УДК 616.613-002:616-007.271

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЛИГАТУРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Хромова В.Н.

Городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского, Саратов, e-mail: armaur@list.ru

Проведен анализ результатов морфологических исследований тканей области оперативного доступа, взятых у пациентов с рецидивирующими лигатурными осложнениями после хирургических вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. Полученные данные предоставили возможность обоснованного выбора тактики оперативного или консервативного метода лечения данных осложнений, с последующим снижением частоты рецидивов заболевания, улучшением качества жизни больного и сокращением сроков госпитализации.

Ключевые слова: рецидивирующие лигатурные осложнения, оперативный доступ, морфология, тактика лечения, воспаление, соединительная ткань

MORPHOLOGICAL STUDY OF THE TREATMENT OF RECURRENT LIGATURE COMPLICATIONS OF LAPAROTOMIC ACCESS

Khromova V.N.

City clinical hospital №2 n.a. V.I. Rasumovsky, Saratov, e-mail: armaur@list.ru

The results of the morphological studies of tissues taken from patients with recurrent ligature complications after surgery of abdominal cavity and retroperitoneal space are set out. The data give an opportunity to make reasonable choices of surgical or conservative treatment for these complications, with subsequent reduction in the frequency of relapses and with improved quality of life of patients and reduced duration of hospitalization.

Keywords: recurrent ligature complications, surgical approach, morphology, treatment strategy, inflammation, connective tissue

В клинической практике не существует единых принципов подхода к хирургическому лечению больных с рецидивирующими послеоперационными лигатурными осложнениями [4, 5]. Практические хирурги лишены четких рекомендаций, каких больных и в какие сроки от возникновения осложнения следует повторно оперировать. По данным литературы, большинство хирургов рекомендует выполнять оперативное вмешательство только при неэффективном консервативном пособии. Вместе с тем нет единого мнения о том, когда можно считать, что консервативное лечение себя исчерпало, и появились показания к оперативному вмешательству. Вряд ли встречающиеся в литературе сведения о необходимости выполнения операции «при безуспешности консервативного лечения», «в оптимальные для больного сроки» могут внести ясность в рациональный выбор тактики лечения [2].

Во многих случаях необходимость хирургического вмешательства и его объем выбираются в соответствии с личными привязанностями хирурга, которые нередко основаны на небольшом количестве наблюдений [2, 3]. Морфологическое исследование тканей области свища как критерий выбора метода лечения при данном виде осложнений не используется [1, 7]. Неоднозначность приводимых в литературе данных послужила поводом для выполнения настоящего исследования.

Цель исследования – для улучшения результатов хирургического лечения больных с послеоперационными рецидивирующими лигатурными осложнениями брюшной стенки изучить морфологические изменения тканей области оперативного доступа и использовать их как основные критерии в выборе оптимальной лечебной тактики.

Материал и методы иследования

Проведен анализ результатов оперативного и консервативного лечения 395 больных с рецидивирующими лигатурными осложнениями в области оперативного доступа поступивших в отделение гнойной хирургии МУЗ «Городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского» г. Саратова за период с 2001 по 2005 г. Клинико-анатомическими формами изучаемых осложнений являлись инфильтраты, абсцессы и свищи послеоперационных рубцов. 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 %) мужчины и 224 (56,7 %) женщина, средний возраст которых составил 42 ± 7,5 лет. Сроки возникновения осложнения составили от 2-х месяцев до 3-х лет послеоперационного периода. До поступления в наше отделение все пациенты многократно до 4–5 раз проходили амбулаторное и стационарное лечение в объеме ревизии свища, периодического выскабливания грануляций, извлечения лигатур, вскрытия абсцессов и консервативной противовоспалительной терапии по рассасыванию инфильтратов. У всех них свищи и инфильтраты вновь рецидивировали, а заживление ран после вскрытий абсцессов происходило с формированием свищей. 168 (42,5 %) больным произведено радикальное иссечение свищей и инфильтратов в связи с длительностью их функционирования и неэффективностью лечения, рецидивов

не отмечалось. 122 (30,9%) больных получали консервативное лечение, рецидив лигатурной инфекции возник у 64 (52,4%) из них. У 58 (47,5%) пациентов лигатурные осложнения образовались впервые после единственной операции, в результате лечения инородных тел найдено не было, но консервативное лечение было эффективным. 105 (26,6%) больным, наряду с консервативной терапией, выполнено паллиативное вмешательство в объеме вскрытия абсцессов и рассечения свищей в пределах брюшной стенки без радикального иссечения, в 83 случаях воспалительные процессы рецидивировали. Продолжительность койко-дня при консервативной терапии составляла от 13 до 33 дней, при оперативной – не превышала 2-х недель. Отдаленные результаты прослежены у 372 (94,2%) больных в сроки от 1 года до 5 лет.

Помимо проведения комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования данных больных, интраоперационно были изучены макроскопические причины рецидивов инфильтративно-свищевых форм лигатурных осложнений, подтвержденные позже данными гистологического исследования. В случаях проведения консервативной терапии для выполнения гистологического исследования тканей инфильтратов и грануляций стенок свищей выполнялась биопсия. Применялись окраски микропрепаратов гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону и Романовскому Гимзе, импрегнация серебром.

Результаты исследования и их обсуждение

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. Подобная структура лигатурных осложнений в целом согласуется с данными литературы [1, 2, 3, 6]. Все эти причины приводили к механическому, химическому и прочей природы воздействию на ткани и брюшину, на которое организм реагировал скоплением воспалительных клеток [1, 3, 7].

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. Подобные изменения отмечены и некоторыми другими авторами [1, 3, 6].

В некоторых случаях (80 человек, 20,2%) на резецированном участке стенки свища, абсцесса, инфильтрата определялась картина острого и подострого неспецифического воспаления в виде ткани диффузно инфильтрированной одноядерными клетками с примесью сегментоядерных лейкоцитов и эозинофилов, без выраженной пролиферативной реакции организма и формирования гранулем. Сегментоядерные и эозинофильные клеточные инфильтраты в этих случаях характеризовали вторую стадию острого гнойного процесса, и на фоне консервативной терапии рассасывались, не оставляя заметных следов.

Помимо этого в стенке изученных нами резецированных свищей, абсцессов, инфильтратов были выявлены эквиваленты хронического воспалительного процесса (129 человек, 32,6%) – лимфо- и гистиоцитарные инфильтраты (пролифераты), реже – лимфоидные инфильтраты. Макрофагальные, лимфоидные (круглоклеточные) и лимфоцитарно-плазмоклеточные инфильтраты указывали на продуктивный характер воспаления, трудно поддаваясь обратному развитию и рассасыванию.

Гистологические изменения тканей иссекаемых хронических инфильтратов (41 человек, 10,4%) характеризовались крайней степенью выраженности пролиферативных

процессов, при которых регенерация соединительной ткани превалировала над дегенеративными процессами. Такие инфильтраты были не склонны к абсцедированию и не склонны к рассасыванию, при рассечении их не было гноя. Грубоволокнистая соединительная ткань, составляющая основу такого инфильтрата, не подвергалась обратному развитию на фоне консервативной терапии. Соединительная ткань в этих случаях была инфильтрирована нейтрофильными и в меньшей степени эозинофильными лейкоцитами, лимфоидными клетками, в ней отмечались кровоизлияние, отек, фибриноидное и мукоидное набухание. В более отдаленных участках инфильтрата наблюдалась наклонность соединительной ткани к созреванию. В участках с завершенным формообразованием соединительной ткани происходило новообразование эластических волокон. Однако на этом фоне, который свидетельствовал об исходе воспаления в склероз и рубцевание, наблюдали возникновение фокусов обострения воспалительного процесса. Иногда происходило гнойное расплавление соединительной ткани с формированием микроабцессов. Вокруг новообразованных сосудов появлялись муфтообразные инфильтраты, состоящие из лимфоидных, плазматических клеток, эозинофильных лейкоцитов и макрофагов, содержащих липиды и нередко гемосидерин. Соединительная ткань подвергалась мукоидному отёку, в ней накапливались кислые мукополисахариды, происходили набухание и пролиферация фибробластов. Коллагеновые волокна теряли фуксинофильные свойства, начинали импрегнироваться серебром, давали положительную реакцию на фибрин. Данные процессы свидетельствовали о дезорганизации соединительной ткани (аргирофилия, фибриноидное набухание коллагеновых волокон, метахромазия основного вещества соединительной ткани), распространяясь далеко за пределы клеточной воспалительной инфильтрации. В этих же участках обнаруживались очаговая базофилия и распад коллагеновых волокон, базофильная дегенерация, фрагментация и лизис новообразованных волокон.

В единичных случаях инородные тела, длительно находящиеся в тканях, не вызывали клинической и морфологической патологической реакции окружающих тканей.

Зависимости полученных морфологических данных от сроков возникновения и длительности существования изучаемых осложнений нами не установлено, в связи с чем клинические данные и макроскопическая оценка субстрата осложнения не имели решающего значения в выборе метода лечения.

Заключение

Полученные нами морфологические данные изменения тканей области лапаротомного доступа при рецидивирующих лигатурных осложнениях могут быть сведены к различной степени выраженности фиброзной дисплазии и признакам воспалительного процесса. При выявлении картины острого и подострого воспаления без пролиферации и формирования гранулем методом выбора в лечении данных осложнений является консервативная терапия. Возможность редукции созревающей соединительной ткани при всех видах пролиферативного воспаления представляется нам спорной. Эти же данные говорят в пользу применения резекционных оперативных методик лечения больных с продуктивными формами воспаления. Косвенным подтверждающим свидетельством этого может служить и тот факт, что у 226 больных с очагами гранулематозного воспаления, проходивших лечение в нашей клинике ранее, рецидивы воспаления (147) отмечены только в случаях паллиативного оперативного вмешательства или при использовании консервативной терапии.

Таким образом, клиническая оценка эффективности различных методик лечения в полном объеме и с высокой степенью достоверности может быть дана на основании результатов морфологического исследования субстрата послеоперационных рецидивирующих лигатурных осложнений, что ведет к снижению частоты рецидивов воспаления, улучшает качество жизни больного и сокращает сроки лечения.

Список литературы

1. Воспаление. Руководство для врачей / под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова. – М.: Медицина, 1995. – 640 с.
2. Воспалительные псевдоопухоли пищеварительного тракта и передней брюшной стенки / И.М. Матяшин, Е.А Дикштейн, А.Я. Яремчук, Ю.В. Балтайтис. – Киев: Здоровье, 1980. – 128 с.
3. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.
4. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / под ред. Э.Н. Ванцяна. АМН СССР. – М.: Медицина, 1982. – 264 с.
5. Осложнения в хирургии живота. Руководство для врачей / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье и др. – М.: ООО «МИА», 2006. – 448 с.
6. Струков А.И., Кауфман О.Я. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни. АМН СССР. – М.: Медицина, 1989. – 184 с.
7. Ehlers S., Kaufmann S. H. Infection, inflammation, and chronic diseases: consequences of a modern lifestyle // Trends Immunol. – 2010. – Vol. 31. – P. 184–190.

Рецензенты:

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

Александров Д.А., д.м.н., профессор, кафедра ФПК и ППС ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 02.08.2011.