

© С.А.Алиев, Э.С.Алиев, 2008
УДК 616.348-089-06:616-002.3-084

С.А.Алиев, Э.С.Алиев

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Г.А.Султанов) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

Ключевые слова: ободочная кишка, послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения, профилактика, декомпрессия и внутрипросветный лаваж толстой кишки.

Введение. Профилактика послеоперационных осложнений является одной из актуальных и окончательно нерешенных проблем современной оперативной колопроктологии [6–11, 14, 15]. В общей структуре послеоперационных осложнений при различных заболеваниях ободочной кишки лидирующее место занимают гнойно-воспалительные процессы, которые являются основными причинами летальности у больных данной категории. Эти осложнения наиболее часто встречаются у больных раком ободочной кишки (особенно с поражением левой её половины), осложненным непроходимостью, и колеблются в пределах от 29,4 до 51% [2, 16, 17, 20, 21]. Некоторыми авторами [23] установлено, что частота инфекционно-гнойных осложнений прямо коррелирует со стадией злокачественного процесса. Частота гнойно-септических осложнений после операций на толстой кишке варьирует довольно широко и в зависимости от характера основной патологии (нозологической причины), методов хирургического лечения и степени сложности оперативного вмешательства составляет 29,7–68,7% [16, 17, 19, 20]. При этом летальность достигает 43,5–80% [3, 4, 15, 21]. Характер и тяжесть послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, а также их прогноз в немалой степени зависят от качества подготовки кишечника к операции, способов завершения оперативных вмешательств на ободочной кишке (формирование первичного анастомоза или колостомы) и особенности течения послеоперационного периода. При этом манифестация указанных осложнений зависит от конкретных клинических ситуаций и характеризуется мозаичностью про-

явления симптоматики, выраженность которой определяется анатомической областью, степенью бактериальной контаминации операционного поля и распространенностью гнойно-воспалительного процесса [24, 25]. Так, формирование толстокишечного анастомоза при несостоятельности швов межкишечного соустья в послеоперационном периоде способствует возникновению внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений (перитонит, абсцессы брюшной полости) [6, 15, 18, 27]. Наложение колостомы нередко сопровождается развитием параколостомических инфекционных осложнений (параколостомические абсцессы, флегмоны) передней брюшной стенки [7, 26].

Удельный вес гнойно-септических осложнений, по нашим предшествующим исследованиям, основанным на анализе результатов хирургического лечения 486 больных со стенозирующим раком различных отделов ободочной кишки, осложненным непроходимостью, составил 29,4% (143 больных) [2].

Одним из существенных факторов, влияющих на частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при оперативных вмешательствах на толстой кишке, является качество подготовки кишечника к операции [1, 12, 13].

Материал и методы. Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение в клинику комплексной системы пред-, интра- и послеоперационной профилактики гнойно-воспалительных осложнений у больных с различными заболеваниями ободочной кишки.

В основу данной работы положен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 99 больных с толстокишечной непроходимостью, обусловленной стенозирующим раком ободочной кишки (у 76) и идиопатическим мегадолохоколомом (у 23) с учетом эффективности применения алгоритма профилактики послеоперационных гнойно-воспа-

лительных осложнений. Возраст больных варьировал от 22 до 68 лет. Мужчин было 70, женщин — 29. Всем больным проводили рентгеноскопию (рентгенографию) грудной и брюшной полости, контрастное рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, эзофагофиброгастродуоденоскопию, трансабдоминальное и эндоректальное ультразвуковое исследование, компьютерную томографию брюшной полости и малого таза, ирригоскопию (ирригографию) и колоноскопию с биопсией. Из 76 больных со stenoziruyushim раком ободочной кишки правосторонняя локализация злокачественного новообразования установлена у 9 (11,8%), левосторонняя — у 67 (88,2%). Клиническая стадия рака ободочной кишки нами определялась согласно классификационным критериям Б.Е.Петерсона и Н.Н.Блохина (1979), методическим рекомендациям по лечению злокачественных новообразований (1985), а также по системе TNM. IIIA стадия (T4N0M0) опухолевого процесса отмечена у 52 (68,4%) больных, IIIB (T1–4N1M0) — у 24 (31,6%). У 28 (36,8%) из 76 больных была установлена компенсированная форма, у 48 (63,2%) — субкомпенсированная форма опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости. Во всех наблюдениях диагноз рака ободочной кишки был верифицирован гистологически (аденокарцинома различной степени дифференцировки). У всех больных (23) идиопатический мегадолихоколон осложнился субкомпенсированным толстокишечным стазом.

Результаты и обсуждение. Предоперационная профилактика гнойно-воспалительных осложнений, как начальный (первичный) этап комплексных мероприятий, заключалась в проведении следующих мер.

1. Механическая очистка толстой кишки. Подготовку толстой кишки к плановой операции проводили с применением ортоградного лаважа с использованием препарата «Фортранс» французской фармацевтической компании «Бюфур Ипсен Интернасьональ». Больные принимали лаважный раствор препарата в количестве 3–4 л накануне операции в течение 3–4 ч при условии приема 200–250 мл раствора каждые 15–20 мин. Для полного очищения толстой кишки необходимо принять 4 л раствора (4 пакетика). Приятные вкусовые и органолептические качества раствора «Фортранс» позволяют легко перенести пероральный прием больными раствора, несмотря на его довольно большой объем [22]. Предоперационная профилактика гнойно-воспалительных осложнений предусматривала не только полноценную механическую очистку толстой кишки, но и проведение целенаправленной коррекции метаболических нарушений, вызванных основными заболеваниями и их осложнениями.

2. Медикаментозная профилактика. С этой целью за 1 ч до начала операции больным назначили внутривенную инфузию антибиотиков фторхинолонового ряда (флоксан — 100 мл)

и антибактериальных препаратов (метронидазол или флагил — 100 мл).

Интраоперационная профилактика гнойно-септических осложнений включала предупреждение травматизации чрезмерно раздутых кишечных петель, транслокации эндогенной микрофлоры и бактериальной контаминации брюшной полости при вскрытии просвета ободочной кишки. В связи с этим особое значение придавали методике интраоперационной декомпрессии и внутрипросветному лаважу ободочной кишки. С этой целью нами разработан способ интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки без широкого вскрытия просвета органа и сконструирована новая модель аспирационно-промывного устройства¹.

Конструктивно аппарат собран в едином корпусе и содержит силовой агрегат, панель управления, электронный таймер и две калиброванные емкости по 1 л каждая (возможно увеличение объема емкостей до 3 л). Силовой агрегат представляет собой компрессорный блок. Один из компрессоров функционирует в режиме разрежения, а второй — в режиме нагнетания, причем возможно изменять давление при этих режимах и тем самым регулировать производительность агрегата. Основные технические данные вакуумного аспирационно-промывного устройства: диапазон регулируемого давления (разрежения): 0–300 мм рт. ст., производительность по аспирации и инсуффляции (нагнетанию): 0–1200 мл/мин. Режим работы длительный (до 6 ч) и непрерывный. Благодаря универсальности технической конструкции устройства аспирация содержимого толстой кишки и внутрипросветный кишечный лаваж осуществляются синхронно (одномоментно) и циклично.

Методика интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветного лаважа толстой кишки заключается в следующем. После ревизии брюшной полости и обнаружения первичной опухоли ободочную кишку с участком злокачественного поражения тщательно изолируем от остальных отделов брюшной полости. На стенку ободочной кишки в непосредственной близости локализации опухоли накладываем кисетный шов, в центре которого рассекаем серозно-мышечные слои по свободной ленте кишки длиной 1,5–1,8 см. С помощью одноканального наконечника аспирирующей трубки устройства производим прокол стенки кишки и сразу включаем аппарат, работа которого вначале регулируется в аспирационном режиме. По мере аспирации кишечного содержимого и уменьшения внутрипросветного давления участок прокола на кишке можно расширить на 1 см для свободного перемещения аспирирующей трубки по продольной оси кишки, что позволяет осуществить полноценную декомпрессию органа и максимальную эвакуацию содержимого. Далее дистальнее или напротив первого накладываем второй кисетный шов на стенку ободочной кишки, после чего указанным выше способом в просвет кишки вводим наконечник ирригационной трубки. Устройство переключаем в режим постоянной работы, при котором производится одномоментная (непрерывная) ирригация (нагнетание) и аспирация. Возможность свободного перемещения

¹ Патент Центра Национальной патентной экспертизы Комитета науки и техники Азербайджанской Республики № J 20010025 от 11.01.2001 г.

аспирирующей трубки по продольной оси кишки позволяет осуществлять контроль за степенью наполнения органа и предупредить переполнение кишки и растяжение ее стенок. Продолжительность процедуры определяется полнотой декомпрессии проксимальных (престенотических) отделов кишки и по характеру (цвету) промывной жидкости. Таким образом, с помощью устройства удается не только проводить адекватную декомпрессию ободочной кишки, но и осуществлять внутрисветный лаваж. Заметное уменьшение внутрикишечного давления и прекращение поступления кишечного содержимого по сливной (промывной) системе аппарата свидетельствуют о полноценном декомпрессионном и ирригационном эффекте процедуры. После завершения кишечного лаважа трубку удаляем и завязываем нити кисетных швов, которые в ходе последующих этапов операции могут служить в качестве держалок. Поскольку процедура составляет основную и начальную часть проводимых интраоперационных мероприятий, направленных на ликвидацию последствий толстокишечной непроходимости (декомпрессия и кишечный лаваж), в дальнейшем приступаем к выполнению последующих этапов операции — наложению колостомы (при наличии операбельного рака — с резекцией кишки и удалением опухоли).

Таким образом, разработанный способ интраоперационной непрерывной одномоментной «закрытой» декомпрессии и лаважа толстой кишки и устройство для его осуществления способствует эффективному купированию острых явлений суб- и декомпенсированных форм толстокишечной непроходимости, максимальной механической очистке супрастенотических отделов кишечника, существенному уменьшению степени эндотоксикоза, заметному снижению риска интраоперационной бактериальной контаминации брюшной полости и развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, а также уменьшению опасности травматизации раздутых кишечных петель при манипуляции. Одним из существенных преимуществ данного устройства является возможность применения его и в послеоперационном периоде при подготовке больных с колостомой к радикальной операции (в случае оставления опухоли во время первой операции) и восстановительным вмешательствам (при первичном удалении опухоли). Широкий диапазон колебания рабочего режима аппарата (синхронная непрерывная аспирация-ирригация или цикличность процедуры), наличие относительно длинной аспирирующей трубки, осуществление ирригации путем струйного нагнетания промывающего раствора, обеспечение гигиеничности и стерильности проведения процедуры (раздельное размещение камер аспирации и ирригации, выполнение лаважа без широкого вскрытия просвета ободочной кишки), а также возможность применения её в различные сроки после операции и в период подготовки больных с колостомой к восстановительно-реконструктивным вмешательствам характеризуют высокую производительность дан-

ного устройства и эффективность разработанной методики.

Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства, схематические изображения интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрисветной ирригации, и лаважа толстой кишки через колостому представлены на рис. 1–3.

Вопрос о выборе способа завершения операции (формирование толстокишечного анастомоза или колостомы) решали дифференцированно, в зависимости от конкретной клинической ситуации, с учетом характера основного заболевания и тяжести состояния больного. При прочих равных условиях (в том числе и при резектабельных опухолях ободочной кишки) предпочтение отдавали первичному восстановлению непрерывности кишечной трубки. При наличии высокого риска формирования первичного толстокишечного анастомоза операцию завершали наложением колостомы. Нами модифицирована методика наложения терминальной плоской колостомы, суть которой заключается в том, что стомальное отверстие формируем путем применения непрерывного сквозного слизисто-кожного шва из викрила по окружности раны, т.е. ободочную кишку через все ее слои фиксируем к коже по всему периметру циркулярной раны* (рис. 4).

Считаем, что наложение непрерывного шва способствует более тесному контакту и герметичному прилеганию краев свищевого отверстия к тканям перистомальной зоны, что имеет немаловажное значение для профилактики интраоперационного инфицирования тканей вокруг колостомы и развития параколостомических гнойно-воспалительных осложнений в



Рис. 1. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства для проведения декомпрессии толстой кишки и внутрисветного лаважа.

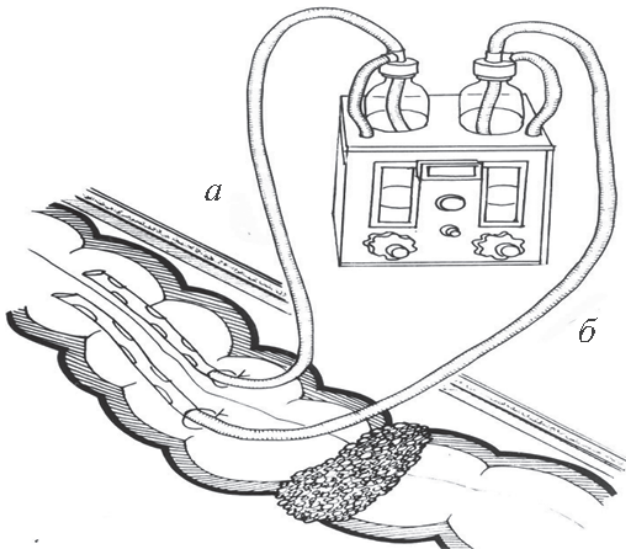


Рис. 2. Схема интраоперационной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветного лаважа толстой кишки.

а — трубка для аспирации;
б — трубка для инсуффляции.

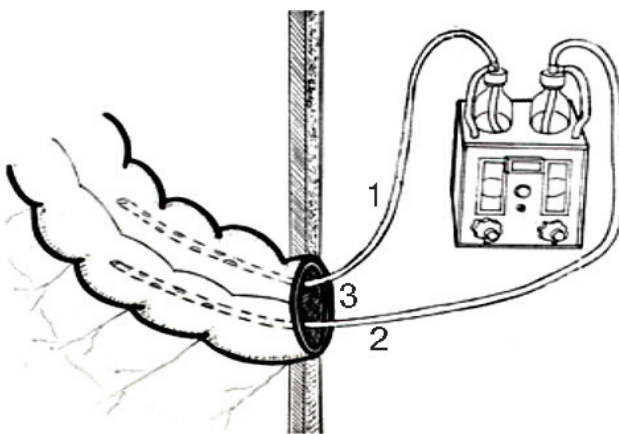


Рис. 3. Схематическое изображение внутрипросветного лаважа толстой кишки через колостому с помощью аспирационно-промывного устройства.

1 — трубка для аспирации; *2* — трубка для нагревания антисептических растворов; *3* — колостома.

послеоперационном периоде. Нам представляется, что формирование стомального отверстия традиционными узловыми швами способствует образованию щелевидных пространств между дистальным отрезком выведенной кишки и кожей по всей окружности круговой раны, что даже при самом скрупулезном уходе за колостомой не исключает опасность проникновения содержимого толстой кишки в подлежащие ткани брюшной стенки и даже в брюшную полость с развитием

тяжелых гнойно-септических осложнений, в том числе и перитонита. Наложение плоской концевой колостомы в модифицированном нами варианте позволило существенно снизить частоту параколостомических гнойно-воспалительных осложнений.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде по сути своей заключалась в продолжении мероприятий, проводимых до и во время операции. Антибактериальную терапию, декомпрессию и внутрипросветный лаваж толстой кишки продолжали и в послеоперационном периоде. Продолжительность указанных мероприятий определяли полнотой разгрузки супрастенотических отделов толстой кишки, по характеру (цвету) кишечного содержимого и результатам бактериологического исследования промывной жидкости. Она составила в среднем 5–7 дней.

Мы считаем, что saniрующий и тонизирующий (стимулирующий) эффект интраоперационной внутрипросветной ирригации и кишечного лаважа, проводимого через колостому в период подготовки толстой кишки к восстановительно-реконструктивным операциям, положительно влияет на особенность заживления толстокишечного анастомоза, что, на наш взгляд, объясняется улучшением трофических процессов и микроциркуляции в кишечной стенке.

Совершенствование технического обеспечения интраоперационной подготовки толстой кишки, являясь весьма существенным достоинством предложенной методики, расширило возможности для преимущественного применения одномоментно-радикальных и первично-восстановительных операций. Это обстоятельство, в свою очередь, способствовало реализации медико-социальной реабилитации больных данной категории и улучшению качества их жизни. Результаты этих работ нашли отражение в наших предыдущих сообщениях [4, 5].

Таким образом, разработанная методика интраоперационной непрерывной одномоментной «закрытой» декомпрессии и внутрипросветного лаважа толстой кишки и устройство для ее осуществления позволили нам эффективно купировать явления компенсированной и субкомпенсированной форм нарушения проходимости толстой кишки у больных со стенозирующим раком ободочной кишки и идиопатическим мегадолихоколомом. Применение разработанной системы комплексной подготовки толстой кишки в сочетании с целенаправленной коррекцией метаболических нарушений, вызванных основными

* Удостоверение на рац. предложение № 332, выданное БРИЗом Азербайджанск. мед. ун-та от 13.10.1997 г.

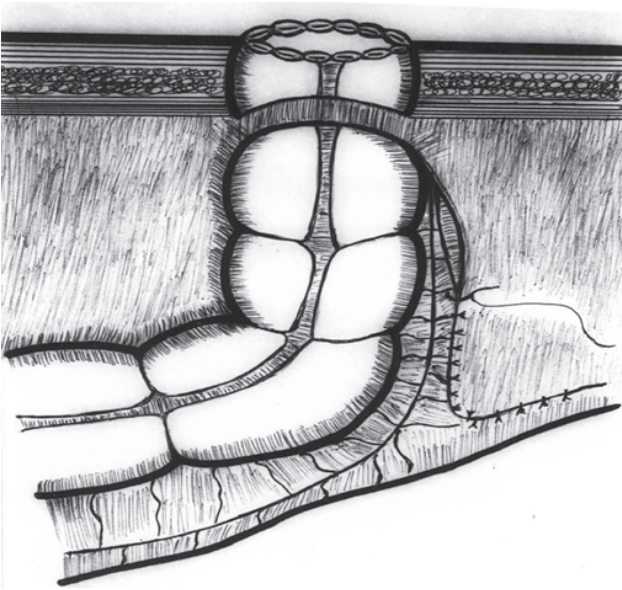


Рис. 4. Схема формирования плоской терминальной колостомы на уровне кожи с применением непрерывных слизисто-кожных швов.

заболеваниями и их осложнениями, позволило нам всем больным выполнить патогенетически обоснованные оперативные вмешательства с удовлетворительными непосредственными результатами. У 92 (92,9%) из 99 больных выполнены первично-радикальные операции с одномоментным восстановлением непрерывности ободочной кишки: правосторонняя гемиколэктомия — у 9, резекция сигмовидной кишки — у 42, левосторонняя гемиколэктомия — у 36, субтотальная колэктомия — у 5. 7 больным применены обструктивные варианты радикальных вмешательств по типу операции Гартмана, впоследствии восстановление толстокишечного пассажа оказалось возможным у 5 из них. В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 19 (19,2%) больных, среди которых преобладали пациенты со стенизирующим раком ободочной кишки (у 13). У всех этих пациентов была III стадия злокачественного процесса. В структуре осложнений несостоятельность швов толстокишечного анастомоза наблюдали у 3 (3%) больных, нагноение послеоперационной раны — у 6 (6,1%), параколостомические гнойно-воспалительные осложнения (абсцессы и флегмоны) — у 10 (10,1%). Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Оптимизация качества подготовки толстой кишки путем совершенствования методики формирования колостомы, способов интра- и послеоперационной декомпрессии и внутрипросветного лаважа является одним из существенных составных элементов комплексной

системы профилактики гнойно-воспалительных осложнений в плановой хирургии ободочной кишки.

2. Применение разработанной системы профилактики позволило снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с 29,4 [2] до 19,2%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулаев Х.Р., Петров В.П., Китаев А.В. и др. Сравнительная оценка качества подготовки толстой кишки к исследованиям и оперативным вмешательствам // Проблемы колопроктологии.—Вып. 19.—М., 2006.—С. 51–55.
2. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения обтурационной непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—Баку, 2000.—50 с.
3. Алиев С.А. Внутривнутрибрюшные гнойно-воспалительные осложнения в хирургии колоректального рака, осложненного непроходимостью и перфорацией ободочной кишки // Проблемы колопроктологии.—Вып. 18.—М., 2002.—С. 294–300.
4. Алиев С.А. Интраоперационная «закрытая» декомпрессия и внутрипросветный лаваж толстой кишки при острой опухолевой обтурационной непроходимости // Там же.—С. 300–305.
5. Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп // Росс. онкол. журн.—2005.—№ 4.—С. 21–29.
6. Бондарь Г.В., Звездин В.П., Ладур А.И. Послеоперационные осложнения и летальность при первично-восстановительных комбинированных резекциях кишечника // Хирургия.—1990.—№ 9.—С. 125–127.
7. Воробьев Г.И., Зикас В.С., Павалькис Д.К. Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям // Хирургия.—1991.—№ 3.—С. 93–95.
8. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Бериашвили З.А. и др. Профилактика гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии // Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Материалы конгресса.—М., 2001.—С. 132–133.
9. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Пехото Г.Г., Лысак М.М. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операции на толстой и прямой кишке // Хирургия.—2002.—№ 7.—С. 47–49.
10. Захарченко А.А., Сухоруков А.М., Штоппель А.Э. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений в колоректальной хирургии // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции.—СПб., 1993.—С. 459–460.
11. Земляной В.П., Рыбкин А.К., Акимов А.П. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при оперативных вмешательствах на толстой кишке // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы конференции.—Ростов н/Д, 2001.—С. 28.
12. Зубрицкий В.Ф., Шашолин М.А., Зязин А.А., Нерсесов Д.В. Предоперационная подготовка кишечника у больных со стенизирующим колоректальным раком // Проблемы колопроктологии.—Вып. 19.—М., 2006.—С. 327–332.
13. Ивановский С.О., Павленко С.Г., Моргоев А.Э., Физулин М.М. Оптимизация предоперационного периода больных колоректальным раком пожилого и старческого возраста // Там же.—С. 332–336.
14. Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Лысак М.М. Комплексная профилактика послеоперационных осложнений при операциях на ободочной кишке // Актуальные проблемы колопроктологии: Научная конференция с международным участием,

- посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии: Тезисы.—М., 2005.—С. 427–429.
15. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Рудин Э.П. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии толстой кишки // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Сборник трудов.—Ростов н/Д, 2005.—С. 351.
16. Коровин А.Я., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К. Комплексное лечение гнойно-септических осложнений острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии // Проблемы колопроктологии.—Вып. 17.—М., 2000.—С. 335–338.
17. Кочмарева Т.В., Евстигнеев С.В., Оганезов В.Л. Комплексный подход к профилактике гнойных осложнений у больных с онкологическим заболеванием толстой кишки после опухолеуносящих операций // Там же.—С. 341–343.
18. Мельник В.М., Пойда А.И. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке // Хирургия.—2003.—№ 8.—С. 69–74.
19. Мохов Е.М., Мурадалиев М.А., Кадыков В.А. Комплексное лечение до- и послеоперационных осложнений у больных с колоректальным раком // Проблемы колопроктологии.—Вып. 18.—М., 2002.—С. 375–377.
20. Мун Н.В., Цой О.Г., Рыскулбеков Е.А., Пироженко О.Л. Послеоперационные осложнения при опухолевой толстокишечной непроходимости // Проблемы колопроктологии.—Вып. 17.—М., 2000.—С. 355–357.
21. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю. и др. Профилактика нарушения кишечного барьера при обтурационной кишечной непроходимости // Третий конгресс Ассоциации хирургов имени Н.И.Пирогова: Материалы.—М., 2001.—С. 145–146.
22. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак. Подготовка толстой кишки к операции.—М: МедЭксперт Пресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003.—136 с.
23. Шапошников А.В., Сидоренко Ю.С., Яровой А.В. Послеоперационные инфекционные осложнения в абдоминальной онкохирургии. Факторы и профилактика // Второй конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова: Материалы.—СПб., 1998.—С. 109–110.
24. Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Наливкин А.И. и др. Интраоперационный кишечный лаваж в лечении обтурирующих опухолей толстой кишки левосторонней локализации // Проблемы колопроктологии.—Вып. 16.—М., 1998.—С. 240–241.
25. Янчук Н.А., Балицкий В.В., Табола Н.М. Бактериальная транслокация и ее роль в возникновении септических осложнений при обтурационной кишечной непроходимости // Проблемы колопроктологии.—Вып. 18.—М., 2002.—С. 507–510.
26. Andivot T., Bail J.P., Chio F. et al. Les complications des colostomies: Suivi de 500 patients colostomisés // Ann. Chir.—1996.—Vol. 50, № 3.—P. 252–257.
27. Arnaud A., Yves P., Danielle T., Jien-Marc R. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: Multivariate analysis of 707 patients // World J. Surg.—2002.—Vol. 26, № 4.—P. 499–502.

Поступила в редакцию 23.04.2008 г.

S.A.Aliev, E.S.Aliev

COMPLEX PROPHYLACTICS OF PYO-INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN OPERATIONS ON THE COLON

The work presents an analysis of results of surgical treatment of 99 patients with stenosing cancer of the colon complicated by obturative obstruction (in 76) and megadolichocolon complicated by colonic stasis (in 23). For prophylaxis of pyo-inflammatory complications a method of intraoperative «closed» decompression and intraluminal irrigation of the colon was developed without a wide dissection of the organ lumen and a new model of an aspiration-washing device was designed for using the method. The method of formation of flat end colostomy was modified. It resulted in decreased frequency of postoperative pyo-inflammatory complications (from 29.4 to 19.2%).