

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 введенного 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. Тиммербулатов, 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].

В то же время анализ данных литературы позволяет признать, что клиника не располагает чёткими критериями и методами дифференциального диагноза клинко-морфологических форм острого панкреатита и его постнекротических осложнений. Ни один из существующих методов диагностики сам по себе не может быть признан абсолютно точным для раннего распознавания панкреонекроза и его осложнений [4, 11]. Поэтому требуется комплексный подход в диагностике данного заболевания с учётом клинических, лабораторных и инструментальных данных.

Ранняя идентификация больных тяжёлым панкреонекрозом даёт возможность своевременно начать лечение, прежде чем у них разовьётся полиорганная дисфункция или сепсис [2, 3, 5, 10].

В типичных случаях клиника острого панкреатита достаточно специфична, тем не менее в большом числе случаев даже применение комплекса инструментальных методов исследования не позволяет достоверно установить диагноз. Определение объёма поражения поджелудочной железы на сегодняшний день остаётся нерешённым вопросом из-за отсутствия объективных признаков, позволяющих дифференцировать некротизированную и отёчную ткань. Проблематичной остаётся диагностика внеорганных изменений при панкреонекрозе как в стадии токсемии, так и в стадии гнойно-деструктивных осложнений [1].

В нашей клинике, особенно в условиях приёмного покоя, мы также сталкиваемся с проблемой ранней диагностики острого панкреатита. На сегодняшний день в нашем распоряжении при обследовании поступающих больных имеются: общий анализ крови (ОАК) с лейкоцитарной формулой, подсчёт лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), определение α -амилазы сыворотки крови и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, рентгенография живота, в редких случаях – компьютерная томография (КТ). Однако данные методы исследования не всегда помогают правильно поставить диагноз, поскольку их изменения характерны не только для острого панкреатита, но и для ряда других urgentных заболеваний органов брюшной полости. Наряду с этим при манифестных проявлениях острого панкреатита не всегда регистрируются какие-либо изменения при проведении лабораторных и аппаратных исследований. Данные факты послужили причиной анализа достоверности используемых классических методов диагностики острого панкреатита.

Методика исследования

Проведён ретроспективный анализ клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований у 100 пациентов, страдавших различными формами острого панкреатита, находившихся на лечении в хирургических отделениях Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи за период 2008–2012 гг. Данные, получаемые из медицинских карт стационарного больного, вносились в формализованные карты научно-исследовательской работы, включающие 115 параметров. Обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных статистических программ «STATISTICA 5,5».

Результаты исследования

Из 100 обследуемых пациентов 42 (42%) страдали отёчной формой острого панкреатита и 58 (58%) – деструктивной. Женщин среди них было 30 человек

(30%), мужчин – 70 (70%). Средний возраст больных составил 49,3 года, при этом минимальный возраст – 25 лет, а максимальный – 83 года. В первые 6 часов от начала заболевания поступило 32 пациента (32%), в течение 6–12 часов – 14 (14%), 12–24 часов – 22 (22%) и позже 24 часов – 32 (32%). 10 обследуемых больных (10%) страдали сахарным диабетом. Из наблюдаемых больных умерло 18 человек, что составило 18% от числа всех больных острым панкреатитом, а если учесть, что летальные случаи наблюдались среди пациентов с деструктивной формой заболевания, то в этой группе процент умерших составил 31.

Все больные, поступившие в приёмное отделение, обследовались по схеме, соответствующей стандартам диагностики острого панкреатита, включавшей клинические, анамнестические, лабораторные, биохимические и аппаратные методы исследования.

Боль являлась постоянным признаком острого панкреатита. По интенсивности она превосходила таковые приступы при любой другой катастрофе в животе (в 60% случаев была сильной, в 8% – очень сильной, в 30% – умеренной и лишь в 2% – слабой). В большинстве случаев боль локализовалась в эпигастриальной области (22%), в 18% имела опоясывающий характер. С одинаковой частотой встречалась в эпигастриальной и правой подреберной областях (16%) и распространялась по всему животу (16%). Характерна иррадиация боли в левую рёберную дугу и в левый рёберно-позвоночный угол (12%). Реже боль охватывала одновременно эпигастриальную, правую и левую подреберные области (10%), в 6% случаев распространялась по правой боковой области живота, достигая подвздошной.

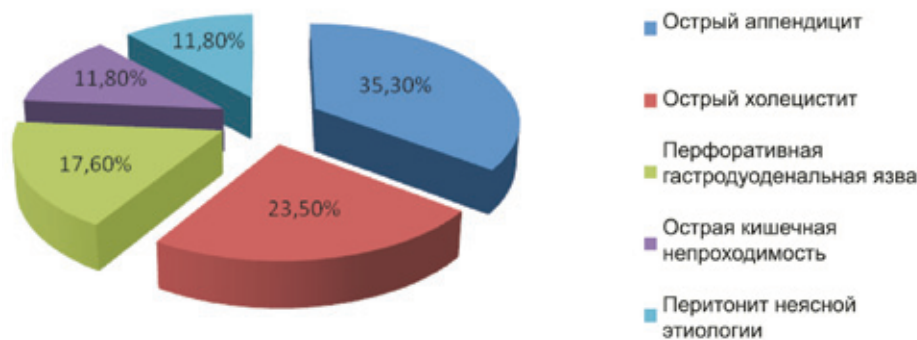
Рвота – частый признак острого панкреатита, встречавшийся в 52% случаев. У половины больных наблюдали метеоризм, у 2% – задержку стула, у 4% – понос.

Из анамнеза заболевания учитывали: приём алкоголя накануне (42%), погрешности в диете (44%), наличие ЖКБ (32%) и ранее перенесённые приступы острого панкреатита (20%). Интересно отметить, что ЖКБ диагностирована в 75% случаев у женщин, а приём алкоголя накануне заболевания зафиксирован в 95% случаев у мужчин.

Начало заболевания было постепенным в 42%, быстро нарастающим – в 44%, внезапным – в 14% случаев.

Таким образом, клинические симптомы при остром панкреатите неспецифичны и неодинаковы при его различных формах. Важно выделить группу симптомов, которые в отдельности или в комбинации указывали бы на вероятность развития панкреонекроза. Наиболее распространённым симптомом является боль, наблюдаемая у 100% больных острым панкреатитом, которая носит весьма интенсивный характер, часто имитируя ряд других urgentных заболеваний органов брюшной полости. Однако анализ умерших больных панкреонекрозом, у которых диагноз установлен только на секции, показал, что в 47% случаев больные не предъявляли жалоб на боли в животе. В подавляющем большинстве случаев это были больные, поступающие в сильном алкогольном опьянении, либо пациенты в крайне тяжёлом состоянии с нестабильной гемодинамикой, госпитализируемые сразу в реанимационное отделение. Диагностическая значимость различных симптомов в предсказании развития тяжёлых постнекротических осложнений острого панкреатита неравнозначна. Такие проявления, как боль, тошнота, рвота, встречаются и при лёгких формах заболевания, разрешающихся

Диагнозы приёмного отделения



при консервативной терапии, а появление метеоризма, диареи, инфильтрата, токсической энцефалопатии почти всегда свидетельствует о значительном некрозе поджелудочной железы и распространении процесса на ретроперитонеальное пространство, когда велика вероятность инфицирования очагов некроза.

Из показателей лабораторных исследований анализировали содержание лейкоцитов в крови, уровень α -амилазы сыворотки крови. Средний уровень лейкоцитоза у больных отёчной формой острого панкреатита составил $11,26 \times 10^9/\text{л}$ (min $6,6 \times 10^9/\text{л}$, max $19,6 \times 10^9/\text{л}$), у больных панкреонекрозом – $11,5 \times 10^9/\text{л}$ (min $4,9 \times 10^9/\text{л}$, max $17,2 \times 10^9/\text{л}$). Изучение амилазной активности сыворотки крови также не привело к получению дифференциально-диагностически значимых результатов, даже фиксируется более высокое значение данного показателя у больных отёчным панкреатитом – 1526 ЕД (min 52, max 5012), у больных панкреонекрозом – 932 ЕД (min 30, max 4078). Результаты лабораторных исследований у больных с различными клинико-морфологическими формами острого панкреатита не выявили существенных отличий, а следовательно, не являются значимыми для дифференциальной диагностики морфологических форм заболевания, а также других острых заболеваний органов брюшной полости.

Ультразвуковое исследование – наиболее доступный и распространённый в клинической практике метод оценки состояния ткани поджелудочной железы. Однако, по данным различных авторов, точность дифференциальной диагностики различных форм острого панкреатита составляет от 40% до 85% [4, 6]. По мнению В. В. Митькова, чувствительность данного метода в экстренных случаях составляет 75–90%. В нашем исследовании также не всегда удаётся правильно установить диагноз с помощью ультразвукового сканирования. В силу тех или иных причин (наличие большого количества кишечных газов, пищевых масс, чрезмерная выраженность подкожно-жировой клетчатки, а также у лиц старше 70 лет из-за изменённой экзогенности поджелудочной железы, приближающейся по экзогенности к структуре ретроперитонеальной клетчатки) различные отделы поджелудочной железы не были доступны ультразвуковому осмотру в 56% случаев. Основным прямой эхографический признак острого панкреатита – увеличение переднезаднего размера всех отделов поджелудочной железы был положительным

в 72,7% случаев при отёчной форме заболевания и лишь в 53,6% – при деструктивной.

Рентгенологические методы исследования не имеют важного диагностического значения [2, 5], поскольку позволяют выявить лишь косвенные признаки воспалительного процесса в верхнем этаже брюшной полости.

По мнению большинства хирургов и рентгенологов, самым чувствительным методом диагностики острого панкреатита и его осложнений является компьютерная томография. Она составляет основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита. Достоверность данных КТ – 75–95%. Однако недостатками исследования являются значительная лучевая нагрузка, высокая стоимость исследования и невозможность рутинного использования данного метода.

Фиброгастродуоденоскопия выявляет сопутствующую патологию желудка, двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, Фатерова сосочка, а при остром панкреатите позволяет определить косвенные признаки патологии панкреатобилиарной зоны, что в наших наблюдениях регистрируется в 99% случаев как отёчной, так и деструктивной форм заболевания.

Наиболее объективным и перспективным методом ранней диагностики панкреонекроза, по мнению большинства исследователей [8], является лапароскопия, которая позволяет не только провести дифференциальную диагностику между острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, но и верифицировать форму острого панкреатита. Мы тоже нередко прибегаем к данному методу исследования, который служит в ряде случаев и лечебным мероприятием. Однако поражают следующие результаты, свидетельствующие о трудностях диагностики острого панкреатита. Из проанализированных историй болезней пациентов, страдавших деструктивными формами заболевания, в 30,4% случаев диагноз «острый панкреатит» устанавливался в ходе диагностической видеолaparоскопии или интраоперационно. При этом в операционную больные попадались в 35,3% случаев с диагнозом «острый аппендицит», в 23,5% случаев – «острый холецистит», в 17,6% – «перфоративная гастродуоденальная язва» и по 11,8% – с диагнозом «острая кишечная непроходимость и перитонит неясной этиологии» (диаграмма).

Обсуждение

Ранняя диагностика панкреонекроза – наиболее трудная задача. Частота диагностических ошибок при поступлении больных составляет 30,4%.

В задачи диагностики помимо установления факта заболевания входят определение формы и стадии заболевания, осложнений, прогнозирование дальнейшего течения патологического процесса.

Только комплексное обследование позволяет выявить картину существующих и развивающихся изменений в поджелудочной железе, сальниковой сумке и клетчатке забрюшинного пространства.

Ранняя идентификация больных тяжёлым панкреатитом даёт возможность своевременно начать лечение, прежде чем разовьются полиорганные дисфункции или сепсис.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буткевич А. Ц., Чадаев А. П., Лапин А. Ю., Свиридов С. В. Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении распространённого инфицированного панкреонекроза. — Москва, 2007. — 389 с.
2. Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. — СПб, 2000. — 309 с.
3. Гальперин Э. И., Дюжаева Т. Г., Докучаев К. В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // Хирургия. — 2003. — № 3. — С 55–59.
4. Зубрицкий В. Ф., Левчук А. Л., Покровский К. А., Забелин М. В. Диагностика деструктивного панкреатита. — Москва, 2010. — 143 с.

5. Костюченко А. Л., Филин В. Н. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей. — СПб, 2000. — 400 с.
6. Лысенко М. В., Девятков А. С., Урсов С. В., Пасько В. Г., Грицюк А. М. Острый панкреатит: дифференцированная лечебно-диагностическая тактика. — Москва, 2010. — 165 с.
7. Нестеренко Ю. А., Лаптев В. В., Михайлуков С. В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. — Москва, 2004. — 304 с.
8. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения // Анналы хирургии. — 2001. — № 3. — С. 58–62.
9. Филимонов М. И., Бурневич С. З. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии / Под редакцией В. С. Савельева. — Москва, 2003. — С. 241–248.
10. Austin L., Spitzer M. D., Anthony M., Barcia B. S., Michael T., Schell M. D., Annabel Barber M. D. Applying Ockham's razor to pancreatitis prognostication a four-variable predictive model // Annals of surgery. — March, 2006. — V. 243. № 3. — P. 380–388.
11. Xin-Liang Lu, Jian-Ting Cai, Xing-Guo Lu, Jian-Min Si and Ke-Da Qian. Plasma level of thrombomodulin is an early indication of pancreatic necrosis in patients with acute pancreatitis // World j. gastroenterol. — October 15, 2003. — V. 9. № 10. — P. 2267–2269.

Поступила 14.02.2013

С. Н. ЩЕРБА¹, В. В. ПОЛОВИНКИН²

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-918-417-29-51. E-mail: ScherbaSN@bk.ru;

²Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского, Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167

Проведено исследование заживления лапаротомных ран у трёх групп больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки. Предложен и описан новый способ пролонгированного проточного пассивного дренирования лапаротомных ран. Обосновано его преимущество в сравнении с традиционными методиками.

Ключевые слова: раневая инфекция, дренирование ран, рак ободочной кишки

S. N. SCHERBA¹, V. V. POLOVINKIN²

NEW POSSIBILITIES OF THE PREVENTION OF A WOUND INFECTION AT THE PATIENTS OPERATED CONCERNING A CANCER OF AN OBODOCHNY GUT

¹Chair of the general surgery of the Kuban state medical university, Russia, 350036, Krasnodar, Sedin street, 4. Tel. 8-918-417-29-51. E-mail: ScherbaSN@bk.ru;
²regional clinical hospital №1 n. a. prof. S. V. Ochapovsky of Russian academy of medical science, Russia, 350086, Krasnodar, 1 May street, 167

Research of healing of laparotomy wounds at three groups of the patients operated concerning a cancer of an obodochny gut is conducted. The new way of the prolonged flowing passive drainage of laparotomy wounds is offered and described. Its advantage in comparison with traditional techniques is proved.

Key words: wound infection, drainage of wounds, cancer of an obodochny gut.

Введение

Возникновение послеоперационных гнойных осложнений со стороны лапаротомных ран, по данным

разных авторов, устойчиво продолжает держаться в пределах 3–22% [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Наибольшую значимость эта проблема имеет у пациентов, опериро-