

Начало заболевания связано с политравмой, разрывом мочевого пузыря, отрывом уретры от шейки мочевого пузыря. На момент поступления у пациента отсутствовало самостоятельное мочеиспускание, мочеотделение – по эпицистостоме. Объем мочевого пузыря составлял 10–15 мл – вторично сморщенный мочевой пузырь. Двухсторонний пассивный пузырно – мочеточниковый рефлюкс. Структура уретры протяженностью 8 см. Была выполне-

на операция илеоцистопластика, пластика уретры с использованием слизистой ротовой полости. В результате у пациента была восстановлена резервуарная функция мочевого пузыря, восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Таким образом, использование современных лечебных технологий с применением аутотрансплантатов является перспективным направлением в лечении больных с тяжелой урологической патологией.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОНТАМИНИРОВАННЫХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Забихова А.Г., Абелевич А.И.

ГУЗ "Нижегородская областная клиническая больница им. Семашко", МУЗ «Балахнинская ЦРБ», Нижний Новгород, Россия

При операциях на толстой кишке, сопровождающихся вскрытием просвета кишки и контаминацией брюшной полости частота гнойно-септических осложнений (ГСО) остается значительной и достигает 25–30%. Кроме того, на фоне широкого и нерационального применения антимикробных препаратов (АМП) увеличивается частота антибиотикоассоциированных диарей (ААД).

Нами предложен новый способ антибиотикопрфилактики (АБП) в виде комбинации рифаксимины и цефтриаксона. Рифаксимин – неабсорбируемый кишечный антибиотик широкого спектра действия, включающего *Clostridium difficile* – основной возбудитель ААД. Цефалоспорины – системный компонент АБП.

Цель исследования – оценить эффективность нового способа АБП при операциях на толстой кишке

Материалы и методы. Рифаксимин вводился внутрь в дозе 200 мг 3р/д в течение двух дней до операции и двух дней после в сочетании с периоперационным введением цефтриаксона по 1,0 2р/д в/м.

Всего пролечено 80 больных в возрасте от 45 до 75 лет, среди которых женщин 54% и мужчин 46%. Всем им были выполнены плановые операции на толстой кишке, сопровождающиеся вскрытием просвета и контаминацией брюшной полости.

Основная группа – 40 человек – в качестве АБП получала цефалоспорины и рифаксимин.

Контрольная группа – 40 человек – в качестве АБП получала цефалоспорины и аминогликозиды.

В послеоперационном периоде оценивалась частота развития ГСО и ААД.

Результаты. В контрольной группе нагноение послеоперационной раны развилось у 1,9% больных, сепсис – у 0,5%, в том числе – 1 летальный исход, антибиотикоассоциированная диарея – у 14,9%, в том числе – 2 летальных исхода, перитонит – у 0,5%, в том числе – 1 летальный исход, межкишечный абсцесс – у 0,16%, забрюшинные и тазовые флегмоны – у 0,32%, толстокишечные свищи – у 0,32% больных.

В основной группе нагноение послеоперационной раны развилось у 0,16%, антибиотикоассоциированная диарея – у 3,1%. Другие гнойные осложнения не наблюдались. Летальных исходов не было.

Вывод. Предложенный способ АБП способствует уменьшению частоты послеоперационных ГСО и *C. difficile* – ассоциированных колитов и может быть эффективно использован при плановых колоректальных операциях.

НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Ильинский О.И.¹, Шумаков Д.В.²

¹ Медицинский центр Питсбургского университета, Дублин, Ирландия

² ФГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. академика В.И. Шумакова» Минздравсоцразвития РФ, Москва

Метод нейромодуляции путём электростимуляции задних рогов спинного мозга, корешков и периферических нервов применяется с 1967 года. Происходит постоянное развитие и улучшение технических

возможностей имплантируемых устройств. Начиная с девяностых годов XX столетия появились многоканальные пульс-генераторы, что позволило значительно повысить качество нейростимуляции и добиваться лучших результатов лечения.

Цели исследования. Изучить возможности использования метода нейромодуляции в лечении пациентов с рефрактерной хронической болью в области тазовых органов (Chronic Pelvic Pain). Определить оптимальные параметры электростимуляции при ретроградном эпидуральном расположении крестцовых электродов в области сакральных корешков на уровне S3.