

Г.К. Жерлов, Б. Лхагвабаяр

**К ВОПРОСУ ВЫБОРА СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРА
ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ***ГУ НИИ гастроэнтерологи СибГМУ (г. Северск)*

Удаление ампулы прямой кишки неизбежно ведет к развитию т.н. синдрома низкой передней резекции (low anterior syndrome) значительно снижающего качество жизни больных, приводя порой, к стойкой инвалидизации. Имеющиеся в литературе описания различных вариантов формирования искусственной ампулы прямой кишки, после ее резекции зачастую не эффективны и чреватые специфическими для каждого осложнениями, в том числе, развитием гнойно-воспалительных процессов вследствие несостоятельности швов.

В нашей клинике разработаны два варианта завершения операции низкой передней резекции. В первом случае, описанном нами ранее, с целью формирования искусственной «ампулы» выше анастомоза на 3–4 см производят поперечное рассечение серозно-мышечной оболочки по передней поверхности на $2/3$ диаметра кишки. Выше выполняют еще две подобные серозомиотомии с интервалом в 3 см. Затем формируется инвагинационный клапан выше линии последней серозомиотомии на 3–4 см. Для этого на передней полуокружности толстой кишки выполняется 3 поперечные серозомиотомии с интервалом в 2,5 см на S окружности стенки кишки. Путем последовательного сшивания узловыми швами первого и последнего рассечений формируется изгиб кишки с полулунным клапаном в просвете. Однако изучение отдаленных результатов показало, что у пациентов с исходной гипермоторной дискинезией толстой кишки отмечаются явления инконтиненции, обусловленные «несостоятельностью» сформированного резервуара.

С целью компенсации резервуарной функции прямой кишки после низкой передней резекции нами разработан и внедрен в клинику второй способ формирования neo rectum.

Резервуар формируется следующим образом. После низкой передней резекции прямой кишки выше места будущего формирования колоректального анастомоза на 20–30 мм по противобрыжечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 70 мм и шириной 15–18 мм без вскрытия просвета кишки. Образованную площадку лишенную серозно-мышечной оболочки сшивают в поперечном направлении узловыми швами. Сформированную конструкцию низводят в полость малого таза. В области задней полуокружности сигмовидной и прямой кишок накладывают узловые серозно-мышечные швы так, чтобы линии швов на сигмовидной кишке располагались под углом к ее брыжеечному краю по линии рассеченной серозно-мышечной оболочки. Свободные от мышечной оболочки подслизистые основы обеих кишок восстанавливают непрерывным подслизистым кетгуттовым швом. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина восстанавливается над областью сформированного толстокишечного резервуара.

Всего по данной методике оперировано 47 больных в возрасте от 47 до 72 лет. В раннем послеоперационном периоде все пациенты поправились.

По результатам исследований Wexner score в ближайшем послеоперационном периоде средний показатель составил $12,1 \pm 2,1$, а в отдаленном – $4,6 \pm 0,4$ балла, что свидетельствует о хороших резервуарных свойствах сформированной «ампулы».

Инструментальные методы диагностики также подтверждают функциональную состоятельность сформированной «ампулы» во все сроки наблюдения.

Таким образом, операция по формированию neo rectum после низкой передней резекции позволяет получить новый, функционально «полноценный» отдел толстой кишки, в достаточной мере восстанавливающий утраченную часть прямой кишки.

П.Т. Жиго, Н.Д. Томнюк, В.Р. Кембель, А.А. Белобородов**ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ СЕРДЦА***ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)*

В общей структуре травматизма мирного времени повреждения груди составляют 35–50 %. Частота повреждения сердца при закрытой травме груди, по разным данным, колеблется от 7,6 до 59 %. Большинство авторов рассматривают данную проблему с позиции изолированной травмы

груди, а между тем, по нашим данным, большинство закрытых травм груди имеют сочетанный характер. Выяснение особенностей клинической картины, диагностики и хирургической тактики в случаях ушибов сердца при сочетанной травме груди побудило авторов провести настоящее исследование.

Обследованы 112 пострадавших с закрытой травмой сердца в возрасте от 3 до 82 лет. Средний возраст $44,3 \pm 1,5$ лет. Мужчин было 91 (81,3 %), женщин 21 (18,7 %). Причинами травмы сердца были: автодорожная травма — 49 (43,75 %) человек, падение с высоты — 30 (26,79 %), избиение — 19 (16,96 %), бытовая травма — 8 (7,14 %), прочие причины — 6 (5,36 %). Изолированная закрытая травма сердца была у 27 (24,11 %) пострадавших, сочетанная — у 85 (75,89 %). Умерло 55 из 112 больных, летальность составила 49,11 %.

Для диагностики закрытой травмы сердца использовался комплексный подход, который включал в себя не только анализ характера травмы, клинический осмотр больного и электрокардиографию при поступлении, но и холтеровское мониторирование в динамике, эхокардиографию, сцинтиграфию миокарда.

Причинами смерти были тяжелые сопутствующие повреждения и сердечно-сосудистая недостаточность. В связи с этим остро встает вопрос о возможности оперативных вмешательств у больных с закрытой травмой сердца.

Из 112 больных экстренно были оперированы 32 (28,58 %). Это больные с внутрибрюшным кровотечением (разрыв печени, селезенки, поджелудочной железы, почки и т.д.) и повреждением полых органов. К сожалению, недостаточная техническая оснащенность не позволяет нам диагностировать только разрыв полого органа без массивного внутрибрюшного кровотечения. Таким больным можно было бы провести предоперационную подготовку в течение нескольких часов. Из 32 больных в послеоперационном периоде погибло 24 (75 %). Все остальные больные с закрытой травмой сердца, которым было необходимо оперативное пособие, оперированы только после стабилизации гемодинамики и восстановления нормальной сердечной деятельности.

Однако и в этой группе погибло 31 из 80 пострадавших (38,75 %). Смерть наступила от декомпенсированного травматического шока и сердечной недостаточности.

В заключение, можно отметить, что у больных с закрытой травмой сердца экстренное оперативное вмешательство возможно только по жизненным показаниям при продолжающемся кровотечении, которое угрожает жизни. Во всех остальных случаях операцию необходимо производить позже, после стабилизации гемодинамики, что улучшит результаты лечения.

С.И. Заикин, Е.А. Первов, П.А. Фролов, В.В. Агаджанян

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОКОЛОНОСКОПА

ФГ ЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (г. Ленинск-Кузнецкий)

С 01.02.04 по 30.10.06 были подвергнуты тотальной колоноскопии 1205 пациентов. Стандартное эндоскопическое исследование проводили видеоколоноскопом Olympus V70L. С целью улучшения визуальной картины и ее трактовки использовали 0,2% раствор индигокармина. Среди всех пациентов в возрасте от 10 до 89 лет (средний возраст — 52,6 лет) мужчин было 546 (45,3 %), женщин — 659 (54,7 %). 1034 аденомы толстой кишки обнаружены у 558 (46,3 %, $n = 1205$) больных: у мужчин в 55,6 % ($n = 546$), у женщин — в 38,5 % ($n = 659$) случаев. Частота встречаемости аденом толстой кишки в зависимости от пола и возраста была различна и составила: у мужчин в возрасте до 20 лет — 27,7 % ($n = 18$), 20–29 лет — 14,8 % ($n = 27$), 30–39 лет — 18,25 % ($n = 66$), 40–49 лет — 44,2 % ($n = 156$), 50–59 лет — 77,5 % ($n = 120$), 60–69 лет — 60,5 % ($n = 81$), 70–79 лет — 85,3 % ($n = 75$), 80–89 лет — 0 %; у женщин до 20 лет — 11,1 % ($n = 18$), 20–29 лет — 14,3 % ($n = 21$), 30–39 лет — 28,9 % ($n = 45$), 40–49 лет — 25,9 % ($n = 177$), 50–59 лет — 49,1 % ($n = 171$), 60–69 лет — 42,7 % ($n = 124$), 70–79 лет — 53,3 % ($n = 92$), 80–89 лет — 36,4 % ($n = 11$). В слепой кишке аденомы выявлялись в 3,3 %, в восходящей — в 6,1 %, в поперечной — в 15,6 %, в нисходящей — в 10,8 %, в сигмовидной — в 46,1 %, в прямой кишке в 18,1 % случаев. Аденомы I типа (по S. Yamada (1966)) встречались в 33,5 %, II типа — в 36,5 %, III типа — в 24,3 %, IV типа — в 5,7 % случаев. Среди 1034 аденом аденомы до 5 мм в диаметре составляли 33,8 %, от 6 до 10 мм — 42,5 %, от 11 до 20 мм — 16,1 %, более 20 мм — 7,6 % случаев. У 558 пациентов одиночные аденомы встречались в 52,6 %, групповые — в 19,3 %, множественные — в 28,1 % случаев. У 114 пациентов удалено 211 аденом толстой кишки с использованием петлевой электроэксцизии (116), «горячей» биопсии (68), эндоскопической резек-