

добной интраоперационной ситуации ведение больного было более активным в плане раннего выявления абсцедирования забрюшинного пространства, выполнения своевременной ревизии салниковой сумки и релапаротомии.

Нами не обнаружено зависимости распространенности поражения парапанкреатической клетчатки от состояния самой железы. В случаях тотального гнойного парапанкреатита поджелудочная железа оставалась жизнеспособной, необходимости в каких-либо дополнительных манипуляциях не возникало. В то же время в 3 случаях, когда железа была черного цвета, потребовалась корпоро-каудальная резекция; в парапанкреатической клетчатке был выявлен невыраженный отек.

Таким образом, отражение в диагнозе степени поражения парапанкреатического пространства, с одной стороны, является прогностическим методом в течении заболевания, а с другой — предопределяет объем и характер оперативного вмешательства.

УДК 616.351—006.6—089.87

Ф.Ш. Ахметзянов, А.Г. Сунгатуллин, Е.А. Мельников (Казань) Брюшно-анальная резекция с низведением толстой кишки при лечении рака прямой кишки

Одним из наиболее частых осложнений при операции брюшно-анальной резекции прямой кишки является некроз низведенной в заднепроходной канал кишки. По мнению большинства авторов, некроз возникает вследствие нарушения кровоснабжения в трансплантате из-за склерозированных сосудов, натяжения брыжейки, сжатия стенки кишки и брыжейки сфинктером, недостаточно выраженной риолановой дуги.

Немаловажную роль играют интра- и послеоперационная гипотония. Наиболее часто некроз развивается на протяжении 2—3 см, то есть на участке, находящемся в анальном канале, что мы связываем с проведением через сфинктер большого количества тканей (стенка кишечника, брыжейка с проходящими в ней сосудами), в результате которого происходит сдавление питающих сосудов. Большое значение имеет неадекватная девульсия ануса.

В нашей клинике в течение 1,5 лет используется метод брюшно-анальной резекции прямой кишки с иссечением слизистой оболочки анального канала и пластикой ее слизистой оболочкой низводимой толстой кишки.

Приводим описание техники его выполнения.

Производят нижнесрединную лапаротомию с аппаратной коррекцией РСК-10 хирургического доступа, затем мобилизацию прямой кишки и нисходящего отдела толстой кишки со стороны брюшной полости до леваторов. Далее, со стороны промежности после ушивания ануса делают циркулярный разрез на границе слизистой кишки и кожи. Слизистую анального канала тупым и острым путем отделяют от сфинктера, выше которого пересекают мышечный слой прямой кишки. На уровне предполагаемой верхней резекци-

онной линии, в месте хорошего кровоснабжения, рядом с сосудом производят циркулярное рассечение серозно-мышечного слоя толстой кишки, который отделяют в дистальном направлении от подслизистого слоя на протяжении 3—4 см. На этом уровне кишечник перевязывают лигатурой и пересекают, резецированный участок кишечника удаляют. Проксимальный конец толстой кишки низводят через анальный канал, при этом со сфинктером соприкасается только подготовленный, как указано выше, подслизистый слой толстой кишки. Сосуды находятся выше анального сфинктера. Серозно-мышечную оболочку подшивают несколькими узловыми швами к верхнему краю внутреннего сфинктера, а слизистую — узловыми швами по периметру к коже. Таким образом, в анальном канале располагается только слизистая и подслизистая оболочки. Девульсию ануса не производят. В тех случаях, когда препарат с опухолью удается провести через сфинктер не растягивая последний, его выводят через анус, при невозможности этого — через брюшную рану. Дренажи в малый таз проводят забрюшинно через прокол в подвздошной области, преимущественно справа.

По описанному методу были прооперированы 26 больных в возрасте от 47 до 65 лет. В послеоперационном периоде один больной умер от острого инфаркта миокарда. В одном случае произошло выпадение небольшого участка слизистой оболочки низведенной кишки, которая была иссечена. У одного больного развился воспалительный процесс в малом тазу (по дренажу отходило мутное отделяемое), который был купирован путем промывания полости малого таза антисептиками и консервативными мероприятиями. Некроза низведенной кишки мы не наблюдали.

УДК 616.34—008.87—08

О.Г. Лазаренко, Д.К. Баширова (Казань). Комбинированная терапия хеликобактерассоциированного дисбактериоза кишечника

Нормальная микрофлора кишечника играет важную роль в поддержании состояния здоровья организма хозяина на оптимальном уровне. Нарушение качественного и количественного ее состава, обусловленное различными экзогенными причинами, принято определять как дисбактериоз кишечника (ДК).

Целью исследования являлась оптимизация методов коррекции ДК, ассоциированного с хеликобактерной инфекцией.

Нами были обследованы 100 человек с ДК в возрасте от 15 до 60 лет (женщин — 74, мужчин — 26). Были использованы клинический, бактериологический и инструментальный методы исследования. Установлено, что 66% человек были инфицированы *Helicobacter pylori*. При анализе микробиоценоза кишечника у лиц с хеликобактерной инфекцией ДК I степени не выявлен ни у одного больного, ДК II степени был у 29 (43,9%), III — у 31 (46,9%), IV — у 6 (9%).

На фоне дефицита бифидобактерий отмечался повышенный рост условно-патогенной флоры