

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 чреваты 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 СЕРДЦАГОУ 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