**Єфимочкин Олег Євгенович. Відновлення товстої кишки у колостомованих хворих при злоякісних пухлинах: дисертація канд. мед. наук: 14.01.07 / Донецький держ. медичний ун- т ім. М.Горького. - Донецьк, 2003**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Єфимочкин О.Є. Відновлення товстої кишки у колостомованих хворих при злоякісних пухлинах. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.07 – онкологія. – Донецький державний медичний університет ім.М.Горького, Донецьк, 2003.  Дисертація присвячена проблемі розширення показань до виконання сфінктерозберігаючих операцій у хворих на рак прямої кишки, зокрема, після раніше накладених колостом і при несприятливих анатомічних факторах для формування товстокишкового трансплантата.  Застосування розроблених способів хірургічних втручань дозволило виконати у 60 хворих, яким раніше були накладені колостоми, первинно-видновні операції у 84,6% випадків. Післяопераційна летальність склала 3,0%. П’ятирічне виживання склало 64,7+7,8%, середня тривалість життя 4,7+2,3 роки. Оцінка якості життя пацієнтів, які були оперовані повторно, після раніше виконаних у загальнолікувальній мережі операцій, виявила, що більшість пацієнтів почувала себе задовільно.  Застосування розробленої тактики у 182 хворих з несприятливими для формування товстокишкового трансплантата факторами, дозволило виконати сфінктерозберігаючи операції у  16  більшості пацієнтів. Післяопераційні ускладнення відзначені у 53 (29,1%) хворих, летальність склала 3,8%. Частота некрозу зведеної кишки склала 2,8%. П’ятирічне виживання склало 66,7+5,1%, середня тривалість життя 4,2+1,5 роки. | |
| |  | | --- | | Дослідження присвячене актуальній проблемі сучасної онкології - лікуванню хворих на рак прямої кишки, у яких раніше були виконані симптоматичні хірургічні втручання, а також у пацієнтів з короткою брижею сигмовидної кишки і/або несприятливими анатомічними факторами для формування товсто-кишкового трансплантата, які спостерігаються у 18,7% спостережень. При цьому були сформульовані основні положення, розроблені способи оперативних втручань і тактика хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів.   1. Найчастішими причинами виконання симптоматичних операцій у загально-лікувальній мережі є кишкова непрохідність (60,0%) (47,4%<d<d<d<d<d<="" p=""></d 2. У хворих на рак прямої кишки раніше виконані цекостомії і трансверзостомії істотно не ускладнюють виконання у подальшому сфінктерозберігальних операцій. У пацієнтів з раком прямої кишки, яким раніше виконані сигмостомії, доцільно використовувати розроблені способи операцій, які дозволяють виконувати сфінктерозберігальні операції без істотного поширення обсягу хірургічного втручання.   11   1. У хворих з раком ректосигмоїдного відділу прямої кишки, яким раніше виконано сигмостомії, доцільно виконувати проксимальну резекцію прямої кишки з низведенням ділянки кишки, яка несе стому, за розробленою методикою. У пацієнтів з раком середньо- і нижньоампулярного відділів прямої кишки, яким раніше виконано сигмостомії, необхідно виконувати черевно-анальну резекцію прямої кишки з низведенням ділянки кишки, яка несе стому, за розробленою методикою. У хворих з раком ректосигмоїдного відділу прямої кишки з раніше сформованими колостомами на низхідній кишці, доцільно застосовувати розроблений спосіб внутрішньочеревної резекції з одночасною ліквідацією колостоми. 2. Розроблені способи сфінктерозберігальних операцій у пацієнтів після раніше виконаних симптоматичних хірургічних втручань дозволяють виконувати функціонально повноцінні операції у 84,6% випадків, з післяопераційною летальністю у 3,0%. При цьому п’ятирічна виживаність становить 64,7+7,8%. 3. При виконанні резекцій прямої кишки з низведенням ободової на промежину у 18,7% випадків наявні технічні проблеми при формуванні трансплантата з ободової кишки. З них розсипний тип будови судин брижі сигмоподібної кишки спостерігається у 19,8% випадків, поєднання розсипного типу будови судин з короткою брижею сигмоподібної кишки - у 50,5%, поєднання короткої брижі сигмоподібної кишки з короткою нижньою брижовою веною у хворих з розсипним типом будови судин брижі - у 29,7%. 4. При розсипному типі кровопостачання судин розроблений нами спосіб формування крайової судини дозволяє одержати життєздатний трансплантат достатньої для низведення довжини при мінімальній частоті некрозу низведеної кишки - 2,8%(0,0%<d<d<d<13,1%).<="" p=""></d 5. При використанні розробленого комплексу заходів у пацієнтів з короткою брижею сигмовидної   12  кишки і/або несприятливими анатомічними факторами для формування товсто-кишкового трансплантата п’ятирічна виживаність склала 66,7+5,1%.   1. Розроблені способи хірургічних втручань і технічних прийомів дозволили забезпечити задовільну якість життя у 65,6% раніше стомованих хворих і 78,3% пацієнтів з несприятливими анатомічними факторами для формування товстокишкового трансплантата, а їх технічна простота забезпечила їх широке впровадження у практичну охорону здоров’я. | |