

DÜZ BAĞIRSAĞIN BƏD XASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİNDƏ İCRA EDİLMİŞ ÖN VƏ AŞAĞI ÖN REZEKSİYA ƏMƏLİYYATLARI ZAMANI QOYULMUŞ STOMALARLA BAĞLI MEYDANA ÇIXAN AĞIRLAŞMALAR

E.H. Əzimov

Azərbaycan Tibb Universiteti, I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı

Açar sözlər: düz bağırsağ, düz bağırsağın xərçəngi, stoma, ön və aşağı ön rezeksiya, stoma ağırlaşmaları

Ключевые слова: прямая кишка, рак прямой кишки, стома, передняя и нижне-передняя резекция, и осложнения стомы

Keywords: rectum, rectal cancer, stoma, front and nihne-anterior resection, stoma complications

Düz bağırsağın bədxassəli törəmələrində icra edilən ön və aşağı ön rezeksiya və müvafiq anastomozların qoyulmasından sonra həyata keçirilən loop ileostomiya əməliyyatlarının həyati vacib əhəmiyyət daşıması heç kimdə şübhə doğurmur [1,2,3].

Stomalar qoyulmuş xəstələrdə stoma ilə əlaqədar baş vermiş ağırlaşmalar bəzən təhlükəli olur və təkrar əməliyyatlara, uzun müddətli çox böyük zəhmət tələb edən müalicəyə ehtiyac yaradır. Del Pinore və əməkdaşlarının apardığı tədqiqatlar zamanı təcili cərrahi durumlarda açılmış stomaların daha çox ağırlaşmalar törətdiyi müəyyən edilmişdir [1]. Ədəbiyyat araşdırması ileostomaların daha çox ağırlaşmaya yol açdığını göstərir [4,5]. Stoma ilə bağlı ağırlaşmaların 10-60% arasında olduğu qeyd edilir [6]. Tədqiqatlar bədxassəli proseslə stoma ağırlaşması arasında əlaqənin olmadığını göstərir [7,8]. Ədəbiyyat araşdırmaları ileostomaların kolostomalara nisbətən daha çox ağırlaşmalara yol açdığını göstərir [9,10,11]. Stomalarla bağlı ağırlaşma sayı çoxdur. Biz yalnız praktik fəaliyyətimiz zamanı müşahidə etdiyimiz ağırlaşmaları (işemiya, nekroz, ayrılma, prolaps, eroziya) araşdırmışıq. Mümkün olan hallarda müalicə məsələlərinə toxunmuşuq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın obyektini düz bağırsağın müxtəlif şöbələrində adenokarsinoması qeyd edərək ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatı keçirmiş 75 xəstə təşkil etmişdir. Bu xəstələrin 42-də aşağı ön 33-də ön rezeksiya, əməliyyatların 17-si loporoskopik yolla, 58-də isə açıq üsulla həyata keçirilmişdir. Ön rezeksiya həyata keçirilmiş xəstələrin heç birində əməliyyatdan əvvəl radioterapiya aparılmamışdır. Aşağı ön rezeksiya aparılmış xəstələr 2 qrupa bölünmüşlər: 1) Total mezorektumektomiya edilmiş xəstələr 2) Parsial mezorektumektomiya icra edilmiş xəstələr. Törəmə peritoneal büküşün altında yerləşən bütün hallarda total mezorektumektomiya həyata keçirilmişdir (42 xəstə). Peritoneal büküşün həmən üstündə (T2 və T3 mərhələsində olan) törəmələrdə parsial mezorektumektomiya həyata keçirilmişdir (33 xəstə). Bəzi xəstələrdə əməliyyatdan əvvəlki dövrdə törəmənin peritoneal büküşün həmən üstündə olmasını müəyyən etmək mümkün olmamışdır. Odur ki, peritoneal büküşün üzərində və altında olan xəstələrdə T3 və T4 törəmələrində əməliyyatdan əvvəl gündəlik 2-5 Qr. olmaqla 20-25 gün ərzində radioterapiya, o cümlədən kimya terapiya (5-ftorurasil) aparılmışdır. Müalicələrdən 1 ay sonra xəstələr üzərində radikal cərrahi müdaxilələr aparılmışdır. Radioterapiya aparılmış bütün xəstələrdə yanaşı olaraq ikilüləli ileostoma qoyulmuşdur. T1 və T2 kimi qiymətləndirilən hallarda radioterapiya aparılmamışdır.

Cədvəl 1

Stoma ağırlaşmaları (n=36)

Stoma ağırlaşmaları	Erkən ağırlaşmalar	Gecikmiş ağırlaşmalar
1.Qızartı	27.(75%)	-
2.Ayrılma	6.(16.7%)	-
3.Nekroz və işemiya	10 (27.8%)	-
4.Prolaps	-	3 (8.3%)
5.Parastomal	-	4 (11.1%)

Müşahidəmiz altında olan 75 xəstədən 30-da (40%) ilk 3 il ərzində residiv qeydə alınmışdır. Digər xəstələr üzərində müşahidələrimiz davam edir. Radioterapiya aparılaraq üzərində desenda rektostomoz qoyulmuş bütün xəstələrdə və anastomozun tamlığına şübhəli hallarda əməliyyatlar ikilüləli ileostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmışdır (cəmi 36 xəstə). Bu xəstələrin 27-i aşağı ön 9-u isə ön rezeksiya əməliyyatına məruz qalmışlar.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. Tədqiqatın gedişində stomanın ayrılması, işemiya və nekrozu, prolapsusu, qızartıların və parastomal yırtıqların əmələ gəlmə səbəbləri araşdırılmış, müalicə taktikası

müəyyən edilməyə çalışılmışdır (cədvəl 1). Bütün ağırlaşma hallarında dəri qızartıları bu və ya digər dərəcədə müşahidə edilmiş və ayrılıqda qeyd edilmişdir. Stoma qoyulmuş xəstələrin 18-də (50%) yuxarıda göstərilən ağırlaşmalar qeyd alınmışdır. Cüzi dəyişikliklər (yüngül qızartılar, cüzi kənarı nekrozlar, yüngül (peristomal iltihabi dəyişikliklər) nəzərə alınmamışdır. Müşahidəmiz altında olan 27 xəstədə (75%) bu və ya digər formada qızartı, nəmlilik, sıyılma, rəng dəyişikliyi, ekzema kimi dəri əlamətləri müşahidə edilmişdir. Biz ileostomalardan sonra stomanın qarın boşluğuna retraksiyasını müşahidə etməmişik. Stomanın stenozunu isə 1 halda müşahidə etmişik (2.7%). Ədəbiyyatda bu rəqəm 5-7% arasındadır [1.9]. Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən birində (2.7%) stoma ətrafından profuz qanaxma müşahidə edilmişdir. Qanaxma stoma ətrafına tikişlər qoyularaq saxlanmış və xəstəyə qan 300ml, plazma 200ml. köçürülmüş, əlavə hemostatik müalicə (aminkopron turşusu100ml.ə/d, disinon 30ə/d) aparılmışdır. Bu xəstədə ileostoma təhlükəli olmuşdur. Hesab edirik ki, ikilüləli ileostomalara nisbətən təklüləli ileostomalarda qanaxma riski yüksəkdir. Bu halın baş verməsi bağırsağın tam olaraq kəsilməsi və müsəriqə kənarına yaxın selikaltı qışada koterizasiya olunmuş damarlardan hər an qamaxma riskinin olması ilə bağlıdır. Müşahidəmiz altında olan 6 xəstədə (16.7%) mukokutanoz ayrılma qeyd edilmişdir. Mukokutanoz ayrılma 5 xəstədə səthi, 1 xəstədə isə dərin olaraq qiymətləndirilmişdir. Dərin ayrılma zamanı peritona kimi dərin yara aşkar edilmişdir. Qeyd olunan xəstədə yanaşı olaraq şəkərli diabet və yuxarı yaş həddi aşkarlanmışdır. Qalan 5 xəstədə isə ayrılma səthi xarakter daşmışdır. Bu xəstələrin hamısında stoma iki mərtəbəli olaraq kapron sapla tikilərək yaradılmışdır. Ayrılma ağırlaşmaları müşahidələrimizin ilk vaxtlarında rast gəlinmişdir. Hesab etdik ki, heç bir halda stoma ətrafına sorulmayan tikişlər qoyulmamalıdır. Digər stomaların hamsı 2\0 vikril tikişlərlə bir mərtəbəli olaraq Brooke və Turnbull üsulu ilə yaradılmışlar. Biz ikilüləli ileostomalarda bağırsağ fragmentinin qarın boşluğuna retraksiyasının qarşısını almaq üçün ikilüləli Turnbull əməliyyatının slikon boru ilə dəstəklənməsinin tərəfdarıyıq. Dəstəkləyici sistemin 10-cu gündə çıxarılması ədəbiyyatda vurğulanmışdır. [3,7] Biz bu dəstəkləyici slikon borular növbəti əməliyyata kimi (6-8 həftə) saxlanmasını məqsədəuyğun hesab edirik. Stomaların bu cür borularla dəstəklənməsi gec dövəmdə (2 həftədən sonra) bağırsağ prolapsının qarşısını alır. Biz boruların uzun müddət qalması ilə əlaqədar (cüzi yerli iltihab) ciddi ağırlaşma qeyd etmədik. Xəstələrlə söhbətlər zamanı bu cür dəstəkləyicilərin stoma torbalarını daha etibarlı fiksasiyasına kömək etdiyi aydınlaşmışdır. Mukokutanoz ayrılmada dəstəkləyici boru bağırsağın içəriyə retraksiyasının qarşısını alır. Bu xəstələrin heç birində cərrahi müdaxilə aparılmamış, ayrılma infeksiyalaşmış yara kimi müalicə olunmuşdur. Digər ayrılma (səthi) qeyd edilmiş xəstələr əməliyyatdan əvvəl radio kimyaterapiya almış xəstələr olmuşdur. Hesab edirik ki, düzgün tikiş materiallarında istifadə etməmək, yuxarı yaş, şəkərli diabet, radio kimya terapiya, stomanın düzgün yaradılmaması mukokutanoz ayrılmanın başlıca səbəbləridir (Şəkil 1).

Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən 10-da (27.8%) stomanın işemiya və nekrozu qeyd alınmışdır. Normalda stoma ağız içi rəngdə olmalıdır. Bu xəstələrdən 3-də nekroz hissəvi olmuş 1-də isə dərin olmuşdur.



Şək.1. Mukokutanoz ayrılma

2-də isə nekroz kənarı olmuşdur. 4 pasiyentdə isə bu və ya digər formada işemiya qeyd alınmış. İsti fizioloji məhlulə stoma isladılmış və işemiya əlamətləri öz-özünə keçib getmişdir. Hesab edirik ki, işemiyanın başlıca 2 səbəbi var: 1) həddən artıq skletizasiya, 2) stoma dəliyində sıyılma

Öz-özünə işemiyanın keçib getməsi venoz işemiyanın olduğunu göstərir. Hər 24-72 saat ərzində stomanın ciddi müşahidə edilməsi 4 xəstədə stomanın əvvəl tündləşməsi və daha sonra mavi rəngə

boyandığını aşkar etdik. Bu mərhələdə aparılan tədbirlər stomaların tədricən əvvəlki vəziyyətinə (təxminən 48 saat ərzində) qayıtmasına səbəb olmuş (işemiya keçib getmişdir). 3 xəstədə işemiya dərinləşmiş, nekroz və stomanın hissəvi olaraq qopmasına səbəb olmuşdur. Bu xəstələrdə nekrotik toxuma ayrıldıqdan sonra stoma dəri səviyyəsində qalmışdır. 1 xəstədə isə nekroz aponevroza kimi davam etmişdir (dərini nekroz), (şəkil 2).



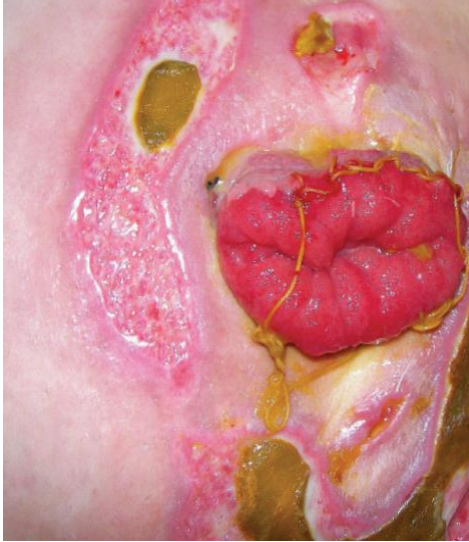
Şək. 2. Stomanın nekrozu

Bu xəstə ciddi yataq rejimi və nəzarət aparılmış heç bir halda təkrari cərrahi müdaxilə aparılmamışdır. 2 xəstədə isə stomanın bir hissəsi nekroza uğrayaraq (kənarı nekroz) qopmuşdur. Stomanın tam qaralması hər zaman təcili cərrahi müdaxilə tələb edən ağırlaşma hesab edilməlidir. Əgər nekroz aponarozun altına keçmişsə, peritonit baş verməzdən qabaq stoma yenilənməlidir (müşahidəmizdə biz bu halla rastlaşmadıq). Tam nekroz baş vermiş xəstələrin hamsı təklüləli stomalar olmuşdur. Ədəbiyyat məlumatlarında da bu fikir öz təsdiqini tapmışdır [79]. Dərini nekroz baş vermiş xəstələrin hamsı düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində təcili qaydada (Hartman əməliyyatı) əməliyyat zamanı qoyulmuş siqmostomalar olmuşdur. Siqmostoma qoyulmuş xəstələrin izlənməsi davam edir. Bu xəstələr son 1 ildə əməliyyat etdiyimiz xəstələrdir. Bunun əsas səbəbi düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində limfadiisseksiya zamanı aşağı musariqə arteriyası və onun şaxəli olan a.colica simistanın bağlanmasıdır. Bəzi xəstələrdə (arterioskleroz, şəkərli diabet) kənarı arteriyaların bağırsağ ucunun qanlanması üçün kifayət etməməsi deyilən ağırlaşmaya gətirib çıxarır. Hesab edirik ki, stoma ucunun həddən artıq sərbəstləşdirməməklə, stoma dəliyini çox dar qoymamaqla, ödəmli stoma ətrafına çox sıx torba yerləşdirməməklə, stoma yaradılan zaman tişləri çox gərgin qoymamaqla stomaların nekrozundan qaçmaq olar. Stoma ətrafında dəridə müşahidə olunan müxtəlif formada dəri qızartıları ən çox müşahidə olunan ağırlaşmalardır (75%). Müşahidəmiz altında olan xəstələrdə kiçik nöqtəşəkilli qızartılardan tutmuş geniş ekzemalara (suluqlarla) kimi müxtəlif zədələnmələr aşkar edilmişdir. Bəzən stoma ətrafında olan bu dəyişikliklər həkimdən səbirli və davamlı müalicə aparmağı tələb edir. Stoma yerinin düzgün seçilməməsi, yalnız stoma texnikası, xəstədə yanaşı olaraq psoriasis, atopik dermatitin mövcudluğu, dəridə olan çapıq (məsələn appendektomiya çapığı və s.) stoma torbasının uyğun yerləşdirilməməsi səbəbindən dəriyə bağırsağ möhtəviyyatının sızması dəri qızartılarının yaranmasına şərait yaradan başlıca faktorlardır (Şək. 3).

Hesab edirik ki, stoma ətrafının ciddi şəkildə təmizlənməsi, stomanın ölçüsünə və tipinə uyğun torbanın yerləşdirilməsi, kolostomik torbanın dəriyə hermetik olaraq yerləşdirilməsi və vaxtında qoruyucu kremlər və lasyonlardan istifadə dəri qızartılarının qarşısını almağa kömək edir. Biz qızartıları önləmək üçün adapt və coloplast preparatlarından davamlı şəkildə istifadə edirik. Xəstələrə əməliyyatdan əvvəl stoma haqqında maarifləndirilməsi, stomaya düzgün qulluq qaydalarının öyrədilməsi, hər bir stomalı xəstəyə-maarifləndirici proşuraların verilməsi dəri problemlərinin qarşısını almağa kömək edən vacib məsələlərdəndir. Müşahidəmiz altında olan xəstələrin 3-də (8.3%) prolapsus qeydə alınmışdır. İkilüləli ileostomalı xəstələrdə qeydə alınmış bu ağırlaşma 1-ci xəstədə əməliyyatdan sonra 10-cu gündən qalan 2 xəstədə isə 3-cü həftədən sonra meydana çıxmışdır (Şək.4).

Prolapsus əvvəl selikli qişanın kiçik qabarması şəklində, daha sonra isə sallanma şəklində özünü göstərmişdir. Prolaps proksimal ilgəyin qabarması şəklində olmuşdur (distal ilgəyin qabarmasını müşahidə etməmişik). Ədəbiyyatda distal üçün prolapsus haqda məlumatlar var [33]. Müşahidəmiz altında olan 2

xəstədə yuxarı yaş, 1-də isə əməliyyatdan sonra davamlı öskürək qeydə alınmışdır. Hesab edirik ki, qarın divarının zəifliyi, yuxarı yaş, qarındaxili təziqi artırən səbəblərin (qəbizlik, öskürək, ağır qaldırma, ağır idman, çətin sidiyə getmə) mövcudluğu prolapsusun əmələ gəlməsini şərtləndirən başlıca səbəblərdir. Biz heç bir halda prolapsusda cərrahi müdaxilə aparmamışıq. Hər 3 halda stomanın bağlanması əməliyyat zamanı bağırsağ ucları rezeksiya olunaraq 2 halda yan-yan 1 halda isə uc-uca tipli anastomoz qoyulmuşdur. Əgər stomanın uzun müddət bağlanması nəzərdə tutulmuşsa o zaman həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədilə bağırsağ seqmentinin rezeksiyası dəri- mukoza sərhədlərinin yenidən tikilməsi mümkündür [3,7].



Şək. 3. Stoma ətrafında qızartılar



Şək. 4. Stomanın prolapsusu

Müşahidəmiz altında olan xəstələrin 4-də (11.1%) parastomol yırtıq qeydə alınmışdır. Parastomol yırtıqlar bağırsağ keçməzliyi və stranqulyasiya kimi ağırlaşma ilə nəticələnmə bildiyindən önəmlidir. Müşahidəmiz altında olan 3- də parastomol yırtıqla bağlı ağırlaşma qeyd edilmədiyindən tamamlayıcı əməliyyatdan öncə plastika edilməmişdir. Hər üç halda ileostomanın bağlanması zamanı birincili tikişlərlə yırtıqlar ləğv edilmiş, residiv qeydə alınmamışdır. 1 xəstə isə parastomol yırtıqla yaşamına davam etmiş, xəstədə 8-ci ayda düz bağırsağ xərçənginin lokal residivi müşahidə edilmişdir (hal-hazırda xəstə kimyaterapiya müalicəsi alır). Pasiyentdə yanaşı olaraq venral yırtıq da qeydə alınmışdır (Şək. 4). Biz parastomol yırtıqlar zamanı tamamlayıcı əməliyyata kimi gözləmə taktikasının seçilməsini məqsədəuyğun hesab edirik. Hesab edirik ki, parastomol yırtıqların əmələ gəlməsində aponevrozda olan dəliyin həddən artıq geniş olması, çəkinin artması, yuxarı yaş, şəkərli diabet, qarın qarın divarı zəifliyə, qarın daxili təziqin artması (xroniki öskürək, çətin sidiyə getmə), radiokimyaterapiya, parastomol iltihablaşma, qidalanma pozğuluqları (yetərinə vitamin və digər maddələrin alınmaması) xüsusi rol oynayır. Xüsusilə parastomol yırtığın əmələ gəlməsi yüksək riskli xəstələrdə yaxından müşahidə olunur, yuxarı tənəffüs yolları xəstəliklərinin vaxtında aşkar edərək müalicəsi, öskürək zaman əl ilə stoma nahiyəsinin qorunması bu cür yırtığın əmələ gəlməsini önləyən vacib faktorlardır. Ədəbiyyatda kiçik yırtıqların ləğv edilməsi yerli toxumalardan istifadə, böyük yırtıqların ləğvində isə sintetik torların (prolen, marlex, goretex, və s.) həm açıq həm də laporoskopik yerləşdirilməsi haqda kifayət qədər məlumatlar var [9,8].

Beləliklə, düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində stomaların qoyulması həm anastomozları qorumaq baxımından həm təcili əməliyyat zamanı xəstələrin həyatlarını qurtarmaq baxımından önəmli və əvəzolunmaz bir üsuldur. Odur ki, stomalarla bağlı ağırlaşmaların vaxtında sezilməsi və taktiki yanaşma üsulları koloproktologiya ilə məşğul olan hər bir cərrahın bilməsi olduqca vacibdir.

Nəticə: 1. Düz bağırsağın xoş və bəd xassəli törəmələrində icra edilən ön və sağ rezeksiya əməliyyatlarından sonra ikilüləli ileostomanın qoyulması çoxtəhlükəli olan anastomoz tikişlərin tutmazlığının qarşısının alınmasında vacib proseduradır. 2. Stomalardan sonra ağırlaşmaların qarşısının alınmasında maarifləndirici proşurlərlə xəstənin təmin olunması və pasiyentlərlə söhbətlərin edilməsi çox önəmlidir. 3. Stomalarla bağlı ağırlaşmaların vaxtında sezilməsi müvafiq müalicə tədbirlərinin aparılmasını (dəri qızartılarından adapt və coloprosta istifadəsi, stoma qanaxmaların ilkin kontrol edilməsi, daimi stoması olan xəstələrdə parastomol yırtıqların cərrahi yolla müalicəsi, dəri nekrozlarda təcili cərrahi müalicə) tövsiyyə edirik. 4. Stoma qoyulmuş xəstələrdə müxtəlif formalı qızartıların əmələ gəlmə ehtimalı

75%, ayrılmaların əmələ gəlmə tezliyi 16.7%, nekroz və işemiya meydana çıxma ehtimalı 27.8%, prolaps parastomol yırtığın əmələ gəlmə təziyi isə müvafiq olaraq 8,3% və 11.2%-dir.

ƏDƏBİYYAT

1. Del Pino A., Cintron J.R., Orsay C.P. et al. Enterostomal complications: are emergently created enterstomas at. Greater risk? // Am Surg., 1997, N3, p. 653-656.
2. Köckerling F., Parth R., Meisner M. et al. Ileostomie-Koecalfistel-Kkolostomie-Welches ist das geeingnetste vorgeschaltete stuhlablungsverfahren unter Berücksichtigung von Angle, Funktion, komplikationen und Rück Verlagerung? // Zenalb Chir., 1997, N 12, p.34-38.
3. Goosten A.W., Geelgerken R.H., Hermans J. et al. Temporary decompression of loop ileostomy and colostomy // Br. J. Surg., 1998, N85, p76-79.
4. Duchesne J.C., Wang Y.Z. Weintranb. Sh etall. Stoma complications; a multivariate analysis // Am. Surg., 2002, N 68, p961-966
5. Porter J.A., Solvati P.A., Rubin R.J. Eisenstol T.E. Complications of Colostomics Dis. Colon Rectum 1998, N32, p. 299-303.
6. Rullier E., Hheb Toux N., Haurent C. et al. Hoopilestomy versus loop. Colostomy for defunctioning loü anastomoses during rectol cancer surgery //World J Surg., 2001, N25, p.274-278.
7. Bayer J.A new approach to primary strengthening of colostomy with Morlex mesh to prevent para colostomy Hernia // Surg Cynecol Obstet, 1986, N168, p.579-580.
8. Catoldo P.A. Ostomy Complications. American college of Surgeons / 85 Annual Clinical Congress. San Francisco, 1999, p.10-15.
9. Karadağ A., Menten B., Üner A. Et all. İmpact of Stomatherapy on quality of life With permanent. Colostomics or ileostomies // İNT. JColorectal Dis., 2003, N 18, p.234-238.
10. Tooth P.E. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer // Seminars in Oncology Nursing, 2006, N22, p174-177
11. Tüzer H. Abdominal stomali hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeyleri. GÜ sađlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Proqramı Yüksək Lisans tezi. Ankara, 2007

Резюме

Осложнения, возникающие при стомах, произведенных при передней и ниже-передней резекциях по поводу злокачественных образований прямой кишки

Э.Г.Азимов

Были рассмотрены лишь только наблюдаемые в нашей практической работе осложнения (ишемия, некроз, отторжение, пролапс, эрозия). В возможных случаях мы коснулись вопросов их лечения. Объектом исследования явились 75 больных, подвергнутых хирургическому вмешательству – передней и ниже-передней резекциям по поводу аденокарциномы различных отделов прямой кишки. Из этих больных 42 произведена ниже-передняя, 33- передняя резекция. Из оперативных вмешательств 17 – были проведены лапароскопическим, а 58- открытым путем. Таким образом, применение при злокачественных образованиях прямой кишки стомы является целесообразным и незаменимым способом как с точки зрения сохранения анастомозов, так и сохранения жизни больных при срочном оперативном вмешательстве. Таким образом, своевременное выявление осложненный стом и выбор тактики подхода к данной проблеме очень важно для любого врача, занимающегося колопроктологией.

Summary

Complications arising in the stomas, made for front and lower-front resection on the damage of malignant direct education

E.G.Azimov

Only complications observed in our practical work (ischemia, necrosis, rejection, prolapse, erosion) were considered. In possible cases, we touched upon the issues of their treatment. The subject of the study were 75 patients subjected to surgical intervention - anterior and lower-front resections for adenocarcinoma of various parts of the rectum. Of these patients 42 produced a lower-anterior, 33- anterior resection. Of surgical interventions 17- were carried out laparoscopic, and 58 - an open path. Thus, the use of stoma in malignant formations of the rectum is an expedient and indispensable method both from the point of view of preserving the anastomoses and saving the life of patients in case of urgent surgical intervention. Thus, timely detection of complications of stoma and choice of tactics of approach to this problem is very important for any doctor involved in coloproctology.

Daxil olub: 29.09.2016