

кации и максимально переносимого объема у пациентов в различные сроки после операции свидетельствует о растяжимости стенки кишки в области сформированной «искусственной ампулы».

При профилометрии определялась асимметрия трехмерного графического изображения давления покоя сфинктеров прямой кишки, что связано с воспалительными изменениями сформированной конструкции, а также с формированием замка на противобрыжеечном крае гладкомышечного жома.

Таким образом, сочетание новых принципов резекции и пластической реконструкции у больных с «низким» раком прямой кишки позволяет получить вполне благоприятные онкологические и функциональные результаты медицинской и социально-трудовой реабилитации больных после интерсфинктерной резекции прямой кишки.

**И.В. Панкратов, М.В. Артеменко**

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ**

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Хирургическое вмешательство в настоящее время остается методом выбора в лечении рака прямой кишки. При этом, брюшно-промежностная экстирпация, на сегодняшний день утратила статус «золотого стандарта» в лечении рака верхне-, средне- и отчасти нижеампулярного отделов прямой кишки, уступив место сфинктеросохраняющим операциям. Однако удаление ампулы прямой кишки приводит к развитию патологического состояния, которое называется «синдромом низкой передней резекции» и проявляется частыми императивными позывами к дефекации, недержанием кала, многомоментным опорожнением и чувством неполной эвакуации. Все это приводит к снижению качества жизни оперированных больных. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем мире продолжают поиски способов улучшения функциональных результатов сфинктеросохраняющих операций.

Изучение качества жизни больных перенесших оперативное вмешательство по поводу рака прямой кишки является одним из основных методов оценки состояния пациентов. На современном уровне развития хирургии и онкологии пациент вправе требовать от врача не только сохранения «количества» жизни, но и в не меньшей мере обеспечения приемлемого уровня ее «качества».

Повышение функциональных результатов операций по поводу рака прямой кишки, с целью улучшения качества жизни оперированных больных, без ущерба для онкологической радикальности, обосновано привлекает внимание многих хирургов.

С целью предупреждения проявлений «синдрома низкой передней резекции прямой кишки» нами разработаны и применены на практике новые оперативные технологии, предусматривающие комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции. На все методики операций получены патенты РФ (всего 5).

С целью оценки качества жизни больных и определения возможных путей его улучшения, после сфинктеросохраняющих операциях выполненных по поводу рака прямой кишки, проведено анкетирование пациентов при помощи специализированного опросника GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), а также оценка калового держания на основании шкалы Wexner score. Изучение же функциональных результатов проводилось при помощи проктографии, аноректальной манометрии и профилометрии.

Изучены результаты лечения 131 пациента, перенесших разные виды сфинктеросохраняющих операций (из них высокая передняя резекция с формированием ректосигмоидного перехода выполнена 47 пациентам, низкая передняя резекция с формированием толстокишечного резервуара — 7 пациентам, низкая передняя резекция с формированием искусственной ампулы и ректосигмоидного перехода — 34 пациентам, брюшно-анальная резекция с формированием шаровидного резервуара — 18 пациентам, интерсфинктерная резекция с формированием шаровидного резервуара и гладкомышечного жома — 26 пациентам).

При оценке качества жизни оперированных больных с применением специфического опросника GIQLI показало, что до операции, как гастроинтестинальный индекс, так и показатели по всем категориям снижены, что обусловлено клиникой основного заболевания. Относительно низкие показатели гастроинтестинального индекса в ранние сроки после операции обусловлены операционной травмой. По мере увеличения после операционных сроков отмечается положительная динамика уровня качества жизни. Через 6 месяцев после операции отмечается возрастание гастроинтестинального индекса на 129,8 % по сравнению с дооперационным и на 144,6 % в сравнении с ранним послеоперационным периодом. Через 1 год после операции гастроинтестинальный индекс вырос почти в 1,5 раза в сравнении с дооперационным. Все пациенты ведут активный образ жизни (профессиональная и повседневная деятельность), полностью себя обслуживают, стул один, реже два раза в сутки, оформленный. Про-

веденный опрос показал, что 80,8 % (21 из 26) пациентов считают себя социально-реабилитированными в обществе.

Распределение показателей уровня калового держания по Wexner score представлены в таблице.

Таблица 1

Показатель уровня калового держания по Wexner score

	Сроки после операции (мес.)			
	1,5–3	6–12	36	60
Высокая передняя резекция с формированием ректосигмоидного перехода	4,3 ± 0,7	3,9 ± 0,3	3,2 ± 0,4	1,1 ± 0,5
Низкая передняя резекция с формированием толстокишечного резервуара	12,1 ± 2,1	9,3 ± 1,9	4,4 ± 1,1	3,6 ± 0,4
Низкая передняя резекция с формированием искусственной ампулы и ректосигмоидного перехода	11,8 ± 2,8	8,6 ± 1,5	4,1 ± 1,2	3,1 ± 0,2
Брюшно-анальная резекция с формированием шаровидного резервуара	14,7 ± 1,9	10,5 ± 1,7	5,3 ± 1,5	5,2 ± 1,1
Интерсфинктерная резекция с формированием шаровидного резервуара и гладкомышечного жома	15,2 ± 2,7	11,4 ± 2,3	7,2 ± 1,9	6,5 ± 1,4

Помимо использования оригинальных методик операций, одним из путей улучшения качества жизни пациентов раком прямой кишки является сохранение вегетативной иннервации тазовых органов во время операции. Данная манипуляция благоприятно сказывается на состоянии мочевого пузыря и половой функции пациентов.

Таким образом, улучшение функциональных результатов хирургических вмешательств на прямой кишке путем формирования искусственных сфинктероподобных образований и «искусственной ампулы прямой кишки» позволяет обеспечить высокий уровень качества жизни больных.

А.М. Попов, М.А. Шараевский

### МОРФОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗА В УСЛОВИЯХ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Инфаркт кишечника или острое нарушение брыжеечного кровообращения (ОНБК) — экстренная сосудистая патология органов брюшной полости, ранняя диагностика и патогенетическое лечение которой до настоящего времени представляют значительные трудности. Наиболее часто средством помощи больным с острой мезентериальной ишемией остается хирургическое вмешательство, направленное на удаление некротизированных отделов кишечника. Клиническая характеристика тяжести ишемии и ее обратимости весьма субъективна и в большей степени зависит от опыта хирурга. По современным представлениям следует удалять не только участок явного некроза, но и не менее 30–40 см макроскопически неизмененного отдела кишки в проксимальном направлении и 15–20 см в дистальном направлении (Карегян С.Е., 1972; Савельев В.С., Спиридонов И.В., 1979). Вместе с тем, используя даже этот общепринятый способ выбора объема окончательной операции, отмечают осложнения от 10 до 30 % случаев (Сигал З.М., Кравчук А.П., 1983). Проблема анастомозирования различных отделов кишечника, остается одной из центральных в хирургической гастроэнтерологии, так как летальность после операции в основном обусловлена недостаточностью швов анастомоза. Ряд послеоперационных осложнений, таких как несостоятельность швов анастомоза, ишемический некроз может развиваться в связи с неправильным определением жизнеспособности сохраняемых участков органов во время операции (Хрячков В.В., 1978). Изыскивая пути решения данной сложной проблемы, мы пришли к выводу о целесообразности применения межкишечного компрессионного анастомоза из сплава с эффектом памяти формы. Предпосылкой к использованию этого метода наложения анастомозов явился положительный опыт использования компрессионных анастомозов при плановых хирургических вмешательствах на пищеварительном тракте. Достоинствами этих анастомозов является их высокая физическая и биологическая герметичность при минимальном количестве швов, отсутствие инородных включений по линии шва, идеальный гемостаз, низкая микробная проницаемость и, как следствие заживление по типу первичного натяжения, которые доказаны экспериментальными исследованиями Р.В. Зиганьшина (1989) с соавторами и подтвержденная ими в клинической практике.