

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛИГАТУРНЫХ СВИЩАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Александр Геннадьевич Измайлов^{1*}, Сергей Васильевич Доброквашин¹,
Дмитрий Евгеньевич Волков¹, Вячеслав Андреевич Пырков², Рустем Фаридович Закиров²,
Шамиль Анварович Давлет-Кильдеев²

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Госпиталь для ветеранов войн, г. Казань, Россия

Поступила 16.10.2015; принята в печать 08.12.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-204

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

Методы. В период с начала 2001 г. по июнь 2015 г. в отделение хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани были госпитализированы 34 пациента с лигатурными свищами передней брюшной стенки. 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%) — аппендэктомии, 5 (14,7%) — операции на органах малого таза. Средний возраст больных составил 59±4,5 года. Больные были поделены на две группы: первая — группа сравнения, 23 (67,6%) пациента. В этой группе ушивание проводили полипропиленовыми или рассасывающимися нитями, обработку раны осуществляли по традиционной методике с использованием различных видов антисептиков: 0,5% раствором хлоргексидина (хлоргексидина биглюконата) и 3% раствором водорода пероксида (перекиси водорода). Вторая группа — основная, 11 (32,4%) пациентов. В данной группе применяли шовный материал полигликолид-ко-лактид (фиолетовый), USP 2/0 (3 Matic) 75 см с атравматической иглой, а также обрабатывали рану 10% водным раствором гидроксиэтилдиметилдигидропириимидина (ксимедона) с помощью разработанного нами устройства.

Результаты. Частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в группе сравнения составила 17,4% (4 случая), в основной группе — 9,1% (1 случай); при этом у 3 больных группы сравнения и 1 пациента основной группы зарегистрированы инфильтраты, у 1 пациента группы сравнения — серома. При микробиологическом исследовании материала из послеоперационных ран у 86% больных была выделена монокультура. Чаще всего выявляли стафилококки, энтеробактерии и неферментирующие грамотрицательные бактерии. Полученные нами результаты микробиологических исследований указывают на необходимость применения периоперационной антибиотикопрофилактики.

Вывод. Частота инфекционных раневых осложнений при использовании традиционных методов профилактики и лечения при лигатурных свищах передней брюшной стенки составляет 17,4%, что делает актуальным поиск новых методов лечения и обработки раневой поверхности; предложенная нами авторская методика позволила существенно уменьшить частоту раневых осложнений.

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

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL LIGATURE FISTULAS

A.G. Izmaylov¹, S.V. Dobrokvashin¹, D.E. Volkov¹, V.A. Pyrkov², R.F. Zakirov², S.A. Davlet-Kildeev²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²Hospital for War Veterans, Kazan, Russia

Aim. To improve treatment results of patients with ligature fistulas of the anterior abdominal wall by the development of pyo-inflammatory wound complications diagnosis and prevention methods.

Methods. During the period from the beginning of 2001 to June, 2015, 34 patients with a ligature fistulas of the anterior abdominal wall were admitted to the Department of Surgery of Hospital for War Veterans, Kazan. Terms of ligature fistula occurrence ranged from 3 months to 5.5 years after surgery. 7 (20.6%) patients previously underwent herniotomy, 20 (58.8%) — laparotomy for various acute surgical diseases of the abdominal cavity, 2 (5.9%) — appendectomy, 5 (14.7%) — pelvic organs surgery. The patients mean age was 59±4.5 years. Patients were divided into two groups: the first — the comparison group, 23 (67.6%) patients. In this group suturing was performed with polypropylene or absorbable suture filaments, wound debridement was performed by the conventional technique using different antiseptics types: 0.5% chlorhexidine (chlorhexidine bigluconate) and 3% hydrogen peroxide solutions. The second group — the main one, included 11 (32.4%) patients. In this group polyglycolide-co-lactide (purple), USP 2/0 (3 Matic) 75 cm with the atraumatic tip suture materials were used and the wound debridement was performed with 10% aqueous hydroxyethyl dimethyl dihydropyrimidin (xymedon) solution using a device developed by us.

Results. The postoperative pyo-inflammatory complications rate in the control group was 17.4% (4 cases), in the main group — 9.1% (1 case); thereby infiltrates were registered in 3 patients of comparison group and in 1 patient of main group, seroma — in 1 patient of comparison group. Monoculture was isolated in microbiological assay of material from the surgical wounds in 86% of patients. Staphylococci, enterobacteria and non-fermentative Gram-negative bacteria were detected most often. Our results of microbiological assays point to the need for perioperative antibiotic prophylaxis.

Conclusion. The infectious wound complications rate when using conventional methods of anterior abdominal wall ligature fistulas prevention and treatment is 17.4%, which makes it relevant to search for new methods of treatment and wound surface debridement; the author's technique offered by us allowed to significantly reduce the wound complications rate.

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

Частота инфекционных послеоперационных раневых осложнений в абдоминальной хирургии составляет от 2,7 до 37,8%. По данным различных авторов, частота возникновения лигатурных свищей у больных, перенёвших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, колеблется от 1,4 до 8,2%, а при распространённых перитонитах различного генеза — до 14,3% [4, 5]

Лигатурный свищ — одно из поздних гнойно-воспалительных осложнений после различных оперативных вмешательств, связанных с отторжением инородного тела (лигатуры), сопровождающееся формированием воспалительного инфильтрата. Характерная особенность свища — длительное хроническое течение с периодическими обострениями. По данным литературы, большинство хирургов предпочитают консервативные методы лечения лигатурных свищей [1, 3].

Цель исследования — улучшение результатов лечения пациентов с лигатурными свищами передней брюшной стенки путём разработки методов диагностики и профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений.

В период с начала 2001 г. по июнь 2015 г. в отделение хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани были госпитализированы 34 пациента с лигатурными свищами передней брюшной стенки: 15 (44,1%) мужчин и 19 (55,9%) женщин. Средний возраст больных составил $59 \pm 4,5$ года. При этом 13 (41,2%) пациентов были старше 60 лет, 5 (14,7%) — старше 70 лет, что в совокупности составило 55,9%. Таким образом, большая часть пациентов была представлена лицами пожилого возраста, как правило, имеющими в анамнезе многочисленные тяжёлые сопутствующие заболевания.

Диагностика лигатурных осложнений основывалась на анамнезе, данных физикального обследования, 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.

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%) — аппендэктомии, 5 (14,7%) — операции на органах малого таза.

Status localis при поступлении: отмечались локальное уплотнение и гиперемия в области послеоперационного рубца, через свищ поступало серозное или серозно-гнойное отделяемое, количество и характер отделяемого варьировал в различных случаях. Удаление лигатуры в амбулаторных условиях зажимом через свищевой ход не всегда было результативным.

Оперативные вмешательства проводили под местной анестезией 0,25% раствором прокаина (новокаина) или 1–2% раствором лидокаина. При поступлении всем больным после осмотра анестезиологом-реаниматологом проводили премедикацию по стандартной схеме. Только у 9 (26,5%) больных оперативные вмешательства проведены под внутривенным наркозом — в связи с выявлением наличия связи лигатурного свища с брюшной полостью, которое было диагностировано с помощью фистулографии.

Больные были поделены на две группы.

Первая — группа сравнения, 23 (67,6%) пациента. В этой группе ушивание проводили полипропиленовыми или рассасывающимися нитями, обработку раны осуществляли по традиционной методике с использованием различных видов антисептиков — 0,5% раствора хлоргексидина (хлоргексидина биглюконата) и 3% раствора водорода пероксида (перекиси водорода).

Вторая группа — основная, 11 (32,4%) пациентов. В данной группе применяли шовный материал полигликолид-ко-лактид (фиолетовый), USP 2/0 (3 Matric) 75 см с атравматической иглой («Медтехника» ПТО, г. Казань) для ушивания кожных покровов, подкожной жировой клетчатки и апоневроза в зависимости от глубины локализации лигатурного свища, а также устройство для обработки раны с 10% водным раствором гидроксиэтилдиметилдигидропириимидина (ксимедона).

Оперативный приём был традиционным и заключался в прокрашивании свищевой ходы метиленовым синим с помощью катетера, ликвидации свищевой ходы с лигатурами, санации полости. При наличии сообщения свища с брюшной по-

лостью проводили ревизию и дренирование полости свищевого хода. После иссечения и удаления лигатуры макропрепарат отправляли на гистологическое исследование.

Резиновый дренаж (полоску от стерильной резиновой перчатки) устанавливали с целью эвакуации содержимого из послеоперационной раны после иссечения. Дренирование проводили по следующим показаниям: выраженная подкожная жировая клетчатка, наличие более двух лигатур, свищевой ход более 4,0 см, наличие сообщения между лигатурным свищом и брюшной полостью. Удаляли дренаж при отсутствии отделяемого (на 1–3-е сутки).

Микробиологическое исследование проводили на 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода с определением устойчивости выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Для контроля за течением раневого процесса на 3-и, 5-е и 7-е сутки послеоперационного периода проводили обязательное ультразвуковое сканирование тканей мышечно-апоневротического слоя в области лапаротомной раны с определением характера экзогенности тканей данной зоны в динамике (гипоэкзогенная, гиперэкзогенная).

Для обработки раневой поверхности перед ушиванием послеоперационной раны использовано разработанное нами устройство [2], которое содержит хвостовик и головину, с помощью которой происходит орошение раневой поверхности 10% водным раствором гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина (ксимедона). Хвостовик выполнен для закрепления в патроне хирургической электродреши.

Устройство работает следующим образом. В зависимости от площади и рельефа обрабатываемой раневой поверхности выбирают нужные размеры и формы головки. Далее хвостовик зажимают в патрон хирургической дрели, и устройству придают вращательное движение. Скорость вращения данного устройства составляет 1450 оборотов в минуту. С помощью головки осуществляют орошение раневой поверхности 10% водным раствором гидроксиэтилдиметилдигидропиримидина (ксимедона). Обработку раневой поверхности прекращают при появлении слабого кровотечения из тканей послеоперационной раны.

Всем пациентам в периоперационном периоде за 30 мин до кожного разреза внутривенно вводили цефтриаксон в терапевтической дозе.

В группе сравнения (23 пациента) источником лигатурных свищей был шовный материал, расположенный в подкожной жировой клетчатке у 5 (21,7%) больных, на апоневрозе — у 8 (34,8%), в мышечной ткани — у 3 (13,0%), лигатурный свищ был связан с брюшной полостью у 7 (30,5%) больных без вовлечения толстой и тонкой кишки с локализацией лигатур на париетальном листке брюшины.

В основной группе (11 пациентов) источником лигатурных свищей был шовный материал, расположенный в подкожной жировой клетчатке у 3 (27,3%) больных, на апоневрозе — у 6 (54,5%), лигатурный свищ, связанный с брюшной полостью, — у 2 (18,2%) больных без вовлечения толстой и тонкой кишки, при этом лигатуры также локализовались на париетальном листке брюшины.

При микробиологическом исследовании материала из послеоперационных ран у 86% больных была выделена монокультура. Чаще всего выявляли стафилококки, энтеробактерии и неферментирующие грамотрицательные бактерии. Полученные нами результаты микробиологических исследований указывают на необходимость применения периоперационной антибиотикопрофилактики.

В наших наблюдениях частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в группе сравнения составила 17,4% (4 случая), при этом у 3 больных отмечены инфильтраты, у 1 пациента — серома. Во всех случаях проблему удалось решить консервативными методами. В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию, которая включала цефалоспорины III поколения либо фторхинолоны.

В основной группе гнойно-воспалительное осложнение зарегистрировано у 1 (9,1%) больного — инфильтрат, локализовавшийся в подкожной жировой клетчатке, который был разрешён консервативно.

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. Предложенная нами авторская методика позволила уменьшить число раневых осложнений до 9,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. *Осложнения в хирургии живота: Руководство для врачей.* М.: МИА. 2006; 448 с. [Zhebrovskiy V.V., Timoshin A.D., Got'e S.V. et al. *Oslozhneniya v khirurgii zhivota: Rukovodstvo dlya vrachev.* (Complications in abdominal surgery: A guide for physicians.) Moscow: MIA. 2006; 448 p. (In Russ.)]
2. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А., Резник В.С. и др. *Устройство для обработки раневой поверхности.* Патент на изобретение №2289332. Бюлл. №35 от 20.12.2006. [Izmaylov S.G., Izmaylov G.A., Reznik V.S. et al. *Device for wound surface cleaning.* Patent for invention №2289332. Bulletin №35, issued at 20.12.2006. (In Russ.)]
3. *Наружные и внутренние свищи в хирургической кли-*

нике. Под ред. Э.И. Ванцяна. М.: Медицина. 1982; 264 с. [Naruzhnye i vnutrennie svishchi v khirurgicheskoy klinike. (External and internal fistula in the surgical clinic.) Ed. by E.I. Vantsyan. Moscow: Meditsina. 1982; 264 p. (In Russ.)]

4. Хромова В.Н. Морфологическое обоснование выбора тактики лечения рецидивирующих лигатурных осложнений передней брюшной стенки. *Фундаментал. исслед.* 2011; 10 (2): 400–402. [Khromova V.N. Morphological study of the treatment of recurrent ligature complications of laparotomic access. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2011; 10 (2): 400–402. (In Russ.)]

5. Bratzler D.W., Houck P.M., Richards C. et al. Use of antimicrobial prophylaxis for major surgery: baseline results from the National Surgical Infection Prevention Project. *Arch. Surg.* 2005; 140 (2): 174–182.

УДК 618.19-006.55-085: 616-073.175: 616.71-003.85: 616.71-009.7

ОСТЕОПОРОЗ И ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Наталья Юрьевна Третьякова^{1*}, Андрей Валерьевич Чижиков^{1,2}

¹Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск, Россия;

²Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия

Поступила 28.09.2015; принята к печати 22.12.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-207

Цель. Анализ взаимосвязи остеопороза у больных раком молочной железы фертильного возраста с выраженностью болевого синдрома и улучшение диагностики остеопороза у данной категории больных для повышения качества их жизни.

Методы. Обследованы 63 женщины в возрасте от 30 до 50 лет. Исследуемую группу составили 33 человека с подтвержденным диагнозом рака молочной железы, контрольную — 30 здоровых женщин группы сравнения аналогичного возраста. Обследование включало анализ крови на остеокальцин, кальцитонин, щелочную фосфатазу, паратгормон, тиреотропный гормон, кальций и фосфор. Степень болевого синдрома оценивали по Мак-Гилловскому болевому опроснику и по классификации болевого синдрома. Всем пациенткам исследуемой и контрольной групп была проведена остеоденситометрия. Все пациентки с диагнозом «рак молочной железы» обследованы до назначения специфического лечения и через 6 мес после окончания курса терапии. 12 пациенток обследованы также после неoadъювантной химиотерапии.

Результаты. В контрольной группе остеопения (начальные изменения костной ткани) выявлена в 3 (10%) случаях. Остеопороза в группе сравнения не было. Клинические проявления в виде болевого синдрома I-й степени у здоровых женщин зарегистрированы в 6 (20%) случаях. Остеопороз чаще развивается у пациенток, которым проведено комплексное лечение с блокировкой функций яичников, то есть наступлением искусственной менопаузы. Остеопороз у больных раком молочной железы после комплексного лечения выявлялся в 69,7% случаев, а болевого синдром — в 75,8% случаев. Показатели минеральной плотности кости на фоне лечения и после него статистически значимо различаются в сравнении с показателями до лечения ($p < 0,001$), выраженность болевого синдрома на фоне лечения также нарастает ($p < 0,01$).

Вывод. При раке молочной железы у пациенток фертильного возраста после комплексного лечения часто развиваются остеопороз и болевой синдром, в связи с чем таким больным необходимо проведение остеоденситометрии для своевременной диагностики остеопороза и коррекции проводимой терапии.

Ключевые слова: рак молочной железы, болевой синдром, остеопороз, химиотерапия.

OSTEOPOROSIS AND PAIN SEVERITY IN REPRODUCTIVE AGE PATIENTS WITH BREAST CANCER

N.Y. Tretyakova¹, A.V. Chizhikov^{1,2}

¹Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia;

²District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russia

Aim. To analyze the relationship of osteoporosis in reproductive age patients with breast cancer with the pain severity and osteoporosis diagnosis improvement in these patients to improve their quality of life.

Methods. The study included 63 women aged 30 to 50 years. The studied group consisted of 33 women with confirmed diagnosis of breast cancer, control group — 30 healthy, same age women of comparison group. The examination included a blood test for osteocalcin, calcitonin, alkaline phosphatase, parathyroid hormone, thyroid stimulating hormone, calcium and phosphorus. The pain severity was evaluated by McGill pain questionnaire and pain syndrome classification. Osteodensitometry was performed to all patients of studied and control groups. All patients with «breast cancer» diagnosis were examined prior to specific treatment administration and 6 months after treatment course completion. 12 patients were examined also after neoadjuvant chemotherapy.

Results. Osteopenia (initial changes of bone tissue) was revealed in 3 (10%) cases in the control group. There was no cases of osteoporosis in the control group. Clinical manifestations in the form of the 1st level pain syndrome in healthy