkent medical academy

Summary: In this article, we touched on one of the open topics in medicine, ligature fistula. According to statistics, this disease occurs in a small number of patients. But at the same time it carries a lot, since if the ligature fistula is not treated in time, serious complications can occur on the body as a whole.

Keywords: purulent-inflammatory complications, ligature fistula, fistulography.

Кратко о болезни:

Лигатурный свищ – это охваченный воспалительным инфильтратом патологический ход в области нерассасывающейся шовной нити, которая использовалась для ушивания тканей в ходе различных оперативных вмешательств. Проявляется наличием уплотнения, в центре которого находится небольшое отверстие со скудным серозно-гнойным отделяемым. Кожа вокруг очага поврежденный имеет багрово-синюшную или темную окраску.

Лигатурный свищ – достаточно распространенное осложнение. Возникает у 5% пациентов, перенесших различные оперативные вмешательства. Достоверно чаще диагностируется после хирургических манипуляций на полых органах брюшной полости и малого таза (условно-асептические операции), что обусловлено повышенной вероятностью инфицирования окружающих тканей даже при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. Распространенность данного осложнения после гинекологических вмешательств составляет 8,9%, пластики грыж – 9,5%, операций по поводу язвенной болезни желудка и ДПК(двенадцатиперстная кишка) – 7,8%. Лигатура может располагаться как поверхностно, так и на значительной глубине. Из-за склонности к рецидивированию патология нередко становится причиной длительной нетрудоспособности. Утяжеляет течение основного заболевания.

Сроки возникновения лигатурных свищей составили от 3 мес до 5,5 лет после оперативного вмешательства. 7 (20,6%) больных ранее перенесли грыжесечение, 20 (58,8%) — лапаротомию по поводу различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, 2 (5,9%) — аппендэктомию, 5 (14,7%) — операции на органах малого таза.

Цель изучения.

Улучшение результатов лечения больных с лигатурными свищами передней брюшной стенки и малого таза путём разработки методов диагностики и профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений.

Методы изучения лигатурного свища

Диагностика лигатурных осложнений формировалась на анамнезе, данных физикального осмотра, лабораторных исследований, в том числе микробиологических, ультразвукового исследования, фистулографии. При ультразвуковом контроле лигатура, независимо от материала, эхографически визуализируется как структура, более эхогенная по сравнению с мышечной, жировой и соединительной тканями, имеющая характерные элементы. Узел лигатуры визуализируется как определённая гиперэхогенная структура размерами 2–5 мм — в зависимости от толщины нити и типа узла. Торцы нити проявляются в виде ещё более гиперэхогенных точечных структур. Из-за повышенной вероятности образования лигатурных свищей после вмешательств с вскрытием полых органов патологию чаще всего выявляют гинекологи и абдоминальные хирурги, несколько реже — урологи, ещё реже — торакальные хирурги, травматологи, нейрохирурги и другие специалисты. Перечень диагностических мероприятий включает:

Осмотр. Производится в условиях перевязочной. Врач оценивает количество и характер отделяемого, отмечает изменения окружающих тканей, исследует свищевой ход при помощи зажима. При незначительной извитости патологического хода и расположении лигатуры над апоневрозом данная методика обычно не представляет затруднений. Иногда нить удаётся извлечь во время диагностического исследования. При значительной извитости свищевого хода или его проникновении под апоневроз метод используют с осторожностью, стараясь не нарушить демаркационный вал и не повредить внутренние органы.

Визуализационные методики. Классическим способом определения глубины и формы свищевого хода является фистулография. Контрастное вещество вводят в свищ, затем выполняют снимки в разных проекциях, на рентгенограммах полости и ходы отображаются в виде участков затемнения. В последние годы с этой же целью иногда назначают УЗИ. Свищевые ходы

визуализируются как гипоэхогенные структуры с гиперэхогенным контуром, узлы – как округлые гиперэхогенные структуры.

Патогенез лигатурного свища

Обычно со временем вокруг нерассасывающихся нитей образуется слой рубцовой соединительной ткани, нити оказываются заключенными в капсулу. При развитии гнойно-воспалительного процесса инкапсуляции не происходит, вокруг нити формируется абсцесс. В последующем полость гнойника вскрывается в зоне послеоперационного рубца, явления острого воспаления уменьшаются, благодаря постоянному оттоку содержимого. Нить может оставаться на месте или мигрировать по патологическому ходу.

При самостоятельном выходе нити наружу или ее хирургическом удалении причина воспаления исчезает, свищ закрывается. В противном случае воспаление приобретает рецидивирующий характер, может осложняться вторичной инфекцией. Свищи могут быть как одиночными, так и множественными, образовываться в зоне нитей, использованных для ушивания поверхностно расположенных тканей, или в глубине раны, например, в брюшной полости. В последнем случае существует вероятность вовлечения внутренних органов в гнойно-воспалительный процесс.

Симптомы лигатурного свища

Патология может возникать как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. Иногда свищи образуются через несколько лет после вмешательства. В период формирования абсцесса выявляются локальные и общие признаки гнойного воспаления. Возникают боли, локализация которых определяется расположением инфицированной нити. Может отмечаться слабость, разбитость, повышение температуры. Потом в проекции послеоперационного рубца появляется болезненное уплотнение. Кожа над участком воспаления приобретает багровый или синюшный оттенок. Через несколько дней абсцесс самопроизвольно прорывается. Образуется небольшой свищ, из которого выделяется скудное серозно-гнойное отделяемое. Воспалительные явления уменьшаются, синдром интоксикации исчезает. В последующем свищ обычно периодически закрывается и открывается до момента удаления или самостоятельного отхождения нити.

Основные результаты исследования:

Макроскопической причиной развития лигатурных осложнений у 143 (36,2 %) больных явился лигатурно-шовный материал в виде единичных лигатур и клубков нитей, расположенных в подкожной клетчатке, на апоневрозе, мышцах, в области анастомозов органов брюшной полости и на сосудистых пучках, у 56 (14,2 %) - наличие инородных тел в виде дренажей, инструментов, салфеток,

аллопластического материала и т.д. у 89 (22,5 %) - частички талька, микроворсинки перевязочного материала, участки некротизированной подкожной клетчатки, подлежащие резорбции, организовавшаяся гематома, нерастворимые контрастные вещества, попавшие в ткани передней брюшной стенки и в брюшную полость во время хирургических вмешательств и лечебно-диагностических манипуляций в послеоперационном периоде, у 107 (27,1 %) - макроскопически установить природу хронического раздражителя не представлялось возможным.

Предполагалось что, остатки рубцовых грануляций и вторично инфицированная ригидная фиброзная капсула стенок абсцесса, свища сами становились источником длительного истечения гноя после самопроизвольного или оперативного удаления инородного тела, поддерживая хронический рецидивирующий воспалительный процесс. При исследовании операционного и биопсийного материала гистологические изменения тканей у большинства больных (145 человек, 36,7 %) характеризовались различной степенью выраженности процессов хронического гнойного воспаления с разрастанием грануляционной и разной степенью зрелости волокнистой соединительной ткани (молодая отличалась богатством сосудов и нежными волокнами, созревающая - выраженными процессами редукции сосудов и образованием грубых коллагеновых волокон, со склерозом и гиалинозом), инфильтрированной многоядерными гигантскими клетками с формированием гранулем. Разрастаясь между мышечными волокнами, соединительная ткань сдавливала их и вызывала атрофию. В жировой клетчатке, наряду с олеогранулемами, обнаруживались явления некроза. Наиболее индифферентные инородные тела вызывали лишь воспалительные асептические и гиперпластические реакции с образованием отграничивающего вала из гистиоцитов, макрофагов и фибробластов. В дальнейшем образовывалась плотная толстостенная фиброзная капсула, реже происходило рассасывание инородного тела.

Лечение

На начальном этапе обычно осуществляют перевязки, назначают физиотерапевтические мероприятия, но эффективность консервативных методик невелика, что вынуждает специалистов в области общей хирургии прибегать к инвазивным манипуляциям. Если лигатурная нить не отходит самостоятельно, ее пытаются извлечь с помощью зажима, однако эта методика имеет ряд недостатков, поскольку врачу приходится действовать вслепую, что увеличивает риск развития осложнений. Одномоментно выполняют выскабливание грануляций для лучшего заживления раны.

В специальной литературе встречаются упоминания об извлечении лигатур под контролем УЗИ, что позволяет предотвратить случайную перфорацию стенки патологического хода. При длительном существовании свищей, наличии затеков и свищевых ходов сложной формы, глубоком расположении лигатур производят иссечение свища. Недостатком метода является необходимость проведения масштабного хирургического вмешательства в области рубцово-измененных тканей.

Вывод

Частота инфекционных раневых осложнений при использовании традиционных методов профилактики и лечения лигатурных свищей передней брюшной стенки составляет 17,4%, что делает актуальным поиск новых методов лечения и обработки раневой поверхности.

Список литературы:

1. Башняк В. В. Инструментальный метод лечения лигатурных свищей / В.В. Башняк, А.С. Шевченко, П.Н. Данилюк // Хирургия. — 1981. — No 3. — С. 51—52.
2. Безруков О.Ф. Лечение лигатурных свищей после аппендэктомии / О.Ф. Безруков, В.В. Дубовенко // Клин. хирургия.—1992.—No2.—С.35—37.
3. Буйлов В. М. Ультразвуковая фистулография / В. М. Буйлов, М. С. Могутов, Н. Р. Карпов // Рукоп. депон. в Гос. центр. нах уч. библиотеке, No Д 23 127 от 22.02.93.
4. Буйлов В. М. Ультразвуковая фистулография в хирургии и урологии / В.М. Буйлов, М.С. Могутов, Н.Р. Карпов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1996. — Т. 155, No 6.