

характер. По степени относительного увеличения продольных размеров тела новорожденных можно определять характер нарушения роста.

2. Компенсация продольных размеров тела плода при нарушении динамики развития осуществляется в первую очередь за счет изменения темпа роста конечностей.

3. При задержке роста головы у больных с ВУЗР перенашивание беременности не приводит к адекватному увеличению краниальных размеров.

4. Выявлены условия рождения детей с мыслительным конституциональным типом.

5. Нахождение показателей массы и роста тела у дошкольников в пределах возрастных нормативных значений является благоприятным признаком оптимального уровня психологической готовности детей к школьному обучению.

6. Подтверждена и конкретизирована теория С.Чайлда о механизме появления мыслительного типа конституции.

Список литературы

1. Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология репродукции //Вестник Российской академии мед. наук.- 1999.- № 4. -С. 44-48.
2. Бомбардирова Е.П., Моисеева Т.Ю., Морозова Н.А. и др. Комплексная реабилитация недоношенных детей с перинатальным поражением в стационаре второго этапа выхаживания //Педиатрия.- 2001.- № 3. -С. 96-99.
3. Желуховцева И.Н. К методике изучения вопросов акселерации в группе детей //Здравоохранение.- 1971.- № 2. -С. 145-154.
4. Мучаидзе Ю.А., Ломия Л.Ф., Бендукидзе Н.Г. и др. Иммунологические показатели матерей новорожденных с низкой массой тела при рождении // Акушерство и гинекология.- 1990.- № 3. - С. 16-19.
5. Полянский Д.А., Парусов В.Н. Оценка соответствия физического развития новорожденных гестационному возрасту // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов.- 1997. - № 3. - С. 114-118.
6. Волина С.Я. Физическое развитие подростков, родившихся недоношенными //Здравоохранение РФ.- 2002.- № 2. -С. 39-40.
7. The cost improving the outcome for infants of birth weight 500-999 g in Victoria. The Victorian infant collaborative Study group /Kitchen W.H., Bjwman E., Callanan C. et al., // J. Paediatr. Child. Health. 1993 Feb. N 29 (1) -P. 56-62.
8. Outcome of infants born at 24-26 week's gestation: survival and cost /Kilpatrick S.J., Schlueter M.A., Piecuch R. Et al. // Obstet. Gynecol. 1997. Nov. -N 90 (5). -P. 803-808.
9. Socioeconomic position in early life, birth weight, children cognitive function and adult mortality. A longitudinal study of Danish men born in 1953 / Osler M., Andersen A.M., Due P et al., // J. Epidemiol. Community Health. 2003.Sep. V. 57 (9). -P. 581-686.
10. Petrov S. Economic consequences of preterm birth and low birthweight //BJOG/ -2003 apr. V. 110. Suppl. 20. -P. 17-23.
11. Олендарь Н.В., Дышичев В.В., Тихонов А.А. Роль естественного вскармливания в поздней неонатальной адаптации недоношенных детей с очень низкой массой //Материалы научно-практ. конф. «Медико-социальные аспекты здоровья».- М., 2001. -С. 85-88.
12. Mugford M. Efficacy and cost of treatment of newborns // Curr. Pediatr. , 1994. V. 4. N. 1. -P. 30-32.
13. Outcome and cost of intensive care for very low birth weight infants /Lin Y.F., Lin C.H., Lin Y.J. et al., //Chung. Hua Min. Kuo Hsiao Erh. Ko I Hsueh. Hui Tsa Chin. -1995 Jul-Aug. N 36 (4). -P. 266-270.
14. Гребенщикова О.Ю. Диагностика психологической готовности детей 6-7 лет к обучению в школе:

Методическое пособие.- Курган: КГУ, 2009.-28 с.

15. Child C.M. Patterns and problems of development / Chicago. Univ. Press, 1941. -779 p.
16. Щуров В.А., Шевцов В.И., Иванова Т.И. и др. Артериальная гипертензия и продольный рост у детей и подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата //Педиатрия.- 1085.- № 3. -С. 40-42.

УДК 618.2 - 07

Е.М.Гиршева*, Н.В.Мезенцева*, А.Н.Ерохин, Т.А. Осина***

***Областная клиническая больница**

****Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова Министерства здравоохранения и социального развития РФ»**

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И ТЕМПЕРАТУРА В БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧКАХ

Аннотация. Исследовано функциональное состояние 92 беременных и родильниц в перинатальный период. Выявлено, что изменения тонуса вегетативной нервной системы беременных отражают неоднозначность и неустойчивость происходящих перестроечных процессов. Показано, что динамика температуры в биологически активных точках выявляет интенсивность перестроечных процессов после родов.

Ключевые слова: вегетативная нервная система, перинатальный период, биологически активные точки.

Е.М. Girsheva*, N.V. Mesenceva*, A.N. Erohin, T.A. Osina***

***Kurgan Regional Clinical Hospital**

****The Federal State Financed Institution Russian Ilizarov Scientific Center for Restorative Traumatology and Orthopaedics of the RF Ministry of Healthcare and Social Development**

HEART RATE VARIABILITY IN PERINATAL PERIOD AND TEMPERATURE IN ACUPUNCTURE POINTS

Annotation. Functional state of 92 pregnant women and maternity patients in the late stage of gestational period were examined using heart rate variability method. It was found out that tonus change in vegetative nervous system of pregnant women reflects uncertainty and instability of tuning process. Dynamic of temperature of acupuncture points reflects uncertainty and instability of tuning process.

Key words: vegetative nervous system, perinatal period, acupunctures points.

ВВЕДЕНИЕ

Исследование variability сердечного ритма (BCP) в различных модификациях широко применяется в современной медицинской практике, что обусловлено ценностью информационного потенциала данного метода, позволяющего охарактеризовать уровень и особенности вегетативной регуляции целостного организма в процессе роста и развития, при занятиях спортом, а также в условиях соматического заболевания [1;2]. Важное значение приобретает оценка BCP при анализе функционального состояния беременных с целью прогнозирования вероятности осложнений [3] и коррекции адаптационных нарушений в системе «мать-плацента-плод» на основе кардиоинтервалографии [4]. Вместе с тем в литературе недостаточно отражены особенности динамики variability сердечного ритма в ранний перинатальный период, когда уровень вегетативной регуляции беременной претерпевает значительные изменения в процессе физиологического акта – родов. Таким образом, целью настоящего исследования явилось изучение особенностей variability сердечного ритма беременных в поздний гестационный и родильный в ранний послеродовой периоды.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проходило в два этапа. На первом этапе были обследованы 92 беременных в поздний гестационный период, средний возраст которых составил $24,8 \pm 0,8$ лет. Посредством вариационной пульсометрии [5] в покое и при ортопробе регистрировали показатели, характеризующие тонус вегетативной нервной системы – моду (M_0 , с), амплитуду моды (AM_0 , %), вариационный размах (BP_c), индекс напряжения ($ИН = AM_0 / 2BP_c \times M_0$, у.е.), а также определяли вегетативную реактивность (ИР) по динамике индекса напряжения в процессе ортопробы. Вычисляли среднюю и ошибку средней указанных показателей. Показатели определяли в данной выборке за 5-7 дней до родов и через 4-5 дней после родов. Статистические различия между данными периодами исследования у одних и тех же пациенток определяли посредством парного t – критерия Стьюдента.

На втором этапе были обследованы 78 беременных в эти же сроки (группа 1 – до родов и группа 2 – после родов). Данным пациенткам проводили суточное мониторирование ЭКГ на аппарате «Кардиотехника-06» (ЗАО «Инкарт», Санкт –Петербург). Характер симпатико-парасимпатического взаимодействия оценивали по соотношению процентных вкладов высоко (HF)-, низко(LF)- и очень низкочастотных (VLF) составляющих спектра variability ритма сердца (BCP). Процентный вклад частотных компонентов BCP определяли с учетом всех перечисленных составляющих, кроме того, оценивали индекс централизации ($IC = (HF+LF)/VLF$) и отношение значений низко- и высокочастотного компонента (LF/HF). Использовали подход, разработанный Хаспековой Н.Б. (1996), который позволяет оценивать состояние сегментарных и надсегментарных механизмов вегетативной регуляции ритма сердца [6]. Длительность мониторирования составила 24 часа. За период ночи принимали время

ночного сна. Пациентки в процессе обследования придерживались обычного распорядка дня, отмечая основные моменты в дневнике наблюдения. Контрольную группу (№3) составили 30 небеременных женщин. Температуру в биологически активных точках, соответствующих начальным и конечным пунктам акупунктурных меридианов на руках, измеряли в поздний гестационный и послеродовой периоды посредством цифрового электронного термометра DT-635 (Япония) с точностью $0,1^\circ\text{C}$ и временем измерения 1,0 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Вариационная пульсометрия

При анализе данных показателей выяснилось, что амплитуда моды, отражающая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, в положении лежа уменьшается: от $51,8 \pm 3,9\%$ в родовом до $40,2 \pm 2,7\%$ в послеродовом периоде ($p < 0,02$), в положении стоя, напротив, увеличивается: от $43,8 \pm 3,6\%$ до $53,4 \pm 3,9\%$ ($p < 0,1$).

Вариационный размах, характеризующий активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, в покое статистически достоверно увеличивается от $0,12 \pm 0,01$ с до $0,22 \pm 0,02$ с ($p < 0,003$), а в положении стоя проявляет тенденцию к уменьшению от $0,16 \pm 0,02$ с до $0,13 \pm 0,02$ с ($p < 0,17$).

Своеобразной динамикой отличался индекс напряжения – Ин – суммарный показатель, отражающий степень напряжения регуляторных механизмов организма. Так, в покое он статистически достоверно снизился с $411,0 \pm 64,1$ у.е. до $168,8 \pm 38,8$ у.е. ($p < 0,005$) и по сути дела вышел из диапазона, соответствующего чрезмерному перенапряжению всех регуляторных механизмов целостного организма, и вплотную подошел к рубежу, характерному для умеренного преобладания тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы (от 90 до 160 условных единиц). Вместе с тем при нагрузке (в положении стоя) этот показатель проявил тенденцию к повышению от $359,0 \pm 91,7$ у.е. до $611,8 \pm 162,2$ у.е. ($p < 0,23$). В динамике показателя, характеризующего функциональную основу реактивности (ИР), отразилось статистически достоверное смещение в сторону гиперсимпатикотонии – индекс реактивности увеличился от $0,9 \pm 0,17$ у.е. до $4,8 \pm 1,27$ у.е. ($p < 0,007$) (рис. 1).

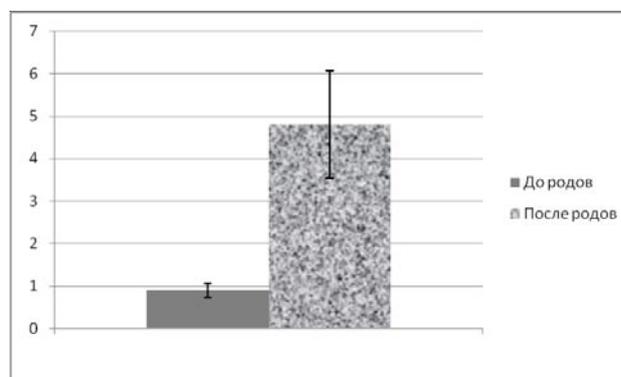


Рис. 1. Динамика индекса реактивности (ИР, у.е.) в перинатальном периоде

Суточное мониторирование

Выявлено, что в период бодрствования у беременных преобладала очень низкочастотная составляющая, процентный вклад которой статистически достоверно превышал таковой в послеродовом периоде и в контрольной группе: $63,9 \pm 7,7\%$; $61,1 \pm 8,9\%$ и $59,5 \pm 7,1\%$ (M \pm u) соответственно (рис.2). В ночное время во всех группах отмечалось снижение VLF-компонента, причем разница между дневным и ночным уровнями была наибольшей в группах 1 и 2: $59,0 \pm 9,5\%$; $55,2 \pm 9,4\%$; $57,3 \pm 8,3\%$ (рис.3).

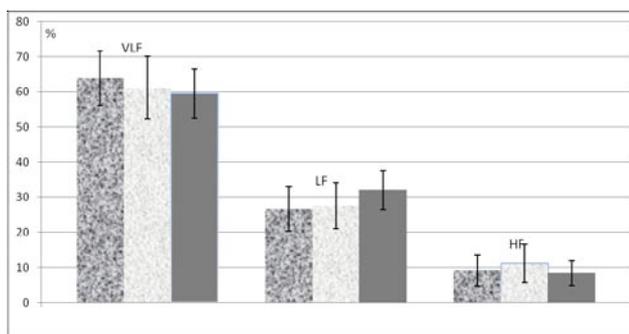


Рис.2. Соотношение процентных вкладов высоко(HF)-, низко(LF)- и очень низкочастотных (VLF) составляющих спектра вариабельности ритма сердца в период бодрствования у беременных (серые столбики), родильниц (светлые) и небеременных (темные) при суточном мониторинге

Анализ суточного распределения LF-компонента выявил обратную картину. Так, если величина LF-компонента в период бодрствования в ряду указанных групп составила $26,7 \pm 6,3\%$; $27,6 \pm 6,5\%$ и $32,1 \pm 5,5\%$, то в ночное время – $25,2 \pm 6,4\%$; $26,5 \pm 5,9\%$; $29,6 \pm 4,9\%$. Характерным явилось статистически достоверное различие уровней LF-компонентов 1 и 2 групп в сравнении с третьей как в дневное, так и в ночное время. Между первой и второй группами различия были статистически недостоверны.

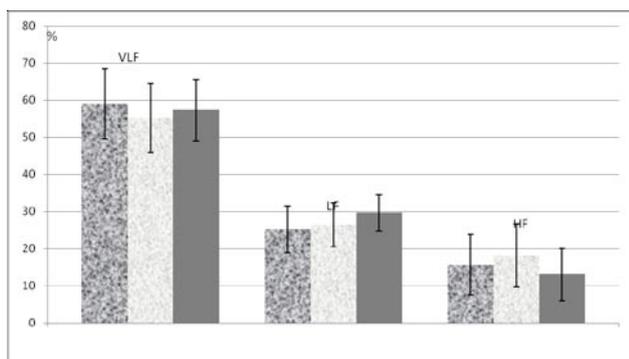


Рис.3. Соотношение процентных вкладов высоко(HF)-, низко(LF)- и очень низкочастотных (VLF) составляющих спектра вариабельности ритма сердца в период сна у беременных (серые столбики), родильниц (светлые) и небеременных (темные) при суточном мониторинге

Суточная динамика HF- компонента имела во всех группах однонаправленный характер, который выразился в увеличении показателя в ночное время в сравнении с периодом бодрствования: $9,2 \pm 4,5\%$; $11,2 \pm 5,5\%$; $8,4 \pm 3,5\%$ и $15,7 \pm 8,1\%$; $18,2 \pm 8,5\%$; $13,1 \pm 7,0\%$ соответственно. Обращает внимание то,

что в третьей группе суточный размах данного показателя был минимальным. Анализ суточной динамики индекса централизации показал, что наибольшие флуктуации он претерпевает в первой и второй группах. В период бодрствования – $57,9\%$ и $70,5\%$, в ночное время – $74,8\%$ и $91,5\%$ соответственно.

В третьей группе данный показатель изменялся от $72,5\%$ до $83,4\%$. Суточные изменения отношения значений низко- и высокочастотного компонентов ВРС в представленных группах имели обратный характер.

Так, в период бодрствования данный показатель равнялся в первой группе $268,7\%$; во второй – $226,7\%$ и в третьей – $338,9\%$, а в ночное время – $144,1\%$, $128,3\%$ и $193,4\%$ соответственно.

Корреляция показателей вариабельности сердечного ритма и температуры в биологически активных точках у беременных и родильниц

Исследование корреляционных связей между величиной температуры в биологически активных точках и основными показателями вариабельности сердечного ритма показало, что величина коэффициента корреляции и статистически достоверная значимая корреляционная связь с температурой в биологически активных локусах меняется у беременных и родильниц. Так, у беременных статистически достоверная положительная корреляционная связь слабой степени была выявлена по двум биологически активным точкам LI1S и TE1S (табл. 1). Некоторое усиление силы корреляционных связей (до $0,21$) и увеличение количества пунктов статистически значимых корреляций отмечается у беременных между индексом напряжения в положении стоя (TE1D, TE1S, HT9D). Характерным для периода беременности явилось усиление корреляционной силы до $0,33$ (переход в зону умеренной) и увеличение количества пунктов статистически значимой корреляционной связи для индекса напряжения в положении лежа (8 пунктов статистически значимой корреляционной связи от слабой до умеренной силы) (табл.1).

Для родильниц в отношении силы и количества статистически значимой корреляционной связи отмечалась практически зеркальная картина в сравнении с периодом беременности. Так, максимальное количество положительных корреляционных связей было зарегистрировано между индексом напряжения и величиной температуры в биологически активных точках (8 пунктов статистически значимой корреляционной связи от слабой до умеренной силы и средней степени) (табл.1). По шести пунктам отмечалась положительная корреляционная связь между величиной температуры биологически активных точек и индексом напряжения в положении стоя (6 пунктов статистически значимой корреляционной связи от слабой до умеренной силы). Слабая и умеренная положительная корреляционная связь лишь по двум пунктам отмечалась у родильниц в отношении индекса напряжения в положении лежа и величины температуры в биологически активных точках. Особо следует отметить, что во всех случаях статистически значимой корреляционной связи между величиной температуры в биологически активных точках и показа-

телями вариабельности сердечного ритма она была положительной. Этот факт в сочетании с тем, что количество статистически значимых связей между показателями вариабельности сердечного ритма и величиной температуры в биологически активных точках в различные фазы перинатального периода претерпевало изменения, имеет, на наш взгляд, важное значение, поскольку отражает степень смещения уровня функциональной напряженности у беременных и родильниц в зависимости от позы и связанной с ней динамикой функционального состояния вегетативной нервной системы. Так, было выявлено резкое увеличение индекса реактивности у родильниц, соответственно этому увеличилось количество статистически значимых корреляционных связей, в отличие от периода беременности, когда уровень реактивности по сравнению с родильницами был в несколько раз меньше. Вместе с тем индекс напряжения при беременности в положении лежа резко увеличил количество статистически достоверных положительных корреляционных связей с температурой в биологически активных точках в противовес индексу напряжения в положении лежа у родильниц. При этом следует отметить, что величина индекса напряжения в положении лежа у беременных и родильниц имела разнонаправленные изменения.

Индекс напряжения при беременности в положении стоя имел незначительное количество статистически достоверных положительных корреляционных связей с температурой в биологически активных точках, в отличие от индекса напряжения в положении стоя у родильниц, когда он резко возрос. При этом также следует отметить, что величина индекса напряжения в положении стоя у беременных и родильниц имела разнонаправленные изменения – у беременных уменьшилась, а у родильниц увеличилась.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что температура в биологически активных точках и показатели вариабельности сердечного ритма находятся

в тесной связи и не только отражают общую направленность изменений функционального состояния вегетативной нервной системы в ранний перинатальный период, но и несут отражение элемента специфичности изменений, который выражается в различной степени напряжения трофотропной и эрготропной составляющих вегетативной нервной системы у беременных и родильниц в ранний перинатальный период.

Оценивая в целом изменения функционального состояния вегетативной нервной системы беременных женщин в перинатальный период, следует отметить, что трофотропная и эрготропная функции претерпевают разнонаправленную динамику. Так, если в вегетативном обеспечении в состоянии покоя четко прослеживается снижение тонуса симпатического отдела, то при напряжении (в условиях ортопробы) отмечается выраженное нарастание симпатической составляющей. По-видимому, роды являются настолько мощной «встряской» для вегетативной нервной системы женского организма, что даже небольшое физическое напряжение у родильниц вызывает более стрессорный отклик вегетативного обеспечения, чем у беременных, обуславливая более значительный уровень симпатической активации при эрготропной деятельности. В состоянии покоя, наоборот, преобладание парасимпатических влияний у родильниц отражает тенденцию к парасимпатической активации, что, по-видимому, обусловлено упрощением вегетативного обеспечения при отсутствии в женском организме плода. Особенности суточной динамики функционального состояния вегетативной нервной системы у беременных и родильниц в ранний перинатальный период заключаются в том, что на фоне резкого преобладания уровня активности симпатического звена вегетативной регуляции (преимущественно надсегментарных отделов) наблюдаются значительные флуктуации как в симпатическом, так и в парасимпатическом отделах. Выявленная особенность регуляторного состо-

Таблица 1

Коэффициент корреляции «R» температуры в биологически активных точках и показателей вариабельности сердечного цикла у беременных и родильниц

Точки	Беременные			Родильницы		
	Реактивность	Ин лежа	Ин стоя	Реактивность	Ин лежа	Ин стоя
Ц4D	-0,09	0,19	0,03	0,08	-0,04	0,17
Ц4S	0,06	0,02	-0,06	0,24	0,12	0,26
Ц1D	0,02	0,17	0,12	0,33	0,03	0,27
Ц1S	0,17	0,1	0,13	0,26	0,05	-0,01
PC9D	-0,01	0,18	0,1	0,15	0,03	0,10
PC9S	0,16	0,14	0,16	0,15	0,03	0,12
TE1D	-0,09	0,33	0,21	0,44	0,09	0,28
TE1S	0,15	0,23	0,20	0,38	0,16	0,15
HT9D	0,03	0,26	0,18	0,15	0,06	0,19
HT9S	0,09	0,14	0,14	0,35	0,23	0,18
SI1D	0,03	0,19	0,08	0,20	0,07	0,22
SI1S	-0,02	0,18	0,15	0,33	0,19	0,16

Примечание: жирным шрифтом отмечены статистически достоверные значения коэффициента корреляции ($p < 0,05$).

яния вегетативной нервной системы отражает высокий уровень напряжения гомеостатических механизмов, направленных в дородовом периоде на обеспечение равновесия в системе «мать-плод», а в послеродовом – на ликвидацию физиологических последствий родового акта и восстановления гомеостаза в организме роженицы на качественно новом функциональном уровне. Наиболее выраженная суточная флуктуация индекса централизации у рожениц свидетельствует о том, что в ранний послеродовой период в этой группе интенсивность перестроечных и адаптационных процессов достигает высокого уровня.

Таким образом, учет циркадианной динамики функционального состояния вегетативной нервной системы беременных и рожениц является важным аспектом мониторинга и создает предпосылки для научно обоснованной коррекции режима сна и бодрствования беременных и рожениц в раннем перинатальном периоде. Измерение температуры в биологически активных точках в перинатальном периоде позволяет получить дополнительную информацию о перестроечных процессах в вегетативном обеспечении беременных и рожениц.

Список литературы

1. Шлык Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов: Монография – Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2009.- 255 с.
2. Дедов Д., Иванов А., Эльгардт И. Предикторы рецидива фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией // Врач.- 2011. - №5. - С. 83-85.
3. Клещеногов С.А., Флейшман А.Н. Прогнозирование осложнений беременности на основе изучения variability ритма сердца матери // Бюллетень Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук.- 2006.- №3.- С. 52-59.
4. Захаров И.С. Прогнозирование и коррекция адаптационных нарушений в группе риска позднего гестоза на основе кардиоинтервалографии: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Барнаул, 2003.- 21 с.
5. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
6. Хаспекова Н.Б. Регуляция вариативности ритма сердца у здоровых и больных с психогенной и органической патологией мозга: Дис. ... д-ра мед.наук.- М.: ИВНД, 1996.-236 с.

УДК 611.3

А.С. Безбородов, Д.В. Назарова, В.В. Плотников
Тюменская государственная медицинская академия

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У НОСИТЕЛЕЙ КОЛОСТОМ

Аннотация. Реконструктивно-восстановительные операции должны быть выполнены при радикальном лечении заболеваний ободочной кишки с максимальным сохранением функциональных отделов. Основной

этап операции - выполнение субтотальной резекции толстой кишки с поворотом на 180° и формирование асцендоректального циркулярного компрессионного анастомоза устройством из никелида титана. Данное устройство предназначено для формирования соустья на любом уровне ободочной кишки.

Ключевые слова: субтотальная резекция ободочной кишки, поворот толстой кишки на 180°, асцендоректальный циркулярный компрессионный анастомоз, никелид титан.

A.S. Bezborodov, D.V. Nazarova, V.V. Plotnikov
Tumen State Medical Academy, "Clinical Studies" Department

THE CHOICE OF COLON DISEASES TREATMENT OF COLOSTOMY CARRIERS

Annotation. Reconstructive and restorative operations have to be carried out with radical treatment of colon diseases, with maximum preservation of the functional departments. The main stage of the operation is doing subtotal resection of the colon with the rotation of 180° and the formation of ascendo rectal anastomosis device of NiTi. This device is intended for the formation of the anastomosis at any level of the colon.

Key words: subtotal resection of the colon, the colon turn 180°, ascendo rectal circular compression anastomosis, nickel titanium.

Хирургическое лечение ряда заболеваний ободочной кишки нередко завершается выведением стомы. Колостома инвалидизирует больного, создает массу неудобств как в личной жизни, так и в профессиональном отношении. В последние десятилетия в России идет неуклонный рост количества стомированных больных. По данным ВОЗ, число стомированных больных на 100000 населения составляет около 170 человек. Поэтому операции по восстановлению непрерывности толстой кишки имеют очень важное значение в настоящее время. Необходимо помнить, что простое выполнение восстановления проходимости на ободочной кишке может не дать желаемого результата. Это возникает тогда, когда происходит удаление наиболее «активных» в функциональном отношении илеоцекального и ампулярного отделов толстой кишки. Утрата данных отделов приводит к возникновению патологических синдромов, таких как диарея, рефлюкс илеит, воспаление терминального отдела подвздошной кишки. Выполнение реконструктивных операций в ряде случаев встречает на своем пути значительные трудности, такие как короткая культя прямой кишки, выраженный спаечный процесс в малом тазу, вовлечение в воспалительный процесс других органов, различные заболевания ободочной кишки: дивертикулярная болезнь, осложненная дивертикулитом, а также тяжесть патологического процесса. Поэтому даже при радикальном лечении заболеваний толстой кишки реконструктивно-восстановительные операции должны быть выполнены с максимальным сохранением