

Местными можно считать асептический некроз головки бедра, ложный сустав шейки бедра, миграцию и искривление конструкций, нагноение ран и т.д.

При реабилитации таких больных используются всевозможные методы и средства лечебной физкультуры. Со дня поступления больного рекомендуются активные занятия дыхательной гимнастикой, упражнения для здоровых конечностей, легкий массаж нижних конечностей, самомассаж живота.

Дыхательная гимнастика представляет собой методическое сочетание элементарных гимнастических упражнений (главным образом, общего характера) и специальных дыхательных упражнений. При этом используются различные исходные положения или различные изменения соотношений дыхательных фаз. При выполнении необходимо придерживаться носового дыхания, избегать гипервентиляции и добиваться урежения частоты дыхания.

Целью занятий лечебной гимнастикой в периоде постельного режима является повышение общего психо-эмоционального тонуса, улучшение трофики тканей, профилактика возможных осложнений. Необходимо, чтобы больные систематически выполняли изометрические напряжения мышц больной ноги. Большое внимание следует обращать на улучшение тонуса мышц, ротирующих бедро внутрь, так как принимаемое конечностью положение наружной ротации в последующем может закрепиться и стать постоянным. В первую неделю после операции изометрические напряжения мышц должны быть ритмичными и кратковременными. В дальнейшем время удержания мышц в сокращенном состоянии увеличивается до 5–7 секунд. Количество сокращений в начале не должно превышать 4–6 раз, в последующем число их можно довести до 16–20. Изометрической гимнастикой больные должны заниматься час на протяжении дня.

При оперативном лечении занятия лечебной гимнастикой возобновляются с 2–3 суток, после операции и включают в себя присаживания с 4–5 суток, активные передвижения по кровати — с 5–6, повороты на здоровый бок (при отсутствии болевого синдрома) — с 6–8, опускание ноги на пол с поддержкой за ленту — с 12–14 суток, подъем на ноги — с 14–16 при отсутствии болевого синдрома.

При консервативном лечении комплекс упражнений расширяется за счет активных присаживаний, передвижений как по ширине, так и по длине кровати, укладывания на здоровый бок. К концу первого месяца больной должен сидеть либо без опоры, либо с частичной опорой на руки, передвигаться по кровати и свешивать здоровую ногу, частично опираться здоровой ногой о пол. При отсутствии выраженного болевого синдрома садиться, свесив ноги с кровати, придерживая поврежденную конечность лентой за стопу. Подъем на ноги возможен с конца третьей — начала четвертой недели после травмы.

Во избежание повторных травм до обучения ходьбе с помощью костылей необходимо освоить упражнения на равновесие, подготовить здоровую конечность к предстоящей нагрузке. При этом при консервативном методе лечения переход на ходьбу с помощью одного костыля или трости произволен при хорошем самочувствии и отсутствии выраженного болевого синдрома. Возможно неоднократное возвращение к ходьбе с помощью обоих костылей. При оперативном методе лечения приступать на больную конечность не ранее конца 4-го месяца после операции. До конца 6-го месяца давать частичную опору с постепенно увеличивающейся нагрузкой. Полная опора на поврежденную ногу не ранее чем по истечении полугода после операции. Переход на ходьбу с одним костылем только после Rg-подтверждения сращения перелома.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

С декабря 1999 г. по декабрь 2006 г. в отделении колоректальной хирургии выполнены операции передней резекции 156 пациентам с раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки. Из них мужчин — 79, женщин — 77, средний возраст составил 56,3 года. Нижний край опухоли локализовался от 10 до 4 см от края ануса. Всего выполнено 151 радикальное и 5 палиативных вмешательств. Ранние послеоперационные осложнения — 6,4 %. Летальность — 1,9 %.

Все операции выполнялись с формированием анастомоза механическим швом. Их них выполнено согласно нашей классификации 135 низких и 21 ультранизкая резекции.

На настоящий момент из 156 человек под нашим наблюдением находится 110 человек.

Среди поздних послеоперационных осложнений выявлены следующие: стриктуры анастомоза — 5 (4,5 %) человек (из них никому не потребовалось повторного оперативного вмешательства); местный

рецидив 7 (6,4 %), из них 4 больным в последующем выполнены повторные операции; отдаленные метастазы выявлены у 24 (21,8 %) пациентов (из них 5 пациентам выполнены паллиативные резекции); синдром «низких передних резекций» выявлен у 3 (2,7 %) человек. Общее количество поздних послеоперационных осложнений составило 39 (35,4 %).

Всем больным с отдаленными метастазами выполнялась химиотерапия и симптоматическое лечение. Из 24 больных 21 больной умер (продолжительность жизни больных от 8 месяцев до 2 лет)

Результаты проведенного исследования говорят о достаточно удовлетворительных отдаленных результатах лечения больных с низким раком прямой кишки. Немаловажным моментом является достижение полной социальной реабилитации и качества жизни больных без стомы.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора**

### **РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

Обнадёживающие результаты в лечении колоректального рака, осложненного метастатическим поражением печени, полученные некоторыми авторами за последние 20 лет изменили тактику ведения пациентов с данной патологией.

Многими исследователями подтверждено, что большая часть онкопроктологических больных имеют только печеночное метастатическое поражение, которое можно рассматривать как потенциально операбельное. Несмотря на совершенствование методики резекций печени, резектабельность метастазов у этой группы больных составляет 10–20 %. Вследствие этого особый интерес представляют разработки малоинвазивных методов физического воздействия на метастазы в печени, таких как методика радиочастотной абляции (РЧА). Методика РЧА может быть использована при множественных метастазах печени, билобарном поражении, расположении опухоли в области крупных сосудов печени, в последующем, в случае обнаружения новых метастазов в процессе диспансерного наблюдения, признаках неполной (не радикальной) абляции метастазов, может быть проведена повторная РЧА.

В клинике госпитальной хирургии ВГМУ с января 2006 г. внедрена РЧА метастазов печени при колоректальном раке. В период с января 2006 г. по март 2007 г. было проведено РЧА 21 пациенту с метастазами печени при колоректальном раке.

Возраст пациентов от 39 до 76 лет, из них 11 женщин, 10 мужчин. С I стадией метастатического поражения печени по Cennary – 6; II – 9; III – 2; IV – 4 пациентов. Из 20 у 6 пациентов имелся 1 метастатический очаг в печени. Из 15 пациентов с множественными mts в печени у 11 поражение было билобарным.

После удаления первичной опухоли, производилась РЧА метастазов в печени открытым способом. Всего было разрушено 63 очагов от 0,3 до 3,0 см. Осложнений и послеоперационной летальности, связанной с применением абляции не было. Все больные направлены на химиотерапию и контроль УЗИ и компьютерную томографию.

Таким образом, РЧА является эффективным и безопасным способом деструкции метастазов печени.

**В.Н. Ищенко, Ю.П. Пахолук, М.А. Кузора, О.К. Шкуратова**

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛУСЕНТИТИЧЕСКОГО ДИОСМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ**

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)  
Владивостокский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток)**

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Оценка эффективности использования синтетического диосмина в комплексном лечении больных геморроем.