

экстракты. После чего полученными экстрактам иммунизировали лабораторных кроликов при помощи полного адьюванта Фрейнда. Полученную смесь антиген-полный адьювант Фрейнда в количестве 1мл вводили внутривенно в подмышечки стоп всех четырех конечностей. Последующую иммунизацию проводили через 8 недель после первой, таким же количеством антигена в 0,5мл 0,9% NaCl. В первый день последующей иммунизации антиген вводили внутримышечно в верхнюю часть бедра, а на 2-й и 3-й дни внутривенно в ухо. Через неделю иммунизацию повторяли по той же схеме. Забор крови производили через 7 дней. В дальнейшем полученные моноспецифические антисыворотки подвергали процедуре иммуносорбции при помощи 2,5% раствора глутарового альдегида, заключающейся в том, что из антител, полученных от лабораторного кролика с жизнеспособной формой эхинококка элиминировали антитела полученные от лабораторного кролика с нежизнеспособной формой. В дальнейшем при отрицательной иммунологической реакции между полученной антисывороткой и кровью больной К. 1963г. рождения оперированной в плановом порядке 30.03.2019 с диагнозом эхинококкоз печени с подтвержденным нежизнеспособным эхинококком определяли эхинококк нежизнеспособным. При положительной реакции с кровью больной Т. 1972г. рождения, оперированной в плановом порядке 15.07.2019 с диагнозом эхинококкоз печени с подтвержденным жизнеспособным эхинококком, определяли эхинококк жизнеспособным.

Результаты. Проведенное исследование позволило нам определить белковый антиген гликопротеиновой природы, с электрофоретической подвижностью альфа 2-глобулинов, с молекулярной массой примерно 38 кДа, по данным электрофореза в 7% ПААГ. Способствующий, при отрицательной иммунологической реакции между полученной антисывороткой и кровью больного эхинококкозом к определению эхинококка нежизнеспособным, а при положительной реакции определять эхинококк жизнеспособным.

Заключение. Таким образом проведенное исследование позволило обнаружить видоспецифичный антиген для эхинококкоза цистного в активной форме существования. Ожидаемые результаты исследования позволят выработать единый подход к лечению больных с гидатидным эхинококкозом различной локализации. Определение формы существования эхинококка в организме больного позволит определить показания к малоинвазивному лечению.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ТИТАНОВОГО ЭНДОПРОТЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ГРУДИНЫ

Печетов А.А., Волчанский Д.А.

ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России, Москва,
Россия

Введение. По данным всемирной федерации сердца за 2018 г. в РФ выполнено более 71 тыс. операции на открытом сердце. Несостоятельность шва грудины в послеоперационном периоде развивается у 0,3 – 8% пациентов, что требует стабилизации грудной стенки.

Цель: анализ результатов комбинированного реостеосинтеза грудины с использованием сетчатого титанового эндопротеза.

Материалы и методы исследования. В период с января 2016 г. по декабрь 2018 г. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского пролечено 100 пациентов с тотальной нестабильностью грудины. Возраст пациентов был от 42 до 78 лет, с медианой 62 (58; 68) года. Соотношение мужчин и женщин составило 82:18. Все пациенты были обследованы и пролечены по единому протоколу. Этапное хирургическое лечение, включавшее выполнение одной или нескольких хирургических обработок до завершающей торакопластики, проведено 62 (62%) пациентам из 100. Асептическая нестабильность грудины была у 38 пациентов соответственно. Течение послеоперационного периода оценено по шкалам Clavien—Dindo, ВАШ, рецидиву инфекционного компонента и нестабильности.

Результаты. Результаты лечения прослежены в сроки от 3 недель до 54 месяцев после завершающей торакопластики. Осложнения, не потребовавшие повторной операции в раннем послеоперационном периоде, отмечены у 3 пациентов. Повторное хирургическое лечение проведено 7 пациентам по поводу нагноения послеоперационной раны, эвентрации после торакооментопластики, формирования межмышечной гематомы и расхождения больших грудных мышц в отсроченном периоде. Удаление титанового эндопротеза проведено 2 пациентам в результате нагноения раны и механической травмы грудной стенки соответственно. В течение года после операции зарегистрирован 1 случай рецидива нестабильности грудины в связи с механической