

лась кожная пластика. Удаленные новообразования в обязательном порядке направлялись на гистологическое исследование. Малигнизации не выявлено ни в одном случае.

В основной группе пациенты получали йодантипирин 100 мг 2 раза в день 25 дней и 50 дней по 100 мг 1 раз в день. В контрольной группе лечение проводилось по традиционной методике. Послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах не наблюдалось. В основной группе больные находились на стационарном лечении $6,2 \pm 2,1$ дня, в контрольной $7,3 \pm 2,5$ дня. Рецидив заболевания наступил у 4 больных (11,1 %) контрольной группы и у 1 больного (2,5 %) основной группы.

ВЫВОД

Комплексное лечение перианального кондиломатоза с применением радиохирургического иссечения и препарата йодантипирин позволило сократить сроки госпитализации и количество рецидивов заболевания.

**М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, Т.Н. Хафизов, Е.И. Сендерович, А.В. Куляпин,
А.А. Ибатуллин**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)**

Малоинвазивные методики лечения широко применяются во многих областях хирургии, но мнение большинства исследователей по поводу применения их в лечении онкологической патологии до последнего времени было достаточно сдержанным. Этот факт был обусловлен, прежде всего, онкологическими концепциями: необходимостью обширной мобилизации толстой кишки, резекции большого ее сегмента с брыжейкой и региональными лимфатическими узлами.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных с колоректальным раком путем внедрения эндохирургических оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2006 году в нашей клинике оперировано 11 больных с колоректальным раком. Мужчин было 5 (45,5 %), женщин 6 (54,5 %). Возраст больных колебался от 54 до 69 лет. Подготовка кишечника больных проводилась препаратом Фортранс. У 5 пациентов по поводу рака правой половины ободочной кишки выполнена правосторонняя лапароскопически ассистированная гемиколэктомия, у 3 больных с раком нисходящего отдела ободочной кишки выполнена лапароскопически ассистированная гемиколэктомия слева. Одной больной выполнена резекция сигмовидной кишки. 2 пациентам произведена передняя резекция прямой кишки по поводу рака прямой кишки, в обоих случаях опухоль располагалась на расстоянии 12 – 13 см от ануса.

Оперативные вмешательства выполнялись по поводу рака толстой и прямой кишки $T_{2-3}N_0M_0$ у 8 пациентов, $T_3N_2M_0$ у 3 больных. Мобилизация кишки с опухолью осуществлялась в стандартном объеме в зависимости от локализации, единым блоком с клетчаткой и лимфатическим аппаратом. При мобилизации кишки мы использовали гармонический скальпель, что позволяло проводить многие этапы операции на совершенно сухом операционном поле. Обработка сосудов производилась электрохирургическим генератором LigaSure с 10 мм аппликатором для лапароскопической хирургии LigaSure Atlas.

При выполнении гемиколэктомий, после этапа мобилизации кишки с опухолью, производился мидоступ (длинной от 4 до 6 см) в правом или подреберье, левой подвздошной области, в зависимости от локализации опухоли и конституции пациента. В рану выводился пораженный участок кишки, производилось ее пересечение и наложение экстракорпорального анастомоза.

При выполнении передней резекции прямой кишки мы применяем линейные степлеры и циркулярные сшивающие аппараты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность операции составляла от 1,5 до 3,5 часов. Конверсий не было. К интраоперационным осложнениям можно отнести кровотечение при выделении нижней брыжеечной артерии, остановленное с применением аппарата LigaSure. У одной больной выполнена симультанная операция — лапароскопическая холецистэктомия. Течение послеоперационного периода было гладким. Перистальтика ки-

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.