

Б. Лхагвабаяр

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ КИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА*ГУ НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (г. Северск)*

В нашей клинике разработан и применяется на практике новый способ формирования кишечного резервуара после низкой передней резекции прямой кишки. Суть метода заключается в создании «новой ампулы» прямой кишки после ее низкой передней резекции. С этой целью применяется петля толстой кишки, низведенная в полость малого таза.

Всего по данной методике оперировано 47 больных в возрасте от 47 до 72 лет. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась по шкале SF-36 и Wexner score.

Опросник SF-36 включает 36 пунктов сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Wexner score представляет собой шкалу оценки держания кала. Максимальное количество баллов – 20 свидетельствует о полном недержании кала и газов, напротив 0 – указывает на хорошую функцию замыкательного аппарата.

Изучение функции держания кала после низкой передней резекции прямой кишки с формированием neo rectum было проведено у 33 пациентов. В качестве группы сравнения были взяты 29 пациентов после резекции сигмовидной кишки, при которой ампула прямой кишки сохраняется.

В течение первого года после операции происходит значительное улучшение состояния держания кала в обеих группах, но в первую очередь в группе сравнения. Вместе с тем, в дальнейшем, за счет включения в работу резервуара, происходила адаптация организма к возникшей ситуации и уже через 2 года разница в уровне держания кала у пациентов после низкой и высокой передней резекции была недостоверна.

В сроки от 3 до 5 лет после операции показатели держания кала у пациентов основной группы и группы сравнения по Wexner score приближались к нормальным показателям, составляя соответственно $4,6 \pm 0,4$ и $3,1 \pm 0,5$ балла.

При оценке качества жизни в указанные сроки по шкале SF-36, также отмечается снижение показателей уровня качества жизни в ранние сроки после операции, что обусловлено как непосредственно операционной травмой, так и возникшими новыми анатомо-физиологическими взаимоотношениями. Однако динамическое наблюдение за пациентами в ближайшие и отдаленные сроки после операции демонстрирует «рост» качества жизни в обеих группах.

При сравнении показателей Wexner score и SF-36 можно сделать вывод о том, что значительную роль в уровне качества жизни во все сроки после операции оказывает состояние держания кала. Так, в том случае, когда в ранние сроки после операции отмечаются проявления инконтиненции, данные SF-36 указывают на снижение качества жизни и напротив, когда в отдаленные сроки после операции восстанавливается резервуарная функция прямой кишки – уровень качества жизни по SF-36 – повышается.

Таким образом, исходя из изложенного выше, можно сделать вывод о том, что формирование кишечного резервуара после низкой передней резекции позволяет значительно повысить уровень качества жизни, уменьшить проявления анальной инконтиненции, обеспечивая высокую степень социальной и трудовой реабилитации больного.

М.С. Любарский, В.В. Нимаев, М.Ю. Солуянов, И.А. Алтухов, М.В. Кочеткова, Е.В. Шевцова**ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНЫХ И КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА***ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)*

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространенных патологий с неуклонной тенденцией к росту числа заболевших. Работами сотрудников НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН доказана существенная роль лимфатической системы в генезе синдрома диабетического

ческой стопы. Наряду с лимфостимуляцией эффективность восстановления нарушенных функций организма можно усилить, повышая функции иммунокомпетентных клеток. Одним из подходов является использование лимфоцитов пациента, активированных лейкинфероном.

Для оценки эффективности разработанных технологий было проведено клиническое исследование, заключающееся в анализе 20 больных с трофическими язвами на фоне сахарного диабета.

Пациентам проводились инъекции собственных лимфоцитов, активированных лейкинфероном, в параульцерозные ткани по периферии раны из 4-х точек. Приготовление и модуляция лимфоцитов на сепараторе клеток крови AS-TEC 204 фирмы «Fresenius». Полученные аутолимфоциты экспонировали в течение 1 часа с 20 мг лейкинферона при температуре 24 – 26 °С. Инъекции проводились во вторую и третью фазу раневого процесса. Местная клеточная терапия дополнялась лимфотропными инъекциями в область ахиллова сухожилия, ориентирами служила проекция периферических нервов *n. tibialis* и *n. suralis* на голени. Объем лекарственной смеси составлял 4 – 5 мл состав комплексной, лекарственной смеси входило: 4 мл 10% раствора анекаина, 25 мг химопсина, 80 мг актовегина, 0,5 мл прозерина.

У пациентов проводилось исследование динамики раневого процесса и цитологический метод изучения мазков-отпечатков язв. Скорость уменьшения трофической язвы в среднем составила $5,14 \pm 0,24$ % в сутки. При исследовании мазков-отпечатков ран на 21 день лечения было получено $82,3 \pm 7,3$ % цитограмм регенераторного типа.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что применение сочетанной лимфостимуляци и клеточной терапии является эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения больных с трофическими язвами на фоне сахарного диабета.

В.Г. Лубянский, А.Н. Жариков, И.Б. Комлева

ОПЕРАЦИИ «ОТЧАЯНИЯ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

**ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)
ГУЗ «Краевая клиническая больница» (г. Барнаул)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на все достижения современной хирургии, возникновение несостоятельности межкишечного анастомоза и кишечного свища на фоне перитонита нередко фатально заканчивается для больного. Резекция тонкой кишки с несостоятельным анастомозом и наложение нового соустья в условиях инфицированной брюшной полости может осложняться новой несостоятельностью. В этой ситуации были предложены различные варианты хирургического лечения: разъединение (или резекция) анастомоза с выведением концов кишки на переднюю брюшную стенку, применение отсроченного анастомозирования после купирования перитонита, отключение зоны анастомоза путем выведения концевой (или петлевой) энтеростомы. Вопрос о показаниях и противопоказаниях к такого рода операциям нельзя считать доказательно решенным. Однако, в случаях с несостоятельностью энтеро-энтероанастомоза, наложенного ранее по поводу острой кишечной непроходимости, повторные операции, направленные на зашивание соустья на фоне перитонита являются бесперспективными. В литературе имеются лишь единичные сообщения об операциях наложения еюнотрансверзоанастомоза, в том числе даже при весьма коротком отрезке тощей кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 34 больных. По классификации Е.Г. Григорьева (1996) это были лица с несформированными тонкокишечными свищами (НТКС) на фоне послеоперационного распространенного перитонита.

Большинство пациентов – 20 ($58,8 \pm 3,95$ %) находились в возрасте от 20 до 60 лет. Средний возраст составил $42,9 \pm 1,52$ года. Мужчин было 23 ($67,6 \pm 5,19$ %). Женщины составляли соответственно меньшую часть – 11 ($32,4 \pm 5,19$ %) больных. Наибольшее количество больных с несформированными тонкокишечными свищами (17) вывезены в специализированный центр после операций в районах края по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. У 10 ($38,2 \pm 4,8$ %) пациентов кишечные свищи явились следствием различных травм органов брюшной полости. Среди непосредственных причин образования кишечных свищей отмечены следующие: несостоятельность швов тонкой кишки после ушивания дефектов стенки у 19 больных и несостоятельность межкишечного соустья у 15 больных. Из 34 больных, первично оперированных в ЦРБ, у 23 были выполнены повторные оперативные вмешательства в районных больницах. Из этого количества, у 10 пациентов рела-