

чаев на 100 тыс населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Т.Д. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006-2008 годы. – Алматы, 2005. – С. 66-74.
- 2 Зарянская В.Г. Онкология для медицинских колледжей. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 332 с.
- 3 Исакова М.Е., Павлова З.В., Брюзгин В.В. Новое направление в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных // Современная онкология. – 2002. – Том 4. – № 3. – С. 28-36.
- 4 Николаев А.В., Лепешкин Г.П. и др. Купирование хронического болевого синдрома у онкологических больных методом пролонгированной эпидуральной анестезии // Актуальные вопросы онкологии. – Кемерово, 1997. – С. 34-135.
- 5 Онкология и терминальная помощь / Под ред. Т.А. Конова, А.Д. Морозова. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 313 с.

УДК 617.12

Б.Ж. Баталов

Восточно-Казахстанский областной онкологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМОЙ

Осы жұмыста автормен колостомасы бар аурулардың онкопроктологиядағы қайта қаппына келтіру операциялары нәтижесіне талдау жасалған. 3 жыл ішінде ШҚ ООД-ның абдоминальді хирургия бөлімінде 15 науқасқа операция жасалған. Осы патологияны емдеу арнайы онкологиялық мекемелерде жүргізіліп, химия-сәулелік терапиямен үйлесімді болғаны абзап.

In given article authors describe results recovers operation in the oncoproctology of the patients with kolostoma. During 3 years in department of abdominal surgery of East Kazakhstan regional oncological dispensary 15 patients were operated. The treatment should be carried out in the specialized oncological establishments and to be combined, including chemioradial therapy.

Разработку восстановительно-реконструктивных операций на толстом и прямом кишечнике можно назвать одним из наиболее новых и необходимых направлений исследований в области колопроктологии.

Наличие колостомы на передней брюшной стенке инвалидизирует больных, причиняя им тяжелые физические и моральные страдания, резко снижая качество жизни. Поэтому восстановление непрерывности толстой кишки приобретает решающее значение для социально-трудовой и моральной реабилитации этого контингента больных, хотя у онкологических больных данный процент остается низким вследствие злокачественного течения процесса, тяжелого состояния, пожилого и старческого возрастного состава онкобольных, появления рецидивов заболевания, метастазов после наложения колостом в отдаленном послеоперационном периоде. Несмотря на вышеизложенное, определенный контингент онкологических больных с третьей клинической группой нуждается в восстано-

Региональный вестник Востока

вительной операции [1, 2].

Важным вопросом является определение четких показаний к восстановительным операциям, а также степени сложности предстоящего вмешательства. Это зависит от вида колостомы, состояния оставшихся отделов толстой кишки, их размеров, особенностей кровоснабжения, функции замыкательного аппарата толстой кишки.

Вторым критерием показаний и противопоказаний является прогнозирование возможных последствий восстановительных вмешательств, вероятности восстановления нормальных функций толстой кишки.

Третий критерий – это общее состояние больных, их способность успешно перенести планируемые хирургические пособия. И четвертое – это реальная оценка технических возможностей хирургов, уровня анестезиологического обеспечения [3, 4].

Успех восстановительных операций в значительной степени определяется выбором оптимального срока для их выполнения. По данным литературы, сроки восстановления проходимости кишечника колеблются от одного месяца до 4-х лет после наложения колостомы и зависят от общего состояния больных, отсутствия рецидивов заболевания, метастазов, наличия периколостомических осложнений, воспалительных процессов в брюшной полости. Двуствольные сигмостомы закрываются не ранее чем через 4-6 месяцев после формирования, а одноствольные колостомы после операции Гартмана – через 10-12 месяцев [5].

Всем больным, которым планируется закрытие колостомы, первоначально проводится тщательное предоперационное обследование (УЗИ брюшной полости, ректороманоскопия, ирригоскопия, рентген-исследование легких, осмотр онкогинеколога и др.) и только при отсутствии рецидива заболевания, метастазов принимается решение к проведению восстановительной операции.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явился анализ проведения восстановительных оперативных вмешательств у больных с колостомой в динамике 2000-2002 гг.

Объект и методы исследования. В динамике 3-х лет нами произведено 15 восстановительных операций онкологическим больным с различными видами колостомы: раком прямой кишки – 1, раком сигмы – 7, раком нисходящего отдела толстой кишки – 6, воспалительным инфильтратом в малом тазу (псевдоопухоль гинекологически) – 1. Все больные были со 2-й стадией патологического процесса – Т 2-3 N0M0 (при отсутствии метастазов).

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследования показал, что у данной категории больных были проведены различные оперативные вмешательства. В таблице дана характеристика типам предшествовавших операций.

Первичные наложения колостомы выполнялись в различных хирургических учреждениях города, в основном по экстренным показаниям в связи с острой кишечной непроходимостью – ОКН раковой этиологии: 7 оперативных вмешательств – в Больнице скорой медицинской помощи – БСМП, 3 – в онкодиспансере, 1 – в областном медицинском объединении – ОМО, 1 – в гинекологическом отделении 1-й городской больницы, а также 3 плановые операции в Восточно-Казахстанском онкологическом диспансере – ВКООД.

Таблица – Виды предшествовавших операции

Тип операции	Абсолютное число, количество
Операция Гартмана	8
Правосторонняя гемиколэктомия + резекция сигмы с илеостомой	1
Трансверзостомия	2
Цекостомия временная	1
2-ствольная сигмостомия	1
Одноствольная сигмостомия	1
Правосторонняя одноствольная колостомия	1
ИТОГО	15

Сроки восстановительных операций, были различными по продолжительности и составили от 1-го до 3-х месяцев – у 5-ти больных; от 3-х до 6-ти месяцев – у 1-го больного; от 6-ти до 9-ти месяцев – у 1-го больного; от 9-ти до 12-ти месяцев – у 1-го больного; от 1-го до 2-х лет – у 5-ти больных; более 3-х лет - у 2-х больных.

Восстановительные операции после операции Гартмана выполнялись у 8-ми больных. Степень технической сложности, выбор метода оперативного вмешательства определялся в основном двумя обстоятельствами – длиной отключенной дистальной части толстой кишки и особенностями функционирующих отделов, выраженности воспалительно-спаечных изменений в малом тазу.

Нами были произведены следующие виды восстановительных операций:

- 6-ти больным при длине отключенной культи более 10-ти см был наложен сигмопрямокишечный анастомоз конец в бок 2-мя рядами узловых швов;
- 2-м больным наложен ободочносигмоанастомоз конец в бок с левосторонней гемиколэктомией;
- в 2-х случаях была ликвидирована трансверзостома с наложением ободочных анастомозов конец в конец, из них в одном случае с левосторонней гемиколэктомией;
- в одном случае произведена операция – передняя резекция прямой кишки с ликвидацией рецидива в области колостомы и рецидива в области культи дистального отрезка прямой кишки;
- в 3-х случаях произведено внебрюшинное устранение колостом: цекастомы, 2-ствольной сигмостомы и трансверзостомы с анастомозом на ободочную кишку конец в конец;
- одному больному произведен илеотрансверзоанастомоз с ликвидацией илеостомы.

Внебрюшинный метод закрытия колостом может быть рекомендован для лечения больных с пристеночной петлевой колостомой, при наличии плоской податливой шпоры, 2-ствольных колостом и отсутствии выраженных рубцовых изменений в окружающих стому тканях (особенно у пожилых больных при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний).

Осложнения имели место у 2-х больных в раннем послеоперационном периоде – у первого больного наблюдалась перфорация культи прямой кишки в об-

ласти анастомоза, местный перитонит, т.к. оставлена слишком длинная культя выше анастомоза. Данному больному была произведена релапаротомия, выведение перфорированной культи в виде противоестественного заднего прохода – ПЕЗП, временная цекастома, дренирование, цекастома ликвидирована через месяц, больной выписан с выздоровлением.

У второго больного была зафиксирована нагноившаяся гематома брюшной полости, была произведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, выздоровление. Летальных случаев среди оперированных больных не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1 У больных с двустольной колостомой при восстановлении толстокишечной проходимости предпочтение следует отдавать внутрибрюшному методу, так как он более радикален и дает меньшее число послеоперационных осложнений.

2 Внебрюшинный метод закрытия стомы может быть рекомендован при неосложненных пристеночных или петлевых колостомах с податливой шпорой и при отсутствии воспалительно-рубцовых изменений в области колостомы.

3 При закрытии колостомы оптимальным сроком восстановительной операции следует считать 9-12 месяцев после наложения колостомы при отсутствии у больных рецидива заболевания, метастазов, при полном стихании воспалительных процессов в малом тазу, общем благополучном состоянии больных, их способности успешно перенести планируемую операцию.

4 Для определения показаний к восстановительной операции после наложения колостомы, всем хирургам, выполняющим подобные операции в экстренном и плановом порядке, при описании протокола операции и выписке этого контингента онкобольных с колостомой обязательно необходимо указывать следующие параметры: отсутствие или наличие метастазов в органах брюшной полости, локализацию и стадию опухоли, длину оставленного дистального отрезка прямой и толстой кишки, по какому способу наложена колостома, так как это имеет важное решающее значение для онкологов при решении вопроса о восстановительной операции.

5 В практической хирургии необходимо тщательно взвешивать технические возможности и степень сложности восстановительных операций на толстом кишечнике. Наиболее сложные из них следует выполнять в специализированных онкопроктологических учреждениях, располагающих опытом первичных и реконструктивно-восстановительных операций в колопроктологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Федоров В.Д., Рудин Э.П., Воробьев Г.И. К вопросу о восстановительно-реконструктивных операциях на толстой кишке. – Благовещенски, 1984. – С. 22-25.

2 Завгородский Л.Г. Восстановление кишечной непрерывности при раке ободочной кишки // Хирургия. – 1983. – № 11. – С. 83-87.

3 Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Ривкин В.Л. и др. Рак прямой кишки. – М.: Медицина, 1987. – С. 24-35.

4 Блохин Н.И. Диагностика и лечение рака ободочной кишки. – М., 1981. – С. 127-153.

5 Султаналиев Г.А., Абдуллаев М.Ш., Ахметжанова Г.А., Боданов У.А. Выбор сроков восстановительных операций у колостомированных больных. – АГИУВ, 2003. – С. 319-320.