

В качестве компонента энтерального питания использовали гиперкалорическую сбалансированную смесь «Нутризон» («Нутриция», Голландия). Дозу препарата рассчитывали индивидуально для каждого пациента на должествующую массу тела, с учетом азотистого баланса и потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта).

Кроме энтерального питания внутривенно вводили растворы электролитов: физиологический раствор хлористого натрия, растворы Рингера, калия и пр. Общее время проведения зондового энтерального питания до операции составляло $12,5 \pm 1,7$ сут.

Всего энтеральное питание через еюностому было проведено у 12 пациентов с раком пищевода, осложненным непроходимостью. Основным осложнением зондового энтерального питания у наших больных были диспептические расстройства, в виде диареи, которая отмечена у двух пациентов. Купирование диареи было достигнуто уменьшением скорости введения питательной смеси. Ни в одном случае данное осложнение не привело к прекращению питания.

Динамический контроль за восстановлением питательного статуса у пациентов осуществлялся ежедневно. Для объективной оценки использовали индекс массы тела, измеряли толщину кожно-жировой складки трицепса, окружность мышц плеча, лабораторные показатели (общий белок, альбумин, лимфоциты, азотистый баланс).

Уже через 7 суток проведения энтерального питания отмечено снижение катаболического индекса до близких к нормальным значениям цифр, концентрация белка также увеличилась и приблизилась к нижней границе нормы.

Таким образом, формирование арефлюксной еюностомы для проведения энтерального питания у пациентов опухолевой непроходимостью пищевода может служить методом выбора в проведении предоперационной реабилитации. Энтеральное питание через еюностому эффективно, обладает меньшими побочными эффектами и экономически более оправдано. Наиболее приемлемым субстратом энтерального зондового питания должны служить гиперкалорические сбалансированные смеси.

А.В. Малышев

ЭНДОГЕННЫЙ ПРОТЕОЛИЗ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В УРОЛОГИИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

В патогенезе острого бактериального воспалительного процесса любой локализации существенное значение имеет формирование в очаге патологических белковых субстанций. Они образуются вследствие экссудации белков плазмы крови, девитализации тканей, распада клеток и бактерий. Не имея кровообращения, они являются прекрасной средой для вегетации бактерий и защищают их от действия применяемых антибактериальных препаратов. Таким образом, обеспечивается существование источника перманентного реинфицирования, затрудняется элиминация микробов, что может привести к неблагоприятному варианту развития воспалительного процесса. Поэтому традиционно в комплексе лечения острого бактериального воспалительного процесса применяются мероприятия, направленные на элиминацию патологических белковых субстанций — хирургическая обработка, дренирование, санация, ферментативный протеолиз.

Если говорить об острых воспалительных процессах в органах мочеполовой системы, то существенной их особенностью является непосредственный и постоянный контакт очага воспаления с мочой, которая, как известно, обладает протеолитическими свойствами. Таким образом, в мочевыводящих путях существует эндогенный ферментативный саногенетический механизм, направленный на элиминацию патологических белковых субстанций.

В исследованиях, проведенных на 122 больных острым обструктивным и необструктивным пиелонефритом и 20 практически здоровых пациентах, установлено, что протеолитическая активность мочи снижается в тесной зависимости от состояния функции почки. Тем самым нарушается эндогенный механизм элиминации контаминированных субстанций из просвета мочевыводящих путей. Решающее значение при этом имеют нарушения уродинамики и кровообращения в почке, что приводит к снижению синтеза протеолитических ферментов в клетках почечной паренхимы.

Недостаточность эндогенных санационных механизмов требует соответствующей коррекции при лечении острых воспалительных заболеваний. Одним из вариантов повышения протеолитической активности в мочевыводящих путях является применение локального энзиматического протеолиза с помощью иммобилизованного на водорастворимой полимерной матрице ферментного препарата «Имозимаза».

В серии стендовых опытов было показано, что активность фермента не ингибируется составляющими мочи. Кроме того, она сохраняется на достаточно высоком уровне в любом диапазоне pH, который теоретически может иметь моча человека.

В серии опытов на крысах была произведена оценка эффективности использования локального внутрипузырного протеолиза имозимазой на оригинальной модели острого бактериального цистита. Как было установлено при гистологических исследованиях органов мочеполовой системы крыс, эффективная элиминация инфекта при санации ферментным препаратом позволила уменьшить распространенность и интенсивность воспалительного процесса как в мочевом пузыре, так и в предстательной железе.

При оценке клинической эффективности локального энзиматического протеолиза при лечении острого обструктивного пиелонефрита ($n = 16$) было установлено, что у больных при его применении быстрее нормализовались показатели, характеризующие проявления воспалительного процесса в почке — бактериурия, лейкоцитурия.

Таким образом, снижение эндогенного локального протеолиза в мочевыводящих путях является важным в патогенезе острых бактериальных воспалительных процессов, а методы коррекции патогенетически обоснованы и клинически эффективны.

И.Н. Михайлов

ОПТИМИЗАЦИЯ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОНТЕДЖА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Переломовывихи Монтеджа составляют 0,4 – 5,5 % среди всех повреждений предплечья. Результаты лечения данной нозологии неудовлетворительные и достигают 95 %. При давности повреждения Монтеджа более 6 – 8 дней закрытая репозиция костных отломков локтевой кости и вправление вывиха головки лучевой кости безуспешны (Павлов Д.В., 2000).

Оперативные методы лечения повреждений Монтеджа делятся на паллиативные и радикальные. Одним из известных и применяемых методов лечения повреждений Монтеджа является чрескостный остеосинтез.

Целью нашего исследования явилось усовершенствование технологии чрескостного остеосинтеза при лечении больных с повреждением Монтеджа.

Анализ литературных данных по методам лечения переломовывиха Монтеджа показал, что все известные технологии исключают возможность ротационных движений предплечья на протяжении всего этапа фиксации предплечья. Это приводит к стойким контрактурам в проксимальном, дистальном лучелоктевом сочленениях, локтевом и кистевом суставах, ретракции межкостной мембраны.

Нами предложен способ чрескостного остеосинтеза переломовывихов Монтеджа. Аппарат внешней фиксации состоит из проксимальной базовой опоры с кольца, 2 промежуточных опоры $1/3$ кольца и 2 дистальных внешних опор в виде $1/3$ кольца. Внешние опоры соединены резьбовыми стержнями. На проксимальной и дистальной внешних опорах установлены кронштейны с резьбовым отверстием, в которых фиксированы стержни-шурупы. На промежуточных внешних опорах укреплены репозиционные узлы, содержащие выносной резьбовой стержень, фиксированный к промежуточным опорам при помощи кронштейнов с резьбовым отверстием. На выносном резьбовом стержне установлен элемент с взаимоперпендикулярными отверстиями, в одном из которых закреплен стержень-шуруп перпендикулярно выносному резьбовому стержню. Концы проксимальной опоры соединены резьбовым стержнем при помощи кронштейнов с резьбовым отверстием. На резьбовом стержне в проекции лучевой кости укреплен репозиционный узел, включающий элемент с взаимоперпендикулярными отверстиями, в одном из них фиксирован резьбовой стержень, на котором посредством вращающегося кронштейна укреплен стержень-шуруп.

Введение стержней-шурупов в проксимальный и дистальный костные отломки локтевой кости и их фиксация во внешних опорах аппарата, введение стержня-шурупа в дистальный отдел лучевой кости обеспечивают возможность адаптации головки лучевой кости к лучевой вырезке локтевой кости и выполнения одновременной и изолированной репозиции локтевой кости с целью восстановления ее длины.

Введение стержня-шурупа в проксимальный отдел лучевой кости и его фиксация в репозиционном узле, установленном на проксимальной внешней опоре аппарата, позволяет вправить головку лучевой кости при всех возможных смещениях.

Демонтаж подсистемы с проксимальной базовой внешней опоры и стержня-шурупа из лучевой кости на 20 сутки, обеспечивая возможность более ранней разработки ротационных движений предплечья и предотвращает развитие контрактур в смежных суставах. Фиксация костных отломков локтевой кости продолжается.