

*of morphological studies of gastric polyps in 1206 patients who performed an endoscopic polypectomy. Evaluated morphological and functional changes in the gastric mucosa, the degree of contamination of Helicobacter pylori. Produced by the study of the incidence of polyps of different morphological structure, taking into account the peculiarities of morphofunctional changes in the gastric mucosa.*

*Надійшла до редакції 22.10.2010 р.*

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010  
УДК 616 — 089 — 002.3 — 06

## Гнойные осложнения после операции Гартмана

Р.В.Лисовой

Луганский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (заведующий — профессор И.В.Иоффе)  
Луганск, Украина

При осложненном течении рака, дивертикулеза, других заболеваний и травм левой половины толстой кишки у многих больных используется операция Гартмана. Наложение колостомы приводит к значительному увеличению частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаротомной раны, что связано прежде всего с инфицированием раны. Частота гнойно-воспалительных осложнений достигает 9-75,9%. Проведен анализ гнойно-воспалительных осложнений после операции Гартмана у 47 пациентов с травмами, опухолевыми, неопухолевыми поражениями толстой кишки.

**Ключевые слова:** операция Гартмана, колостома, гнойные осложнения.

### Введение

На современном этапе развития колоректальной хирургии при осложненном течении рака, дивертикулеза, других заболеваний и травм левой половины толстой кишки у многих больных используется операция Гартмана. Частота выполнения подобного вмешательства в urgentных ситуациях варьирует от 7% до 63% и носит вынужденный характер [1, 2, 5]. Операция Гартмана имеет ряд неоспоримых преимуществ: на первом же этапе удаляется пораженный сегмент, который является источником интоксикации и метастазирования, и устраняется непроходимость кишечника; в брюшной полости не формируется анастомоз, несостоятельность которого является одной из главных причин смерти больных от перитонита; в то же время операция не является очень травматичной и не представляет больших технических трудностей для хирурга, при этом наложение одностольной колостомы отвечает всем требованиям, предъявляемым к противоестественному заднему проходу (отводить кишечное содержимое, осуществлять декомпрессию кишечника и замещать функцию прямой кишки) [5]. Оставление культи прямой кишки позволя-

ет в дальнейшем произвести восстановительно-реконструктивную операцию [6, 10].

Несмотря на очевидные преимущества, эта операция не лишена недостатков, что подтверждается большим количеством возможных осложнений в послеоперационном периоде. Наложение колостомы приводит к значительному увеличению частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны лапаротомной раны, что связано прежде всего с инфицированием раны, которое отмечается более чем в 60% случаев [3, 9].

Гнойно-воспалительные параколостомические осложнения в раннем послеоперационном периоде не только удлиняют сроки госпитализации, требуют дополнительных назначений и в ряде наблюдений хирургических вмешательств, но и могут явиться причиной летального исхода. В отдаленные сроки после операции поствоспалительные изменения могут стать пусковым механизмом для образования параколостомической грыжи, способствовать развитию выпадения сегмента кишки либо формированию ее патологического сужения — рубцовой стриктуры. К числу интраабдоминальных гнойно-воспалительных осложнений относят послеоперационный пери-

тонит, абсцессы и инфильтраты брюшной полости, несостоятельность культи прямой кишки. По материалам разных авторов, частота гнойно-воспалительных осложнений достигает 9-75,9%, летальность колеблется от 5,7% до 34,6% [4, 7, 8].

Большое различие в частоте встречаемости гнойно-воспалительных осложнений после операции Гартмана обусловлено отсутствием единого подхода к анализу послеоперационных осложнений. Проблема улучшения результатов операции Гартмана во многом определяется методами профилактики осложнений и их эффективной коррекции. Следует отметить, что наряду с неспецифическими осложнениями, которые могут встречаться после любого оперативного вмешательства, сходного по тяжести и характеру операционной травмы, после операции Гартмана гнойные осложнения наиболее частые, вместе с тем предложенные меры профилактики имеют сугубо технические решения и связаны в основном с формированием культи прямой кишки, способом наложения колостомы. Как показывает практика, аналогично выполненная в техническом плане операция Гартмана в ряде случаев имеет значительные различия в отношении возникновения гнойных осложнений в послеоперационном периоде. Такая ситуация требует детального анализа и поиска причин гнойно-воспалительных осложнений для дальнейшей разработки специфических профилактических мер.

Цель исследования было изучить частоту, структуру, основные причины гнойно-воспалительных осложнений после операции Гартмана.

## Материалы и методы исследования

Исследование основано на результатах лечения 47 пациентов, находившихся на лечении в 2007-2010 гг. в отделениях хирургии, про-

ктологии Луганской городской клинической больницы №1, Луганской областной клинической больницы, Белокуракинской центральной районной больницы, которым была выполнена операция Гартмана. Мужчин было 29 (61,7%), женщин — 18 (38,3 %); возраст больных — от 23 до 89 лет (средний возраст — 57,7 года). 58,7% больных были в возрасте старше 60 лет, и 37,5% больных страдали серьезными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов (ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь II-III стадии, выраженные формы хронических obstructивных заболеваний легких с явлениями дыхательной недостаточности, сахарный диабет). В 8 (17,0%) наблюдениях имелись сочетанные заболевания от 2 до 4 систем организма, у 4 (8,5%) больных сопутствующее заболевание приобрело характер конкурирующего.

## Результаты исследования и их обсуждение

Операция Гартмана выполнена по поводу осложненного течения рака левой половины ободочной кишки у 35 (74,4%) пациентов. При этом из них у 26 (74,2%) пациентов показанием к операции Гартмана являлся рак сигмовидной и прямой кишки, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Рак сигмовидной кишки с перифокальным воспалением, формированием абсцесса обнаружен у 4 (11,4%) пациентов, перфорация кишечника как осложнение опухолевого процесса установлена у 5 (14,2%) больных. У 6 (12,7%) больных показанием к выполнению операции Гартмана послужили неопухолевые заболевания толстой кишки, из них: осложненный дивертикулез — 3 (50%) больных, заворот сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость — 2 (33,3%) пациента, 1 (16,6%) пациент с перфورا-

Таблица 1

### Частота гнойно-воспалительных осложнений

Характер заболевания	Количество больных	Гнойно-воспалительные осложнения						Всего
		интра-абдоминальные		со стороны лапаротомной раны		параколо-стомические		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рак толстой кишки, ОКН	26	3	11,5	5	19,2	3	11,5	42,3
Рак толстой кишки, абсцесс	4	1	25,0	1	25,0	1	25,0	75,0
Рак толстой кишки, перфорация	5	1	20,0	1	20,0	1	20,0	60,0
Заворот сигмовидной кишки	3	0	0	0	0	1	33,3	33,3
Осложненный дивертикулез	3	0	0	1	33,3	0	0	33,3
Перфорация	1	0	0	0	0	0	0	0
Травма толстой кишки	6	1	16,6	0	0	0	0	16,6

цией сигмовидной кишки (рыбная кость). В 6 (12,7%) случаях показанием к проведению операции Гартмана была травма толстой кишки.

Операция Гартмана в оригинальном варианте выполнена 18 (38,2%) пациентам, из них в 4 (22,2%) случаях по поводу неопухолевых заболеваний и в 3 (16,6%) случаях по поводу травм левой половины толстой кишки. Левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана произведена у 29 (61,7%) пациентов. Во всех случаях формировалась внутрибрюшная колостома «столбиком» с формированием брюшинно-кожного канала.

Частота инфекционных осложнений в послеоперационном периоде представлена в табл. 1.

Согласно полученным данным, частота гнойных осложнений после операции Гартмана составила 42,5%. Наиболее часто выявляли нагноение лапаротомной раны — у 8 (17,0%) больных. Из числа интраабдоминальных осложнений отмечено: послеоперационный перитонит у 3 (6,3%) больных, абсцессы и инфильтраты брюшной полости — у 3 (6,3%) больных. Со стороны кишечной стомы: нагноение и абсцесс подкожной клетчатки около колостомы отмечены в 6 (12,7%) случаях.

Анализ результатов операции Гартмана у больных с опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями, травмами свидетельствует о значительном преобладании гнойных осложнений у больных раком левой половины ободочной кишки. Так, после операции Гартмана, выполненной по поводу рака толстой кишки, ослож-

ненной острой кишечной непроходимостью, отмечено 42,3% гнойных осложнений с преобладанием нагноений лапаротомной раны (19,2%). Наиболее высокий процент осложнений отмечается у больных с опухолевым поражением, осложнившимся перифокальным воспалением, абсцессом (75,0%).

Безусловно, левосторонняя гемиколэктомия по типу операции Гартмана, которая выполнялась у большинства больных раком сигмовидной и прямой кишки, более травматична, чем операция Гартмана в оригинальном варианте. Пожилой возраст больных и наличие сопутствующей патологии во многом определяют неблагоприятное течение послеоперационного периода, в том числе и значительное число гнойных осложнений. Вместе с тем способ формирования колостомы был аналогичным во всех случаях, однако число гнойных параколостомических осложнений и осложнений со стороны лапаротомной раны у больных с опухолевыми заболеваниями в 1,5 раза выше, чем у больных с травмами и неопухолевыми поражениями толстой кишки, что предполагает возможности дальнейшего поиска причин большого числа нагноений у данной категории больных.

## Выводы

Анализ результатов операции Гартмана у больных с опухолевыми и неопухолевыми заболеваниями, травмами свидетельствует о значительном преобладании гнойных осложнений у больных раком левой половины ободочной кишки.

## Литература

1. Ермолов А.С. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / А.С.Ермолов, Э.П.Рудин // Хирургия. — 2004. — №2. — С. 4-7.
2. Пахомова Г.В. Субтотальная колонэктомия: 20-летний опыт / Г.В.Пахомова, Т.Г.Подловченко // Хирургия. — 2003. — №12. — С. 63-65.
3. Сотников Д.Н. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Д.Н.Сотников, Б.А.Абрамян // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. — 2009. — №6. — С. 40-44.
4. Султанов Г.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном непроходимостью / Г.А.Султанов, С.А.Алиев // Хирургия. — 1998. — №2. — С. 17-19.
5. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д.Федоров. — ГНЦ проктологии, 1994. — 432 с.
6. Desai D.C., Brennan E.J., Reilly J.F. et al. The utility of the Hartmann procedure // Am. J. Surg. — 1998. — Vol. 175. — №2. — P. 152-154.
7. Codina-Cazador A., Farres R. et al. The Hartmann procedure: current situation in Spain // Cir. Esp. — 2005. — P. 92-95.
8. Keck J.O., Collopy B.T. et al. Reversal of Hartmann's procedure: effect of timing and technique on ease and safety // Dis. Colon. Rectum. — 1994. — P. 243-248.
9. Schein M., Decker G.A. The Hartmann Procedure: extended indications in severe intra-abdominal infection // Dis. Colon. Rectum. — 1988. — Vol. 31. — №1. — P. 126-129.
10. Frileux P., Berger A. Hartmann's operation — back to the future? // Am. J. Surg. — 1995. — Vol. 170. — P. 305-306.

*Р.В.Лісовий. Гнійні ускладнення після операції Гартмана. Луганськ, Україна.*

**Ключові слова:** операція Гартмана, колостома, гнійні ускладнення.

*При ускладненому перебігу раку, дивертикульозу, інших захворювань і травм лівої половини товстої кишки у багатьох хворих використовується операція Гартмана. Накладення колостоми призводить до значно-*

## ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

го збільшення частоти гнійно-запальних ускладнень з боку лапаротомної рани, що пов'язано насамперед з інфікуванням рани. Частота гнійно-запальних ускладнень досягає 9-75,9%. Проведено аналіз гнійно-запальних ускладнень після операції Гартмана у 47 пацієнтів із травмами, пухлинними, непухлинними ураженнями товстої кишки.

**R. V. Lisovoy. Purulent complications after Hartmann's operation. Lugansk, Ukraine.**

**Key words:** Hartmann's operation, colostoma, purulent complications.

*At the complicated current of a cancer, diverticulosis, other diseases and traumas of the left half of thick gut at many patients Hartmann's operation is used. Imposing colostoma leads to substantial growth of frequency of its purulent-inflammatory complications from outside wounds that is connected first of all with a wound infection. Incidence of pyoinflammatory complications reaches 9-75,9%. The analysis of pyoinflammatory complications after Hartmann's operation at 47 patients with traumas, tumoral, not tumoral defeats of intestine is performed.*

Надійшла до редакції 20.10.2010 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010  
УДК 616.36 — 002.9: 616.995.122.21

## Виды и частота возникновения новообразований печени

Ю.А. Косенко

Луганский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (заведующий — профессор И.В.Иоффе)  
Луганск, Украина

Трудности диагностики полостных форм заболеваний печени обусловлены многообразием нозологических форм и отсутствием четких связей между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями. В статье представлены результаты ультразвукового обследования 246 больных с объемными новообразованиями доброкачественного характера. Рассмотрена частота встречаемости, виды, ультразвуковые признаки отдельных образований печени.

**Ключевые слова:** кисты печени, гемангиомы, ультразвуковое исследование.

### Введение

Трудности диагностики полостных форм заболеваний печени обусловлены многообразием нозологических форм и отсутствием корреляционных связей между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями [1-4, 8]. Решение проблемы точной диагностики полостных образований печени с определением показаний к оперативному лечению — это шаг к улучшению результатов лечения объемных новообразований печени [5-7, 11]. По данным П.М.Котлярова и М.Е.Семендяевой (1990), частота очаговых поражений печени при скрининговом обследовании составляет 1,38-1,86%, при этом в 33,3% наблюдений встречаются кисты различного генеза, в 25,6% — доброкачественные опухоли, в 35,4% — метастатические поражения и в 5,7% — первичный рак печени [9].

А.Г.Абдулаев (1990) предложил следующую классификацию незлокачественных объемных образований печени:

I. Незлокачественные кистозные образования печени:

— истинные кисты (солитарные, многокамерные цистоаденомы, дермоидные и ретенционные);

— ложные кисты — травматические и воспалительные;

— поликистоз печени;

— кистозное расширение желчных протоков (болезнь Кароли);

— паразитарные кисты (эхинококк, описторхоз).

II. Незлокачественные опухоли печени:

— паренхиматозные (эпителиальные);

— сосудистые опухоли (неэпителиальные) — гемангиомы и лимфангиомы;