

С накоплением опыта повышаются требования к эстетическому результату операции. Хирурги стремятся воссоздать физиологический птоз, подчеркнутую субмаммарную складку (СМС), соответствующую консистенцию, а также, реконструировать сосково-ареолярный комплекс. Прослеживается стремление к достижению эстетической симметрии. С этой целью проводятся вмешательства на контралатеральной молочной железе: редукционная пластика, увеличивающая пластика (аугментация), мастопексия, профилактическая мастэктомия с реконструкцией. В большинстве случаев всё это возможно только при выполнении реконструкции в несколько этапов.

Именно такая тенденция прослеживается и по результатам работы отделения онкологии № 1 Тюменского областного онкологического диспансера.

За 3 года 62 мастэктомии дополнены первичной реконструкцией молочной железы искусственными материалами. В 6 наблюдениях операция выполнялась на обеих молочных железах. У одной пациентки выявлен билатеральный рак, у второй метастаз в контралатеральную железу через 4 года после РМЭ и 1 год после двухэтапной реконструкции. Четыре операции на контралатеральной молочной железе носили профилактический характер, поскольку заболевание оказалось генетически ассоциированным. В 38 наблюдениях реконструкция выполнена в один этап. В 34 случаях использованы перманентные экспандеры «Becker-35» и в 4 эндопротезы анатомической формы.

У 24 пациенток применена двухэтапная реконструкция, когда имплантируемый при мастэктомии тканевый экспандер, заменяется через 6 и более месяцев на постоянный имплант. Ещё 8 пациенткам выполнена отсроченная реконструкция молочной железы через 2-9 лет после РМЭ. В одном случае, в связи с дефицитом тканей в реципиентной зоне, потребовалась комбинированная реконструкция с использованием экспандера и торако - дорзального лоскута. Таким образом, восстановление молочной железы в 2 этапа использовано у 32 больных. 23 из них оперированы за последние 1,5 года. Такой подход позволил в 9 случаях реконструировать СМС и воссоздать естественный птоз молочной железы, пластика соска выполнена у 2 пациенток. Аугментация контралатеральной молочной железы произведена в 18, мастопексия – в 31 случаях.

Таким образом, без учёта мастопексий, выполнено 112 операций. После них отмечено 11 осложнений. В 3 случаях имела место серома с последующим нагноением через 1-5 месяцев после имплантации, экспандеры удалены. В одном наблюдении воспалительный процесс развился вокруг выносного инъекционного порта экспандера – эндопротеза Беккера. Воспаление купировано после удаления порта, сам имплант сохранён. Один перманентный экспандер заменён на эндопротез из-за дефекта в зоне соединения его с портом. Дважды имели место гематомы после подкожной мастэктомии с эндопротезированием в раннем послеоперационном периоде. Выполнены эвакуации гематом, заживление первичным натяжением. Один перманентный экспандер «Becker-35» пришлось заменить на эндопротез ввиду развития выраженной гиперпластической капсулярной контрактуры. Ещё в 3 случаях потребовалось дополнительное дренирование сером, появившихся в раннем послеоперационном периоде вокруг экспандеров Беккера.

Выводы:

1. Многочисленными исследованиями доказано, что реконструктивно - пластические операции не препятствуют онкологическому радикализму лечения и значительно улучшают качество жизни пациенток.

2. В Тюменском ООД продолжается внедрение хирургической реабилитации больных РМЖ, имеется тенденция к достижению её менее травматичными методами.

3. С накоплением опыта повышаются требования к эстетическому результату операции. Именно этим обусловлено увеличение количества реконструкций, выполняемых в несколько этапов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОСОБА КОЛОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

З.М. Тойчугев, И.Г. Гатауллин, И.Р. Агзуллин

РКОД МЗ РТ, г. Казань
Казанская ГМА

Публикации последних лет свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости колоректальным раком в России [1]. Характер и объем оперативного вмешательства при раке прямой кишки зависят от локализации и распространения опухоли, осложнений опухолевого процесса и общего состояния пациентов.

При чисто хирургическом методе лечения 5-летняя выживаемость больных составляет 35-80%. В клинической практике применяют, как правило, два вида операций: резекцию прямой кишки с сохранением замыкательного аппарата и ее экстирпацию. Все известные операции, производимые при раке прямой кишки, на своем завершающем этапе являются естественным продолжением этих двух основных вариантов хирургического вмешательства.

Формирование противоестественного заднего прохода для больных всегда является тяжелой психологической травмой, с которой не могут справиться многие из них в течение всей последующей жизни [4].

По данным некоторых авторов около 30-35% больных раком прямой кишки отказываются от операции из-за возможного наложения колостомы на передней брюшной стенке из-за большого количества параколостомических осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде [3]. В связи с этим внимание многих исследователей привлекла возможность формирования колостомы различными способами для минимизации осложнений.

Ввиду отсутствия полной статистической базы данных по стомированным инвалидам путем расчета на основе эмпирических данных ожидаемое число может составлять около 120000-140000 человек. Процент стомированных людей в регионе от общего числа населения данного региона составляет от 0,05% до 0,1% [2].

Цель исследования: это снижение количества параколостомических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного её отдела.

Материал и методы.

Работа основывается на ретроспективными анализами результатов хирургического лечения 151 больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки. У всех пациентов состояние осложнялось сопутствующими соматическими заболеваниями и избыточной массой тела ($ИМТ > 25 \text{ кг/м}^2$). Больные находились на лечении в ГАУЗ Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ (г. Казань) с 2005 по 2012 год. Всем больным выполнено оперативное лечение в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием постоянной концевой колостомы.

Нашу группу из 151 больного составили 64 (42,38%) мужчин и 87 (57,61%) женщины. Из

151 больного, 144 (95,36%) получили предоперационную лучевую терапию (из них 32 больных – дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 2 Гр до суммарной очаговой дозы 38-42 Гр; и 112 пациентов – среднефракционную дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 5 Гр до суммарной очаговой дозы 25 Гр. У остальных пациентов имелись противопоказания для проведения лучевой терапии: наличие распадающейся опухоли, кровотечение из опухоли и острая кишечная непроходимость

У 80 (52,98%) больных была II стадия опухолевого процесса ($T_{3-4}N_{0-3}M_0$), у 47 (31,12%) – III стадия ($T_{1-4}N_{1-3}M_0$). Больных с I стадией ($T_{1-2}N_0M_0$) было 18 (11,9%), с IV стадией ($T_{1-4}N_{0-3}M_1$) – 6 (3,97%).

По морфологическому строению опухоли преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки у 120 больных. Недифференцированный рак выявлен у 29 больных. Меланомы прямой кишки у 2 пациентов.

В 1-ю группу (контрольную) включен 101 больной, которым после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки накладывали колостому классическим способом по общепринятой методике, которая заключается в послойном подшивании выводимой кишки к передней брюшной стенке.

К 2-й группе (основной) включено 50 пациентов, которым на конечном этапе операции была сформирована колостома с использованием аллопластического материала.

Методика предполагаемого способа наложения колостомы («Способ концевой колостомии») Авторское свидетельство на изобретения №2011150016\14 (075110 от 06.09.2012) состоит в следующем. После выполнения основного этапа брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки в левой подвздошной области живота формируем тоннель для выведения стомы. Мобилизованный участок ободочной кишки выводим через тоннель. Далее со стороны брюшной полости отдельными швами к стоме подшиваем полипропиленовую сетку «Пролон», создавая манжетку на внутрибрюшной части выведенной кишки. Полоски сетки фиксируем узловыми швами по окружности колостомической раны к париетальной брюшине со стороны брюшной полости. Противопоказанием к применению данного способа колостомии является наличие инфицированного выпота в брюшной полости.

Результаты и обсуждение.

Ранние послеоперационные осложнения в области концевой колостомы у больных кон-

трольной группы наблюдались в 19 (18,81%) случаях. Наиболее грозными из них явились заворот тонкой кишки вокруг выведенной стомы ($n=1$), ретракция стомы ($n=2$), некроз стенки выведенной кишки ($n=2$) и перфорация стенки кишки ($n=1$). Все эти осложнения потребовали повторного оперативного лечения, летальных исходов не было.

В основной группе в ранние сроки общее количество параколомических осложнений составило 7 (14%) которые не были связаны с предложенной методикой наложения колостомы.

При изучении отдаленных результатов контрольной группы было отмечено возникновение 14 (13,86%) осложнений в области колостомы у 101 оперированных больных, прослеженные в сроки от 3 месяцев до 5 лет после радикального вмешательства. Наибольший удельный вес в структуре осложнений после выписки имели следующие: параколомические грыжи – 7 (6,9%), выпадение кишки (пролапс) – 4 (3,9%). В основной группе поздних осложнений не наблюдали.

Выводы. Применение разработанного способа колостомии привело не только к существенному улучшению непосредственных результатов лечения, и достоверному сокращению числа ранних и поздних параколомических осложнений по сравнению с традиционными методами. Это создает реальные предпосылки для полноценной реабилитации радикально оперированных больных раком прямой кишки у больных сопутствующими заболеваниями и избыточной массой тела.

Все вышеизложенное дает основание считать разработанную методику и технику формирования постоянной колостомы, методом выбора при выполнении радикальных хирургических вмешательств по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2011. – Т. 22, №3 (85), (прил. 1).
2. Реабилитация – компонент устойчивого развития общества // Материалы Всероссийской конференции 4-5 июня 2002 г. – М.: МГУ сервис, 2002. – С. 188.
3. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е., Суханов В.Г. Проблемы реабилитации: Социальный и медицинский аспекты // Социальная политика и социология. -2006. - № 4. - С. 54-61.
4. Суханов В.Г. О необходимости инновационного подхода к реабилитации стомированных больных // Сборник материалов науч.-практ. конф. Медицинская реабилитация в колопроктологии. – Ставрополь, 2012. – С. 193-197.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИКАРБАМИНА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Д. Ткачук

Тюменский ООД

Применение противоопухолевой химиотерапии часто сопровождается побочными реакциями. Химиопрепараты в первую очередь повреждают быстро обновляющиеся клетки пищеварительного тракта, костного мозга, волосных фолликулов и пр. Кроме этого, противоопухолевые препараты способны повреждать практически все нормальные ткани организма.

Наиболее встречаемые осложнения: гастроинтестинальные (до 90%), гематологические (85-90%), реже гепатонейротропные (40-50%), кардиоваскулярные, повреждение респираторной и нервно-мышечной систем (20-25%). Токсическое действие химиопрепаратов на костный мозг является наиболее частым побочным эффектом химиотерапии и проявляется угнетением всех ростков кроветворения. Особенно часто повреждаются клетки-родоначальники лейкоцитов и тромбоцитов и реже клетки, ответственные за развитие эритроцитов. К факторам риска развития токсического действия химиопрепаратов на костный мозг относятся: предшествующая химио- и лучевая терапия, возраст больных старше 60 лет (большая часть пациентов) и моложе 1 года, тяжелое общее состояние больного, истощение. Угнетение кроветворения отмечается обычно в ближайшие дни после назначения химиотерапии эффект (на 7-12 дни). Развитие цитопенических состояний приводит к необходимости снижения дозы цитостатиков или увеличению интервалов между курсами, что негативно сказывается на результатах лечения.

Для устранения негативных последствий цитопенических состояний был создан препарат Дикарбамин, зарегистрированный Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения МЗиСР РФ 10 мая 2008 г. (рег. №ЛСР-003762/08) и рекомендованный для практического применения.

Важные для онкологической практики свойства дикарбамина это снижение апоптоза и индукция дифференцировки гемопоэтических