

УДК 616.342.2-089.87+616-002

*Н.А. Александров, С.М. Балака***АКТИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПЕРИКУЛЬТЕВЫМИ АБСЦЕССАМИ, ВОЗНИКАЮЩИМИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АППЕНДЕКТОМИИ***Харьковский национальный медицинский университет*

Проведен анализ лечения 25 больных с хроническими перикюльтевыми абсцессами, которые возникают как осложнение аппендэктомии. Эти осложнения возникают при задержке в перикюльтевой зоне инфицированных шовных лигатур или «каловых камней», которые и формируют хронические свищи. Главным методом в диагностике перикюльтевых свищей является фистулография. Разработанная нами тактика активного хирургического лечения вышеуказанного осложнения аппендэктомии является патогенетически обоснованной. Закрывание гнойной раны, после ее хирургической обработки, снимающимися швами и диализом раны в послеоперационном периоде, создает условия для быстрого заживления раны первичным натяжением с красивыми функциональными и косметическими результатами.

Ключевые слова: осложнение аппендэктомии, хронический перикюльтевый абсцесс, фистулография, активное хирургическое лечение.

Среди осложнений после аппендэктомии наибольшую трудность для диагностики и лечения представляют абсцессы с локализацией в области культи червеобразного отростка. В отечественной и зарубежной литературе имеются единичные сообщения по этим осложнениям аппендэктомии [1, 2, 5, 6].

Известно, что заживление, инвагинированной в стенку слепой кишки, культи червеобразного отростка проходит через образование абсцесса, который, при обычном течении, разрешается путем вскрытия в просвет слепой кишки. Причинами же возникновения абсцесса в замкнутой полости могут быть: наложение излишне широкого кисетного шва вокруг культи отростка; оставленная длинная культя отростка с продолжающимся или возникшим повторно воспалительным процессом в ней [7]. По мнению других авторов, это осложнение – результат инфицированного шовного материала при обработке культи, либо при прохождении кисетного шва через слизистую слепой кишки [3, 5, 7].

Если после вскрытия абсцесса в его полости остаются лигатуры из нерассасывающегося шовного материала или другое инородное тело (каловый камень), процесс приобретает хроническое течение с образованием свища. В подавляющем большинстве случаев, свищи открываются в области послеоперационного рубца.

В клинической картине хронической фор-

мы перикюльтевого абсцесса ведущим является длительно существующий свищ. Из дополнительных методов исследования с целью дифференциации между лигатурным свищем и свищем, сообщающимся с полостью слепой кишки, наиболее достоверным является фистулография.

Выделение небольшого количества гноя из свища, отсутствие калового запаха, частые периоды ремиссии, уводят хирурга от правильного диагноза. Ошибочная трактовка патологического процесса влечет за собой неправильную врачебную тактику [4]. Ошибкой амбулаторного врача является упорное многомесячное лечение консервативными методами, физиопроцедурами, многократными попытками «выудить» лигатуры острым крючком или зажимом.

Применение современных дополнительных методов воздействия на патологический очаг (лазерное излучение, вакуумная обработка, лечение ультразвуком, криовоздействие, гипербарическая оксигенация и другие) имеют важное значение в оптимизации лечения, однако широкого применения в практическом здравоохранении не получили.

Анализ многочисленных способов и средств, применяемых для лечения гнойных осложнений аппендэктомии, показал, что основным методом является хирургический. В связи с этим, тактика активного хирургического лечения хронических перикюльтевых аб-

сцессов в своей основе имеет: хирургическую обработку гнойного очага по принципу хирургической обработки гнойной раны; дренирование раны для проточного промывания ее в послеоперационном периоде; ушивание раны съемными швами, дабы избежать рецидива, который, как правило, возникает при оставлении нерассасывающегося шовного материала в сенсibilизированном к шовному материалу организме [3].

Целью работы было показать, что успех лечения гнойных осложнений аппендэктомии находится в прямой зависимости от применяемой хирургической тактики.

Материал и методы

За последние годы в хирургическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» находились на лечении 25 больных хроническими абсцессами культуры червеобразного отростка. Длительность заболевания у наблюдаемых больных составляла от 1 месяца до 4 лет. Из наблюдаемых больных 18 ранее оперированы в других лечебных учреждениях с диагнозом лигатурный свищ: 9 из них – по два раза; 7 больных – три – четыре раза, и 2 больных по пять раз. После выписки из стационара эти больные продолжали лечиться амбулаторно.

В плане обследования всем больным (25) производилась фистулография. У 18 из 25 больных свищ был сообщен с полостью слепой кишки, у 7 больных свищевой ход заканчивался замкнутой полостью, однако сообщение их с полостью слепой кишки было обнаружено во время операции.

Результаты и обсуждение

Всем больным (25) с хроническими абсцессами культуры червеобразного отростка проведено оперативное лечение. Послеоперационный рубец иссекали вместе со свищевым ходом и участком стенки слепой кишки. Кишку ушивали. Во всех случаях старались иссечь патологический очаг в пределах здоровых тканей. Обязательным элементом операции являлось удаление нежизнеспособных тканей и лигатур из нерассасывающегося шовного материала после бывшей операции. В полости абсцесса, как правило, находили шелковые лигатуры, у одного больного был «каловый» камень. Эти инородные тела, по нашему мнению, выполняют роль «вентиля», что и определяет перио-

дичность ремиссии и обострения, а также длительность существования свища.

Послеоперационную рану ушивали по разработанной нами методике, суть которой заключается в том, что после удаления патологического очага рану ушивали съемными швами с созданием дубликатуры апоневроза и применением проточного дренажа для диализа раны в послеоперационном периоде. Проточный дренаж удаляли согласно выработанному нами оптимальному сроку, на 5-7 сутки после операции. Критерием для удаления дренажей служило количество микробных тел в 1мл промывных вод из дренажа ниже критического уровня (10^5), или отсутствие роста.

Швы снимали на 7-10 день.

В результате применения предлагаемого способа активной хирургической тактики хорошие результаты – заживление раны по типу первичного натяжения, получены у 23 больных из 25 наблюдений. Раны зажили линейными рубцами с хорошими функциональными и косметическими результатами в короткие сроки, что свидетельствует о высокой эффективности применяемого метода.

У двух больных возникли незначительные осложнения (инфильтрация краев раны), которые задержали выписку больных на 2-3 дня.

Заключение

Рекомендованный нами метод активной хирургической тактики при лечении гнойных осложнений после аппендэктомии патогенетически обоснованный, доказательством чему являются следующие критерии:

1. наиболее информативным в диагностике хронических перикюльтевых абсцессов является фистулография;
2. проведение полноценной хирургической обработки гнойного очага показано и возможно, при этом удаляется нерассасывающийся шовный материал, соединяются жизнеспособные ткани;
3. закрытие раны съемными швами;
4. применение проточного дренирования раны устраняет условия для жизнедеятельности микроорганизмов.

Все это способствует заживлению раны по типу первичного натяжения с хорошими функциональными и косметическими результатами, значительному сокращению сроков

лечения, и возможности лечения больных в любом хирургическом стационаре.

АКТИВНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ПЕРИКУЛЬТЬОВИМИ АБСЦЕСАМИ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ЯК УСКЛАДНЕННЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Н.А. Александров, С.М. Балака

Проведено аналіз лікування 25 хворих з хронічними перикультювими абсцесами, які виникають як ускладнення апендектомії. Ці ускладнення виникають при затримці у перикультювій зоні інфікованих шовних лігатур або «калових камінців», які і формують хронічні нориці. Найголовнішим в діагностиці перикультювими нориць є фістулографія. Розроблена нами тактика активного хірургічного лікування вищепозначеного ускладнення апендектомії є патогенетично обумовленою. Закриття гнійної рани, після її хірургічної обробки, з'ємними швами та діалізом рани в післяопераційному періоді – створює умови для швидкого заживлення рани первинним натягінням гарними функціональними та косметичними результатами.

Ключові слова: ускладнення апендектомії, хронічний перикультювий абсцес, фістулографія, активне хірургічне лікування.

ACTIVE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RECULTIVE ABSCESES ARISING AS A COMPLICATION OF APPENDECTOMY

N.A. Aleksandrov, N.M. Balaka

Was made an analysis of treatment of 25 patients with chronic recultive abscesses, which arise as complication of appendectomy. This complications are arise in case of delay of suture ligatures or excrement stones in

recultive zone, which form the chronic syringes. The most important thing in diagnostics of recultive syringes is fistulogramma, Developed tactic of active surgical treatment of the above-stated complication of appendectomy is due to the pathogenetic. Closing of a purulent wound after its debridement removable sutures and wound dialysis in the postoperative period creates conditions for fast healing of a wound by a primary tension, good functional and cosmetic results.

Key words: complication of appendectomy, chronic recultive abscess, fistulogramma, active surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Эволюция способов перитонизации культи червеобразного отростка при остром деструктивном аппендиците, осложненном тифлите / С.А. Алиев, Э.С. Алиев. // Вестник хирургии. – 2006. – Т. 165. – № 1. – С. 67-71.
2. Здитовецкий Д.Э. Внутрив брюшные абсцессы аппендикулярного происхождения / Д.Э. Здитовецкий, И.А. Рябков, Ю.А. Цибульский // Всероссийская конференция хирургов. – Пятигорск. – 2001. – С. 72.
3. Криворучко И.А. Курс лекций по факультетской хирургии. / И.А. Криворучко (ред.) // X. – Прапор. – 2006. – С. 62-63.
4. Орлов А.Н. Наш опыт лечения больных с аппендикулярными абсцессами. / А.Н. Орлов, В.М. Жуков, Л.Ю. Крутикова // Всероссийская конференция хирургов. – Пятигорск. – 2001. – с.71-72.
5. Песков А.В. Прогнозирование и лечение постгоспитальных послеоперационных осложнений острого аппендицита: Автореф. дис. канд. мед. наук. // А. В. Песков. – Саранск. – 2002. – 21 с.
6. Пронин В.А. Патология червеобразного отростка и аппендектомия / В.А.Пронин, В.В.Бойко. // X.: СИМ. – 2007. – 271 с.
7. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. / В.С. Савельев // М., Три-ада – 2004. – 640 с.

Стаття надійшла 14.03.2011