

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОСТОМИИ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Нарушение кишечной проходимости (НКП) является ведущим осложнением ряда заболеваний толстой кишки. Поиск вариантов ликвидации данного осложнения, которое является препятствием для осуществления полноценного и адекватного устранения основного заболевания, остается актуальной проблемой оперативной колопроктологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поиск оптимального варианта использования лапароскопической ассистированной колостомии при НКП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Амурского центра колопроктологии за последние четыре года (2001 – 2004), у 183 больных с абтурационным нарушением проходимости толстой кишки (ОНПТК) суб- и декомпенсированной степени как первый этап лечения была использована лапароскопическая ассистированная декомпрессионная колостомия (ЛАДК). Ее методика была описана нами ранее (Яновой В.В., Мартынов А.С., 2001, 2002). На 7–9 сутки этим больным выполнялся основной этап хирургического лечения – устранение источника ОНПТК и одномоментное восстановление непрерывности кишки. В данном сообщении мы остановимся на результатах первого этапа лечения этой категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнение лапароскопической операции у больных с ОНПТК, как известно, сопряжено с рядом технических трудностей. Это привело к воз-

никновению 5 интраоперационных осложнений и 11 диагностических ошибок. Интраоперационное повреждение делятированных петель ободочной кишки при ее тракции произошло в 3-х случаях и при рассечении спаек в двух. У 4 пациентов не диагностированы метастазы в печени, и еще у 7 не адекватно оценено местное распространение опухоли, что потребовало в последующем незапланированного выполнения расширенных операций во время основного этапа хирургического лечения.

Различного рода гнойно-воспалительные осложнения в зоне лапароскопической колостомии выявлены у 4,1 % больных (нагноение, инфильтраты, серомы и т.д.). Мы целенаправленно не включаем в анализ некрозы кишки, т.к. генез их в большинстве связан с характером ее питания, хотя в конечном итоге нарушение это ведет к нагноению параколостомической клетчатки. Анализируя два способа формирования окна передней брюшной стенки для колостомы – циркулярный и линейный, при всех остальных равных условиях мы пришли к выводу, что количество гнойно-воспалительных осложнений, в случаях линейного доступа и минимального наложения швов с фиксацией петли кишки только к коже, уменьшается почти в два раза по сравнению с циркулярным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, оперативный доступ при формировании окна в передней брюшной стенке для лапароскопической колостомии, а также техника наложения ее существенным образом влияют на развитие послеоперационных воспалительных осложнений.