

Л.Ф. Пак, В.Е. Воловик, Н.Ф. Степанкова

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЗАКРЫТОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО
ОСТЕОСИНТЕЗА С БЛОКИРОВАНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ
С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ****ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)
ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (г. Хабаровск)**

В клинике травматологии и ортопедии ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» г. Хабаровска с 2004 г. применяется метод закрытого интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных переломов голени стержнями прямоугольного поперечного сечения с блокированием на проксимальном и дистальном уровнях.

Данным способом оперировано 83 пациента, у 7 операции выполнены на обеих голених. По локализации переломы были: субистмальные — 33, истмальные — 21, супраистмальные — 15, фрагментарные — 14; из них 27 — неопорные переломы. Срок наблюдения — от 1,5 месяцев до 2 лет. Полная консолидация достигнута у 62 пациентов с хорошим функциональным результатом. У остальных пациентов переломы в стадии консолидации. Средний срок нетрудоспособности составил 2,5 месяца. Предлагаемый метод не требует специального инструментария, доступен любому травматологическому отделению.

С 2006 года наряду с представленным методом внедрен закрытый интрамедуллярный остеосинтез с блокированием инструментарием ООО «ОСТЕОМЕД» (г. Москва). Оперировано 32 больных, 17 из них выполнен остеосинтез при неопорных переломах.

Представленные методы относятся к малоинвазивным, функциональным, не требуют дополнительной внешней иммобилизации.

У 16 пациентов при открытых переломах костей голени интрамедуллярный остеосинтез выполнен в отсроченном порядке. При поступлении производилась первичная хирургическая обработка ран, стабилизация переломов модульным аппаратом внешней фиксации или скелетным вытяжением. При отсутствии признаков воспаления через 5 — 7 дней выполнялся интрамедуллярный остеосинтез.

Осложнений при применении данной технологии не отмечено.

И.В. Панкратов**К МЕТОДИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА ПОСЛЕ
ИНТЕРСФИНКТЕРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ****НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (г. Северск)**

В последние десятилетия во многих странах мира, в том числе и в России, отмечается рост заболеваемости колоректальным раком. Операцией выбора при опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки, до недавнего времени, являлась брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Работы по изучению дистального распространения опухоли при раке прямой кишки послужили толчком для разработок сфинктеросохраняющих операций. Интерсфинктерная резекция, являясь онкологически оправданной при экзофитных злокачественных опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки, гораздо физиологичнее экстирпации органа. Лечение пациентов со злокачественными опухолями нижеампулярного отдела прямой кишки чаще всего сопряжено с утратой запирающего аппарата, что приводит к стойкой инвалидизации и снижению качества жизни больного. Достигнув определенного радикализма, исследователи во всем мире продолжают поиски способов улучшения функциональных результатов этой операции.

Разработан в эксперименте и внедрен в клинику способ интерсфинктерной резекции прямой кишки (патент РФ № 2206280 от 20.06.2003) с формированием толстокишечного резервуара с гладкомышечным жомом. Радикализм интерсфинктерной резекции по отношению к «низкому» раку достигается сочетанием тотальной мезоректумэктомией до уровня перехода леваторов в длинную мышцу анального канала и удалением прямой кишки с внутренним сфинктером. Всего по данной методике оперировано 34 больных (23 мужчины и 11 женщин) в возрасте от 34 до 77 лет ($m = 56,0 \pm 2,85$ г.). Во всех случаях опухоль располагалась в нижеампулярном отделе, стадия процесса T1-3N0-1M0.

Для достоверной оценки характера роста «низкого» рака всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась эндоскопическая ультрасонография. Высокая разрешающая способность менее 1 мм, недоступные другим диагностическим методам, позволила с достоверностью оценить степень распространенности опухолевого процесса, что позволило выполнить сфинктерсохраняющую операцию.

Проведенное обследование в контрольные сроки после операции, а также изучение качества жизни пациентов в различные сроки после операции, показали положительное влияние формируемой «neorectum» на социально-трудовую реабилитацию пациентов. С помощью инструментальных методов исследования доказана органическая и функциональная состоятельность формируемой структуры и сохраненного сфинктера.

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.

Е.В. Пешков, Б.Г. Пушкарёв, Ю.В. Желтовский, О.А. Гольдберг

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МОДЕЛИРОВАНИЮ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Инфекционный эндокардит представляет собой сложную проблему современной кардиохирургии. Несмотря на комплексный подход к лечению этого заболевания, даже с применением последних достижений антибактериальной химиотерапии и высокотехнологичных вмешательств, летальность остается высокой. Для разработки новых способов лечения этого заболевания необходимо создание адекватной экспериментальной модели, что на сегодняшний день является труднореализуемой задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Воспроизведение инфекционного эндокардита на мелких лабораторных животных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены на 74 крысах обоего пола (Wistar) весом 220 — 250 г. Все животные объединены в три основные группы. Стандартная аналгезия всем животным проводилась путем внутрибрюшинного введения кетамина 0,05 мл 5% р-ра\100 г. и дроперидола 0,05 мл 0,25% р-ра\100 г. Всем животным вводилась внутривенно стандартная взвесь, состоящая из *E. coli* и *Ps. aeruginosa*. Для сенсibilизации — по 10^5 микробных тел в объеме по 0,5 мл, для инфицирования — от 10^7 до 10^9 микробных тел в 0,25 — 0,5 мл. С целью травмирования эндокарда правого сердца вводился полиэтиленовый проводник через *v. jugularis*. Производился забор для морфологического исследования. Животным первой группы выполняли повреждение эндокарда правых отделов струной, а внутривенное введение смеси культур 0,5 мл *E. coli* 10^7 КОЕ и 0,5 мл *Ps. Aeruginosa* 10^7 КОЕ (соотношение 1 : 1) проводили на 3-и сутки. Животным второй группы перед введением струны проводили внутривенное введение смеси культур *E. coli* 10^5 КОЕ 0,5 мл и *Ps. Aeruginosa* 10^5 КОЕ 0,5 мл. На 3-и сутки проводили введение струны в правые отделы сердца и повторное введение смеси культур 0,5 *E. coli* 10^9 КОЕ и 0,5 мл *Ps. Aeruginosa* 10^9 КОЕ (соотношение 1 : 1). Животным третьей группы выполняли внутривенное введение раствора гидрокортизона ацетата в дозе 0,125 мг на 100 г веса крысы, затем повреждали струной эндокард правых отделов и осуществляли введение смеси культуры бактерий 0,5 *E. coli* 10^7 КОЕ и 0,5 мл *Ps. Aeruginosa* 10^7 КОЕ, в соотношении 1 : 1. В этой группе для получения оптимальных результатов изменяли порядок введения струны, бактерий, гидрокортизона а также временные интервалы. Были выделены 3 подгруппы: 3а подгруппа — внутривенное введение раствора гидрокортизона, введение струны и указанной смеси культур бактерий через 72 часа; 3б подгруппа — одновременное введение раствора гидрокортизона и струны, а введение инфекционного агента через 48 часов; 3в подгруппа — одновременное введение раствора гидрокортизона и струны, а введение инфекции — смеси культур бактерий — через 24 часа.