



Рис. 2. Обломок катетера, на конце которого зафиксирован камень, обнаруженный во время холедохотомии.

Произведены холедохотомия с удалением камней, инородного тела и наружное дренирование холедоха по Вишневскому. Послеоперационный период протекал без осложнений.

УДК 615.468.6:616—007.253—089.8

Ф.Х. Низамов (Тюмень). К лечению лигатурных свищей

Лечение лигатурных свищей представляет собой довольно сложную задачу. По данным большинства авторов, частой ошибкой является длительное консервативное лечение, включая и физиотерапевтические методы. Попытка удалить причину локального нагноения, то есть лигатуру, с помощью зажима также считается порочной: этот способ может давать тяжелые осложнения, связанные с повреждением внутренних органов, поэтому правильное и безопаснее иссекать свищ в стационарных условиях. Вместе с тем при этом методе лечения неизбежно возникает кровотечение из поврежденных сосудов, что требует их перевязки, то есть создаются условия для повторного появления свищей.

В хирургическом кабинете поликлиники № 6 г. Тюмени за 1990—1994 гг. были лечены 102 человека с лигатурными свищами разной локализации в возрасте от 16 до 80 лет (мужчин было 42, женщин — 60). Множественные свищи (до 4—5 одновременно, а один раз — 9) наблюдались у 11 больных, у остальных они были единичными. В таблице приведены виды оперативных вмешательств, осложнившихся образованием лигатурных свищей.

Наибольшее количество лигатурных свищей сформировалось после оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, как правило, при катаральной его форме (21 случай из 38) и грыжесечений, почти одинаково часто при пупочных (15) и паховых грыжах.

Формирование свищей было также связано со степенью развития подкожно-жировой клетчатки: чем больше она была выра-

Операции, осложнившиеся образованием лигатурных свищей

Виды операций	Число прооперированных	
	абс.	%
Аппендэктомия	38	37,3
Резекция желудка	8	7,8
Холецистэктомия	9	8,8
Грыжесечение	28	27,5
Гинекологические операции	15	14,7
Операции на органах грудной полости	4	3,9
В с е г о	102	100

жена, тем чаще встречались свищи. У всех больных причиной свища была шелковая лигатура на сосудах подкожно-жировой клетчатки и только у одного — шов на апоневрозе наружной косой мышцы живота (после аппендэктомии).

Наиболее часто лигатурные свищи формировались после операции в сроки до 1 месяца (у 15 чел.), до 2 (у 30) и от 5 до 8 (у 38).

По течению можно было выделить две формы заболевания — сформированный свищ с гнойным отделяемым (у 96) и ограниченный инфильтрат вокруг лигатуры (у 6), что можно было расценивать как стадию развития свища. У всех 102 больных лигатура удалена зажимом. При инфильтрате после физиолечения (УВЧ, УТЗ с гидрокортизоновой мазью в течение 4—5 дней) и появления признаков размягчения производился разрез кожи длиной до одного сантиметра, ход которого строго совпадал с линиями Лангера. Лигатуру удаляли с учетом топографо-анатомических особенностей расположения сосудов подкожно-жировой клетчатки. После удаления лигатур свищ самопроизвольно закрывался в течение 3—4 дней. Показанием для госпитализации нужно считать те случаи, когда стенка полости в области свища истончена за счет нагноения операционной раны и расхождения ее краев, а органы приближены к ней.

Таким образом, формирование лигатурных свищей в послеоперационном периоде с их локализацией в подкожно-жировой клетчатке связано в основном с качеством шовного материала. Крученный полифилamentный шелк, обладая капиллярностью, ведет к развитию таких осложнений. Как правило, с учетом особенностей хода поверхностных сосудов удается зажимом удалить лигатуры из подкожной клетчатки. В случаях истончения стенки полости вблизи расположения свища и приближения к ней органов лечение необходимо проводить в стационарных условиях.