

АНАЛИЗ ТЕХНИЧЕСКИХ ПОГРЕШНОСТЕЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЦЕВЫХ КОЛОСТОМ

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО

«Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения России»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

Тел. 8 (861) 252-18-88. E-mail: shaposhnikov35@mail.ru

Из 155 больных раком левой половины толстой кишки после радикальной или паллиативной гемиколэктомии концевые колостомы (КК) были наложены у 118 (76,1%). Различные осложнения наблюдались у 37 (25,5%), при этом у 23 (15,8%) гнойно-некротический процесс был обусловлен техническими погрешностями в формировании КК. Наиболее часто допускалось натяжение выведенного конца кишки (у 12 пациентов – 10,2%), затем перекручивание его по оси, сдавление в узком канале и образование слишком широкого канала в брюшной стенке (по 3 наблюдения – 2,2%), неадекватная фиксация конца кишки к краям кожной раны (у 2 больных – 1,7%). Своевременно КК была переложена только у 12 (10,2%) пациентов. У 9 (5,8%) в дальнейшем развилась или стриктура КК, или параколостомическая грыжа. После операции умерло 19 (13,1%) пациентов, при этом у 4 (2,8%) больных причина смерти непосредственно связана с техническими погрешностями в формировании концевых колостом.

Ключевые слова: технические, погрешности, формирование, концевая колостома.

V. I. SHAPOSHNIKOV, M. H. ASHHAMAF, V. V. ZORIK, N. V. MARCHENKO, R. V. GEDZYUN

ANALYSIS OF TECHNICAL INACCURACY SHAPING CONCAVE KOLOSTOM

Department of hospital surgery Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. 8 (861) 252-18-88. E-mail: shaposhnikov35@mail.ru

From 155 patients with doggy style left half of the large intestine, it was complicated which sharp obturationis by intestine impassability, after opera-purpose has died 19 persons (13,1%), but complications existed beside 37 (25,5%). Beside 4 (2,8%) sick reason to deaths, but beside 23 (15,8%) and different complications-la is directly conditioned inaccuracy in shaping concave colostomy (their have formed beside 118 patients, or in 76,1% all observations). Beside 9 persons (5,8%) during operation, there were made technical mistakes for-ended or narrowing of colostomy, or development of paracolostom hernia. From 118 sick in good time colostomy was replaced only beside 12 (10,17%). Most often surgeons have allowed the pull found out end of the gut (10,17%), but then – twisting on axis and squeezing him(it) in narrow channel of the abdominal wall, but in the same way created too broad channel in abdominal wall (accordingly on 2,24%).

Key words: technical, inaccuracy, shaping, concave, kolostomae

Введение

Колоректальный рак среди всех онкологических заболеваний занимает одно из ведущих мест [1, 3]. Летальность при осложненном раке толстой кишки остается высокой [3, 4]. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и позднее обращение больных приводят к тому, что у многих больных радикальные хирургические вмешательства выполнить не представляется возможным, и по этой причине осуществляются лишь паллиативные операции с наложением колостом. От соблюдения всех технических приемов при их формировании во многом зависит исход лечения больных [1, 2, 5].

Цель исследования – систематизация технических ошибок, которые наиболее часто допускают хирурги при наложении концевых колостом.

Материалы и методы исследования

С 2000 по 2011 г. во 2-е ЭХО МБУЗ КГК БСМП госпитализировано 155 больных раком левой половины ободочной кишки, осложненным острой обтурационной кишечной непроходимостью (ООКН). Средний возраст пациентов составил 64,5 года. Мужчин было 37,2%. Опухоли локализовались: в сигмовидной кишке – у 108 пациентов (69,5%), в поперечной ободочной кишке – у 7 (4,4%), в области селезеночного изгиба – у 14 (8,8%), в нисходящей кишке – у 12 (8,0%), в ректосигмоид-

ном отделе – у 12 (8,0%), первичный множественный синхронный рак толстой кишки наблюдался у 2 (1,3%) больных. В сроки до 24 часов с момента появления первых признаков ООКН со 2-й стадией (субкомпенсации) развития илеуса поступило 10 больных (6,4%). Остальные 145 (93,6%) больных поступили в клинику позже 24 часов – в 3-й стадии (декомпенсации) заболевания. У пациентов наблюдались схваткообразные боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула, положительные симптомы Валя, Кивуля, Склярова. Предоперационный диагностический алгоритм включал в себя обзорную рентгенографию органов брюшной полости, рентгенографию грудной клетки, УЗИ брюшной полости, биохимические исследования крови и мочи. Колоноскопия произведена у 10 (6,4%), а ирригография – у 42 (27,1%) больных. С целью оценки тяжести состояния поступивших больных, с учетом рекомендаций А. М. Светухина и соавторов [4] нами была применена шкала SAPS, предложенная в 1984 г. J. R. Le Gall. В эту шкалу были включены общеклинические, физические и лабораторные параметры, а именно: возраст, пульс, артериальное давление, температура тела, частота дыхания, лабораторные показатели крови (таблица).

Анализ показал, что в момент госпитализации тяжелое состояние (более 10 баллов) было у 145 (93,6%) больных, что диктовало необходимость выполнения у

Характеристика больных по шкале SAPS

Признаки	Показатели	Число больных	Баллы
Возраст	46–55 лет	7	1
	56–65 лет	43	2
	66–75 лет	81	3
	76 лет и более	24	4
Пульс	70–109	75	0
	110–139	80	2
АД	80–149	49	0
	150–189	106	2
Температура тела	36,6–38,4	117	0
	38,5–38,9	38	1
Частота дыхания	25–34	74	1
	35–49	81	3
Лейкоциты	3–14,9	27	0
	15–19,9	105	1
	20–39,9	23	2
Гематокрит	30–45,9	27	0
	46–49,9	99	1
	50–59,9	29	2
Мочевина крови	3,5–7,4	96	0
	7,5–28,9	59	1
Концентрация калия в плазме	3,5–5,4	39	0
	3,0–3,4	99	1
	2,5–2,9	17	2
Симптомы перитонита	Нет	120	0
	Есть	35	2
Чаши Клойбера	Единичные	72	1
	Множественные	83	2

них наиболее щадящей методики оперативного лечения. Радикальные операции осуществлены у 83 (57,2%) пациентов, в том числе левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартмана с наложением односторонней КК – у 78 (53,8%); резекция поперечной ободочной кишки с формированием двусторонних КК – у 5 (3,4%).

У 50 (34,6%) пациентов наблюдалось выраженное местное распространение злокачественной опухоли с её метастазированием. Из этих больных у 23 (15,8%) произведены паллиативные резекции с наложением КК, у 27 (18,8%) – сформированы петлевые двустольные колостомы.

Таким образом, из 145 пациентов КК сформированы у 118 (81,2%), из них сигмостомы наложены у 35 (24,1%), трансверзостомы – у 83 (57,1%).

У 10 пациентов (6,4%), у которых ООКН была в стадии субкомпенсации, после ликвидации явлений илеуса в плановом порядке выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза (умер 1 пациент от несостоятельности швов анастомоза и перитонита).

Результаты исследования

Из 118 больных, у которых были наложены КК, в 23 (19,5%) наблюдениях они были выполнены со следующими техническими погрешностями:

- натяжение конца кишки – у 12 (10,2%);
- перекручивание конца кишки по оси – у 3 (2,5%);
- сдавление конца кишки в узком канале брюшной стенки – у 3 (2,5%);
- несоответствие диаметра конца кишки и чрезмерно широкого канала на брюшной стенке – у 3 (2,54%);

– неадекватная фиксация кишки к краям кожной раны – у 2 (1,7%) больных.

Своевременно, после диагностики осложнения, колостомы была переложена только 12 пациентам, что составляет 10,2% к общему числу больных (118). Это позволило у 10 (8,5%) из них предотвратить развитие в области колостомы гнойно-некротического процесса. У 2 (1,7%) пациентов развилась гнилостная флегмона, которую с большим трудом удалось ликвидировать, но в дальнейшем у них развилась стриктура наружного отверстия свища. У остальных же 11 пациентов (9,3%) время для повторного формирования колостомы было упущено. В результате у всех у них развился гнойно-воспалительный процесс, а у 4 (3,4%) – распространенный гнойный перитонит, который и стал причиной их смерти. У 5 (4,2%) из 7 оставшихся в живых пациентов в дальнейшем развилась стриктура свища, у 2 (1,7%) – параколостомическая грыжа. У остальных 95 (80,5%) пациентов технических погрешностей не наблюдалось. Однако у 7 (5,9%) возникло нагноение срединной раны. Из 95 человек этой группы наблюдений умерло 6 (5,0%), в том числе: 3 – от острой сердечно-сосудистой недостаточности, 2 – от полиорганной недостаточности, 1 – от инфаркта миокарда, 1 – от эмболии легочной артерии.

Обсуждение результатов

Тщательному анализу были подвергнуты наблюдения, при которых были сформированы КК. Он показал, что перечисленные выше осложнения возникли у больных прежде всего в связи с несоблюдением единой тактики в формировании КК. Возникновению ослож-

нений способствовали также ошибки в уходе за колостомами (со стороны медицинского персонала, самого больного и его родственников). Указанные технические дефекты способствовали нарушению кровоснабжения в отделе кишки, конец которой был проведен через ткани передней брюшной стенки, что приводило к некрозу и/или ретракции стомы. Как правило, осложнения у больных с КК были признаны состоявшимися лишь на 2–3-й день после операции, хотя уже на следующий день после хирургического вмешательства (по черному цвету слизистой оболочки конца кишки) было ясно, что произошло нарушение кровоснабжения тканей в зоне сформированной колостомы. Однако активные действия в течение 1–2 суток не предпринимались, так как у медицинского персонала была надежда на то, что отек уменьшится и адекватное кровообращение в конце выведенного отдела кишки восстановится.

Таким образом, из общего числа больных раком левой половины толстой кишки (155) КК были наложены у 118 (76,1%). Различные осложнения наблюдались у 37 (25,5%) больных. У 23 (15,8%) пациентов они были обусловлены различными погрешностями в формировании КК. У 9 (5,8%) больных в результате этих технических погрешностей в дальнейшем развились или стриктуры колостом, или параколостомические грыжи. После опе-

рации умерло 19 (13,1%) пациентов, при этом у 4 (2,8%) больных причина смерти непосредственно связана с техническими погрешностями в формировании КК. Об этих технических ошибках следует помнить при выполнении операций по поводу рака левой половины толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И. Кишечные стомы / Г. И. Воробьев, П. В. Царьков. – М.: МНПИ, 2001. – 90 с.
2. Выбор объема оперативного вмешательства при обтурационной непроходимости ободочной кишки / Г. В. Пахомова, Н. С. Утешев, Т. Г. Подловченко, И. Е. Селина, Г. А. Платонова, А. В. Скворцова // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 55–59.
3. Курбонов К. М. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза / К. М. Курбонов, О. К. Кандаков // Колопроктология. – 2006. – № 1 (15). – С. 27–32.
4. Светухин А. М. Система объективной оценки тяжести состояния больных / А. М. Светухин, А. А. Звягин, С. Ю. Слепнев // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 51–69.
5. Хирургическая реабилитация больных со стомами / В. М. Тимербулатов, С. Н. Афанасьев, Ф. М. Гайнутдинов, Д. И. Мехдиев, О. В. Галимов, А. В. Куляпин, А. Х. Галлямов // Колопроктология. – 2004. – № 1 (7). – С. 3–6.

Поступила 12.02.2013

М. А. ШЕВЛЯЕВА

ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КГМУ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 79182163007. E-mail: mshevlyayeva@mail.ru*

Проведён ретроспективный анализ клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований у 100 больных, страдавших различными формами острого панкреатита. Выявлены значительные трудности в ранней диагностике данного заболевания. Частота диагностических ошибок при поступлении больных составляет 30,4%. Только комплексное обследование позволяет выявить картину существующих и развивающихся изменений в поджелудочной железе, сальниковой сумке и клетчатке забрюшинного пространства.

Ключевые слова: острый панкреатит, ранняя диагностика, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, диагностическая видеолaparоскопия.

М. А. SHEVLYAYEVA

THE DIFFICULTIES OF THE EARLY DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS

*Chair of hospital surgery SBEI SPE KSMU,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. 79182163007. E-mail: mshevlyayeva@mail.ru*

Conducted a retrospective analysis of clinical data, results of laboratory and instrumental studies in 100 patients suffering from different forms of acute pancreatitis. Identified significant difficulties in the early diagnosis of the disease. The frequency of diagnostic errors on admission of patients of 30,4%. Only a comprehensive survey allows to reveal the picture of existing and developing changes in the pancreas, packing a bag and tissue retroperitoneal space.

Key words: acute pancreatitis, early diagnostics, ultrasound, computer tomography, diagnostic videolaparoscopy.

Введение

В настоящее время острый панкреатит в разгар заболевания не представляет собой трудной диагностической проблемы, так как общеклинические проявления данной патологии подробно освещены в литературе и достаточно

хорошо известны широкому кругу клиницистов [2, 5, 7]. Однако ранняя диагностика острого панкреатита – наиболее трудная задача. Ещё не так давно частота диагностических ошибок при поступлении больных острым деструктивным панкреатитом составляла 30%, в стационаре – 10% [6].