

При абсцессах фиброзного кольца дифференцировалась пиогенная капсула, состоящая из клеточного вала, отграничивающего участки тканевого детрита и микробные колонии. При всех воспалительных вариантах в составе тромбов присутствовало большое количество полинуклеарных лейкоцитов или мононуклеаров, отмечалась различная степень организации тромбов.

При дегенеративном варианте наблюдалась распространенная кальцификация часто крупно или среднеглыбчатого характера, здесь могли присутствовать инфильтраты очагового характера, преимущественно из мононуклеаров в составе гистиоцитов, лимфоцитов, плазматитов.

При позднем протезном эндокардите тканевая реакция характеризовалась образованием соединительной ткани с участками миксоматозной дегенерации и краевыми фибриноидными некрозами. Однако главным морфологическим признаком являлось образование толстостенных сосудов с одним циркулярным слоем гладкомышечных клеток, наряду с формированием обычных синусоидального типа сосудов. Кроме того, определялись отдельные очаговые лимфоцитарные инфильтраты. Реакцию тканей фиброзного кольца на нити манжеты, можно охарактеризовать как инертную, хотя могли наблюдаться отдельные лимфоцитарные, тучные клетки в незначительном количестве. Эндотелизация носила постоянный характер.

**Г.К. Жерлов**

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНТИНЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ?**

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (г. Северск)*

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте числа больных с колоректальным раком. Единственным радикальным способом лечения при данной патологии остается хирургическое вмешательство. В основе выбора способа операции всегда лежит два основных момента: радикальное удаление опухоли и основных лимфатических коллекторов с одной стороны и обеспечение максимально приемлемого качества жизни пациента — с другой. И если в отношении первого, а именно радикальности, в той или иной степени вопрос можно считать решенным, то в отношении функциональности (качества жизни) остается еще очень много проблем.

В нашей работе мы руководствуемся принципами, которые предусматривают соблюдение принципа функциональной хирургии. В этой связи нами разработаны и применены на практике ряд новых оперативных технологий, предусматривающих комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции.

Новизна предлагаемых методик подтверждается патентами пятью РФ.

Операция низкой передней резекции выполняется с тотальной мезоректумэктомией и наложением колоректального анастомоза в пределах 5 см над уровнем перехода леваторов в продольную мышцу анального канала. При этом формируется ректосигмоидный переход с искусственной ампулой.

После выполнения брюшно-анальной резекции на конце низводимой кишки создаем шаровидный резервуар из трех петель кишки одновременно участвующих в формировании одного межкишечного анастомоза.

При выполнении операции интерсфинктерной резекции, заключающейся в тотальной мезоректумэктомии вдоль перехода леваторов в продольную мышцу анального канала и удалении внутреннего сфинктера, наши методики предусматривают реконструктивный этап, который заключается в формировании гладкомышечного жома путем циркулярного отсепарирования серозномышечной оболочки и фиксации ее в форме манжеты высотой 12 — 15 мм с шаровидным резервуаром по описанной методике.

Наконец, в тех случаях, когда по онкологическим соображениям выполняется брюшно-промежностная экстирпация — нами используется методики предусматривающая формирование забрюшинной резервуарно-удерживающей колостомы, которой присущ рефлексорный механизм опорожнения.

Всего в клинике новые оперативные технологии были применены у 175 больных в возрасте от 31 до 78 лет. Средний послеоперационный койко-день при всех методиках операций составил  $12,2 \pm 1,9$  сут. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 9,1% больных, все пациенты поправились.

Обязательным условием применения новых технологий считаем оценку их эффективности в ранние, ближайшие и отдаленные сроки после операции. При этом используем как субъективные (оценка держания кала по разным шкалам), так и объективные (инструментальные) методы исследования. Полученные таким образом результаты показывают, что формируемые искусственные сфинктероподобные образования и «ампула прямой кишки» сохраняют свою анатомическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных, надежно предупреждая развитие синдрома низкой передней резекции.