

A. K. JANE, A. G. PICHUGIN, D. A. JANE

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS AND SURGERY OF VARICOSE DISEASE

The article presents up to date methods of diagnostic and surgical treatment of varicose diseases of low extremities.

From 2002 to 2006 527 patients were surgically treated with varicose diseases. In 207 cases varicose veins were

detected on both legs, in 320 cases on one leg. Combine flebectomy was made in 23 cases simultaneously on both extremities, and in 98 cases differently, in some cases applied endoscopic dissection of perforating veins. In this group of patients with both legs impairment there were no hospital stay prolongation. After simultaneous operation average hospital stay was 7–8 days, after different 9–10 days.

Forthputting simultaneous and different operations with endoscopic approaches improves results of treatment this group of patients and decrease time to recovery.

A. K. ЖАНЕ, М. К. ШАОВ, Х. Р. НАПСО, А. Г. ПИЧУГИН

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века

В последние годы реабилитация больных с колоректальным раком привлекает все большее внимание врачей онкологов. Это связано с тем, что наряду с увеличением заболеваемости раком прямой и толстой кишки с каждым годом возрастает также число больных, длительно живущих после радикального хирургического лечения.

Общая заболеваемость колоректальным раком в России составляла 22 000 на конец 2004 года, по некоторым регионам:

- Краснодарский край — 830 человек,
- Кабардино-Балкария — 70 человек,
- Республика Адыгея — 66 человек.

До настоящего времени достаточно большому числу больных раком прямой кишки приходится выполнять операцию с удалением запирающего аппарата и формированием искусственного заднего прохода — брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (22–28%) (Федоров В. Д., 1987, Кныш В. И., 1991).

Непосредственные и отдаленные результаты большинства авторов признают удовлетворительными. В данный период времени в США проживает до миллиона человек с различными видами стом на передней брюшной стенке

В России, по данным Г. И. Воробьева и соавт. (1991), число больных с колостомами составляет не менее 80 000 человек.

Так как заболеваемость имеет тенденцию к увеличению, то на сегодняшний день, как мы предполагаем, количество стомированных больных значительно выросло. Жизненный и профессиональный опыт показывает, что пациенты даже после потери одной или обеих конечностей, как правило, находят место в жизни. Иная картина складывается при изучении жизни постоянно стомированных больных. Потерю возможности нормального, естественным путем, опорожнения кишечника большинство больных ощущает как чрезвычайно затрудняющее их жизнь обстоятельство и воспринимается многими тяжелее, чем большинство других хирургических операций.

На наш взгляд, несмотря на то что полная реабилитация больных с удаленным запирающим каналом невозможна, а больных, подвергнутых операции типа

Гартмана, ожидает существование с колостомой в течение длительного времени, необходимо стремиться всеми возможными способами улучшить качество жизни данной группы пациентов.

Реабилитацию стомированных больных можно разделить на консервативные и оперативные методы.

Консервативные методы реабилитации — это регуляция стула диетой и лекарственными методами.

Оперативные методы практически одновременно разделились на три направления. Ни одно из этих направлений к настоящему времени не закончилось в своем становлении. В основу этих направлений заложено 3 принципа: наружное сдавление, “сфинктеризация”, обтурация.

Наружное сдавление в настоящее время пока не используется, так как атрофические и рубцовые процессы в выкраиваемых кожных лоскутах быстро сводят на нет основную цель этих методик.

“Сфинктеризация”. В литературе описано около 200 видов оперативных вмешательств с формированием искусственного запирающего аппарата толстой кишки из фасциально-мышечных лоскутов.

Не оправдали возлагавшихся надежд и многочисленные способы создания так называемого “управляемого искусственного ануса” путем “сфинктеризации” выводимого на переднюю брюшную стенку и промежность участка кишки из-за технической сложности проведения данных вмешательств.

Обтурация. Эти способы, предлагающие внедрение инородных тел, в настоящее время оставлены из-за недостаточной эффективности и поздних осложнений.

К главным недостаткам хирургических методов необходимо отнести следующие. Хирургическое вмешательство при колоректальном раке уже является травматичным, а кроме того, ни один из этих методов не обеспечивает возвращения больного к полноценной жизнедеятельности по разным причинам.

Основной целью всех оперативных вмешательств с попытками создания запирающего аппарата из футлярно-мышечных тканей является максимально полный контроль за актом дефекации. В своей практике мы поставили перед собой ту же цель.

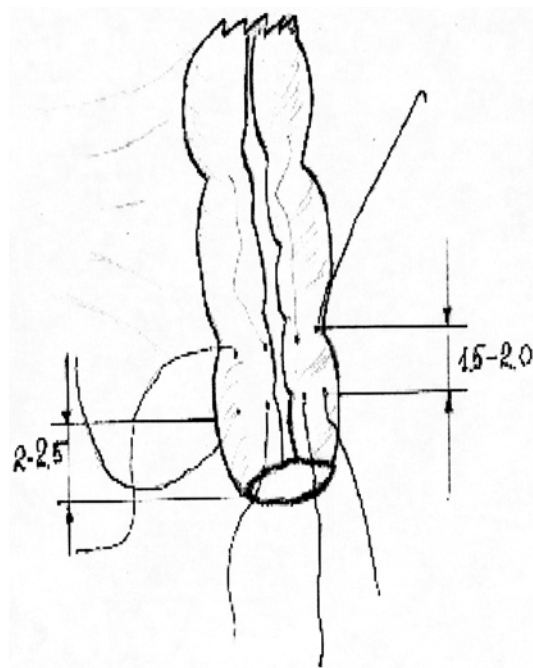


Рис. 1

Метод стал применяться нами с 2001 года (Шаов М. К. и соавт., 2004). При выполнении основных этапов операции приступают к формированию колостомы. При выборе места для стомы подходят строго индивидуально в зависимости от конституции пациента и учитывают площадь клеящегося элемента калоприемника. В месте формирования стомы создают канал в брюшной стенке косым переменным разрезом, подшивая брюшину к краям кожной раны отдельными узловыми швами. Мобилизуют толстую кишку, отступя на 3–4 см от ее дистального конца, накладывают продольно двумя стежками серозно-мышечные швы на расстоянии 1,5–2,0 см (рис. 1). Накладывают 7–8 швов (в зависимости от диаметра кишки) с сохранением брыжеечного края, причем расстояние между швами должно быть 0,5–1,0 см. После этого завязывают швы, которые гофрируют стенку кишки, образуя выпячивание стенки кишки внутрь, создавая тем самым клапан. После наложения швов осуществляется контроль просвета кишки – ощущение умеренного сопротивления при введении пальца.

Так как швы наложены в продольном направлении, при заживлении тканей нет полного рубцевания стенки кишки, сохраняется эластичность стенки и отсутствует рубцовый стеноз. Кишку проводят в сформированный канал в передней брюшной стенке и подшивают отдельными узловыми швами к краям кожной раны (рис. 2).

Данная методика удлиняет время операции на 5–7 минут, не требует никакого дополнительного инструментария и абсолютно нетравматична. Никаких интраоперационных осложнений, связанных с формированием запирательной манжеты, не было.

В предложенном способе формируется манжета, которая, по сути, является пассивным сфинктером. Пассивность связана с открытием сфинктера под давлением накопившихся каловых масс.

Необходимо отметить, что при создании манжеты используется сама ткань кишки. При этом не нарушается естественный кровоток и не происходят рубцовые изменения, потому что не используются футлярно-мышечные ткани организма.

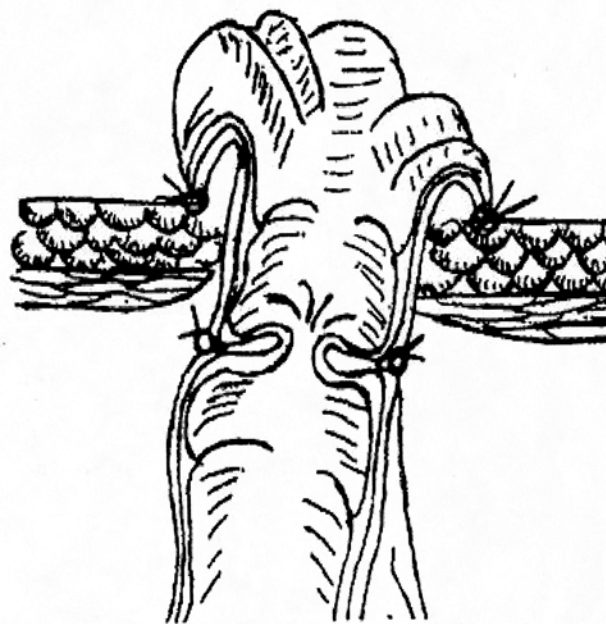


Рис. 2

По предложенной методике прооперировано 35 больных, выполнено 30 экстирпаций прямой кишки и 5 операций типа Гартмана. Акт дефекации у каждого оперированного по данной методике – 1–2 раза в 1–2 дня, калоприемник практически не используется во внедомашних условиях.

Таким образом, разработанный нами способ формирования одностольной колостомы при обструктивной резекции толстой кишки позволяет регулировать дефекацию у постоянно стомированных больных, пользоваться калоприемником во внедомашних условиях.

Поступила 10.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Саламов Г. Н., Жученко А. П. и др. Местно-распространенный рак ободочной кишки // *Вопр. онкол.* 1991. Т. 37. № 7–8. С. 864–869.
2. Кныш В. И. Рак ободочной и прямой кишки. М.: Медицина, 1997. 304 с.
3. Федоров В. Д. Рак прямой кишки. М.: Медицина, 1987. 319 с.
4. Шаов М. К., Виниченко А. В., Черняк А. В. Способ формирования одностольной колостомы при обструктивной резекции толстой кишки. Патент на изобретение № 2260386. 2004.

**A. K. JANE, M. K. SHAOV,
KH. P. NAPSO, A. G. PICHUGIN**

SURGICAL REHABILITATION OF STOMA PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

The incidence of sporadic colorectal cancer increases accordingly this, increases number of patients with colostoma, that decrease quality of life.

Article describes original method of end-colostomy, which was applied in 35 obstructive bowel resection. This method of end-colostomy decreases number of bowel emptying (up to 1–2 times in 2 days), that improves quality of life and let patient not use collection bag being at home.