

шечника восстанавливалась к концу первых суток послеоперационного периода. Болевой синдром был выражен меньше по сравнению с открытыми оперативными вмешательствами. Самостоятельный стул был к 3–4 суткам после операции. Послеоперационное осложнение наблюдалось в одном случае, было отмечено нагноение швов в области извлечения препарата после правосторонней гемиколэктомии. Летальных исходов не было. Оперативные вмешательства выполнялись хирургами, имеющими большой опыт выполнения как лапароскопических операций, так и владеющими методами традиционных операций в колопроктологии. Основным условием успешного применения эндохирургических технологий у больных колоректальным раком является компромисс между их преимуществами, основным из которых является малотравматичность доступа и необходимостью соблюдения основных онкологических принципов радикальности, абластики, адекватной лимфаденэктомии.

#### ВЫВОДЫ

Выполнение лапароскопических операций при опухолях колоректальной области представляется перспективным направлением радикальной хирургии. Необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ полученных результатов.

**Н.В. Тишков, Д.Г. Данилов, И.А. Очиров**

### ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

*ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

Несмотря на свои положительные качества метод чрескостного остеосинтеза не лишен и специфических для него осложнений. По данным литературы большинство авторов отмечают воспалительные осложнения в местах выхода чрескостных элементов, составляющие от 1,5 до 49,5 %. Наиболее чаще эти осложнения развиваются на этапе амбулаторного наблюдения за больными. Несмотря на то, что в последние годы методы внутреннего остеосинтеза выступают во многих клиниках как преобладающие, чрескостный остеосинтез прочно занял свое место в лечении больных ортопедо-травматологического профиля. Поэтому вопросы, связанные с его использованием не потеряли актуальности и в настоящее время и требуют дальнейшего изучения.

Нами был проведен анализ лечения 184 пациентов поступивших в клинику НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН в период 2000 по 2006 гг. с гнойными осложнениями, развившимися в местах проведения чрескостных элементов после применения чрескостного остеосинтеза при лечении переломов бедра и голени. Остеосинтез спицевыми аппаратами внешней фиксации проводился в 70 % случаев. Срок поступления пациентов после травмы составил от 4 месяцев до 8 лет. Гнойные осложнения развились на этапе амбулаторного наблюдения у 96 % больных.

Нарушение течения репаративного процесса в поврежденном сегменте, проявляющееся в несращении перелома или формировании ложного сустава, было отмечено у 45 пациентов. В 75 % случаев пациенты поступили на лечение после достижения консолидации перелома и при наличии функционирующего свища в местах проведения чрескостных элементов в сроки от 3 месяцев до 8 лет после демонтажа аппарата внешней фиксации. Наличие контрактур смежных суставов и деформация поврежденного сегмента наблюдалась у 82 % больных.

Анализ ошибок и осложнений применения чрескостного остеосинтеза при лечении переломов костей нижней конечности позволил нам выделить три основные группы ошибок:

#### **А. Тактические ошибки:**

- Использование чрескостных аппаратов в компоновках, заведомо не обеспечивающих стабильной фиксации перелома.

#### **Б. Технические ошибки:**

- Нарушение техники чрескостного остеосинтеза: проведение спиц с использованием высокооборотистой дрели, проведение спиц в местах наибольшего объема мягких тканей и их подвижности, применение критических воздействий на чрескостные элементы при осуществлении репозиции перелома вызывающих натяжение мягких тканей, неадекватный подбор внешних опор чрескостного аппарата, нарушение правил асептики.

#### **В. Ошибки реабилитации:**

- Наблюдались на различных сроках после остеосинтеза и были обусловлены пренебрежением рекомендаций по уходу за чрескостным аппаратом, отсутствие динамического наблюдения за пациентами на амбулаторном этапе. А так же отсутствие эффективного лечения при начальных проявлениях воспалительных осложнений в местах выхода чрескостных элементов и пренебрежение адекватной хирургической санацией некротически-гнойного очага в кости на различных этапах лечения.

Проведенный анализ причин развития осложнений при использовании в лечении методик чрескостного остеосинтеза показал, что тактические ошибки в сочетании с нарушением техники остеосинтеза и просчеты в реабилитации на амбулаторном этапе приводят к развитию гнойных осложнений. А неэффективное лечение при начальных проявлениях воспалительных осложнений в местах выхода чрескостных элементов и пренебрежение адекватной хирургической санации некротически-гнойного очага в кости приводит к развитию хронического спицевого остеомиелита.

**Н.В. Тлеубаева, И.В. Власова, С.В. Власов, А.А. Пронских**

### **ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ**

**Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» (г. Ленинск-Кузнецкий)**

Артроз тазобедренных суставов II – III степени сопровождается изменением стереотипа движений, ограничением подвижности, что приводит к нарушениям гемодинамики в нижних конечностях. Эндопротезирование (ЭТБС) в 64 – 77 % случаев может осложняться тромбозом вен, поэтому оценка степени риска тромботических осложнений является актуальной проблемой.

**Целью работы** явилось изучение гемодинамики в венах нижних конечностей у пациентов с односторонним коксартрозом III стадии. Обследовано 40 пациентов ( $53,1 \pm 13,8$  лет) методом дуплексного сканирования на аппарате «Acuson 128 XP/10c». Оценивали проходимость вен, диаметр, состояние клапанного аппарата. Проводили ортостатическую пробу с измерением диаметра общей бедренной вены (ОБВ) в состоянии пациента лежа и в состоянии ортостаза. Сравнение производили внутри группы между показателями здоровой и пораженной конечности, а также с данными контрольной группы (КГ), состоявшей из 10 здоровых добровольцев ( $52,4 \pm 8,8$  лет). В КГ диаметр ОБВ в положении пациента лежа был равен  $9,91 \pm 1,45$  см, асимметрии не отмечалось. В ортостазе диаметр ОБВ был равен  $14,92 \pm 1,39$  см, прирост значений –  $50,55 \pm 22,28$  %. Различий между показателями в правой и левой конечностях не было. В основной группе нарушения проходимости вен, клапанной несостоятельности не отмечалось. Диаметр ОБВ пораженной конечности в положении больного лежа составил  $8,32 \pm 1,75$  см, что статистически значимо не отличалось от значений здоровой конечности ( $8,24 \pm 1,91$  см). Однако у всех пациентов была асимметрия диаметров ОБВ: у 14 человек – от 15 до 50 %, у 26 человек – менее 15 %. Это могло свидетельствовать о разном базовом тоне венозной стенки. Диаметр ОБВ и пораженной, и здоровой конечности был достоверно меньше диаметра ОБВ в КГ, что указывало на более высокий тонус вен в основной группе. В положении свободного ортостаза диаметр ОБВ пораженной конечности ( $11,32 \pm 2,23$  см) и степень прироста диаметра ( $38,1 \pm 22,13$  %) были достоверно меньше аналогичных показателей КГ. Значимого различия диаметра ОБВ и степени его прироста в ортостазе ( $54,61 \pm 29$  %) между здоровой конечностью и показателями КГ выявлено не было. Снижение растяжимости стенки вен способствует повышению внутрисосудистого давления и может быть одним из факторов, предрасполагающих к развитию тромбоза в венах нижних конечностей. Таким образом, нарушение статико-динамической функции у пациентов с коксартрозом приводит к повышению тонуса магистральных вен нижних конечностей, что проявляется снижением ортостатической дилатации вены на стороне измененного сустава.

**И.Г. Толстокоров, В.А. Бомбизо, В.Н. Абраменко, В.М. Каркавин, Т.А. Удовиченко**

### **ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**МУЗ «Городская больница № 1» (г. Барнаул)**

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Определение тактики ведения пациентов при хирургическом лечении осложненной формы рака толстой кишки

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Анализируются сведения, касающиеся 481 пациента, поступившего в клинику с 1998 по 2006 гг. Мужчин было 182 (37,7 %), женщин 299 (63,3 %). Возраст пациентов колебался от 19 до 91 года, причем