

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ  
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАНОЙ ПАТОЛОГИИ  
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ**

**Галеев Р.Х., Булатов Д.А.**

*Республиканская клиническая больница МЗ РТ,  
Казанская государственная медицинская академия*

В настоящее время одной из самых сложных проблем в урологии являются заболевания связанные с отсутствием или клинически значимой деформацией значительных участков мочевых путей. Данные состояния являются результатом различных заболеваний и травм. Можно составить предположительный алгоритм наступления подобных состояний: травматическое поражение (манifest заболевания) – оперативное лечение – несостоятельность швов – длительное стояние стомы – хронический воспалительный процесс – сморщивание тканей со склерозированием – полная или частичная утрата функции органа. Данный алгоритм приемлем для любых отделов мочевыводящих путей. По данным

различных авторов процент осложнений после пластических операций составляет от 12 % до 27%.

В нашей клинике накоплен значительный опыт использования аутоотрансплантатов при хирургическом лечении стриктур мочевых путей. С 1981 года в качестве аутоотрансплантата для замещения мочевого пузыря используется сегмент подвздошной кишки. Выполнено всего 385 операций. Состояния при которой выполняется данная операция в различных модификациях разнообразны: онкологические заболевания, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, травматические поражения мочевых органов. За последние годы выполнено 5 операций с замещением слизистой уретры аутоотрансплантатом – слизистой ротовой полости при поражении уретры с протяженностью свыше 5 см. Данное состояние наиболее характерно для пациентов уже перенёсших пластические операции на уретре.

Отдельно нужно сказать о комбинированном использовании аутоотрансплантатов мочевого пузыря и уретры. Приводим пример. В нашу клинику обратился пациент, который в течение последних 5 лет перенёс 5 операций на мочевом пузыре и уретре.

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 антибиотикассоциированных диарей (ААД).

Нами предложен новый способ антибиотикопрофилактики (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.<sup>1</sup>, Шумаков Д.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Медицинский центр Питсбургского университета, Дублин, Ирландия

<sup>2</sup> 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.