

при сохраненном магистральном кровотоке может наступить ишемическая деструкция тканей стопы и привести к ампутации. Профилактике некротических изменений при атеросклерозе и сахарном диабете посвящено наше исследование.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали пациенты с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей дистальнее паховой связки. Окклюзии были обусловлены атеросклеротическим процессом, сахарным диабетом. У всех пациентов имелась транзиторная ишемия менее 50 м ходьбы, без болевого синдрома покоя и некротических изменений. Мужчин было 9, женщин 33, средний возраст пациентов составил 62 года. Из 42 больных 18 имели инсулинозависимый и 24 инсулинонезависимый тип сахарного диабета.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2 года в хирургическом отделении муниципальной больницы оперировано 42 пациента с клиникой транзиторной ишемии нижних конечностей менее 50 м ходьбы, в результате окклюзии артерий голени и бедра. На протяжении 2–3 месяцев до операции больным проводилась коррекция соматической патологии, углеводного обмена и микроциркуляции. Всем пациентам в условиях мониторинга под внутривенным обезболиванием произведена реваскуляризирующая остеотрепанация конечности по Ф.Н. Зусмановичу. Продолжительность операции не превышала 30 минут. После оперативного вмешательства контролировался уровень глюкозы крови, проводилась корректирующая терапия гликемии. Отдаленные результаты изучены через 6–12 месяцев у всех оперированных больных. У 11 дистанция ходьбы увеличилась до 200 м (400 %), у 19 – до 150 м (300 %), у 12 – до 100 м (100 %).

#### ВЫВОДЫ

В условиях общехирургического отделения муниципальной больницы возможно оказание хирургической помощи при поражении магистрального артериального русла в результате атеросклероза, сахарного диабета на уровне бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Реваскуляризирующая остеотрепанация по Ф.Н. Зусмановичу дает возможность на 100–400 % увеличить дистанцию ходьбы при транзиторной ишемии конечностей менее 50 м ходьбы при атеросклеротическом поражении и сахарном диабете.

**Н.В. Канюшкин, Е.П. Иванова, Е.В. Дерягин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко**

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ  
(Благовещенск)*

#### АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние десятилетия сосудистая хирургия добилась определенных успехов в лечении больных с облитерирующими заболеваниями (Ратнер Г.Л., 1965; Покровский А.В. и соавт., 1979, 1989; Слудцер Г.Е., 1996; De Vakey M.E. et al., 1964). Восстановительные операции на артериях позволяют избежать потери конечности и сохранить ее функцию в 73–80 % случаев через 3 года и 66–79 % через 5 лет (Покровский А.В., 1977; Покровский А.В., Чупин А.В. с соавт., 1985–2002; Белов Ю.В., 2000; Дан В.И., 1999). Однако проведение артериальных реконструкций возможно далеко не у всех больных. По данным А.В. Покровского (1994) и В.С. Савельева (1997), данные операции удаются не более чем у 70–75 % пациентов, что обусловлено часто встречающимся многоуровневым, «нереконструктабельным» поражением магистральных артерий нижних конечностей. При окклюзии или стенозе артерий, имеющих небольшой диаметр и нарушения микроциркуляции, даже микрохирургическая техника не дает благоприятных результатов (Савченко А.И., 1982; Вахидов В.В. и соавт., 1985; Казаков Ю.И., 1989). Вместе с тем у 15,6–25 % больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выполняются первичные ампутации (Белов Ю.В. и соавт. 1997; Гавриленко А.В. и соавт. 2001; Каримов З.З. и соавт. 2001). Поэтому поиск и совершенствование новых, эффективных способов лечения данной патологии имеет важное значение.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей при отсутствии условий для прямой реваскуляризации, путем использования реваскуляризирующей остеотрепанации в условиях неспециализированного хирургического стационара.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У больных с критической ишемией, при наличии болевого синдрома покоя и некротических изменений дистальных отделов конечностей выполнена операция Реваскуляризирующая остеотрепанация по Зусмановичу-Илизарову. Пролечено 25 больных в возрасте 50–80 лет (средний возраст  $55,5 \pm 1,5$  года), из числа которых 18 имели фоновое заболевание — сахарный диабет 2 типа. Операция реваскуляризирующая остеотрепанация выполнялась при гангренозно-некротической степени ишемии нижних конечностей 25 больным. После лечения у всех 25 больных оценивалось клиническое состояние, проводился контроль через 3–6 месяцев. Находясь на стационарном лечении, больные получали сосудистую консервативную терапию в течение 10 суток.

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У 16 больных из 25 с гангренозно-некротической степенью ишемии нижних конечностей удалось сохранить конечность, выполнив экономные резекции и ампутации дистальных отделов стопы, 8 больным выполнена ампутация конечности на уровне бедра, так как имело место прогрессирование некротического процесса из-за высокого уровня окклюзии магистральных сосудов.

### ВЫВОД

Реваскуляризирующая остеотрепанация по Зусмановичу-Илизарову позволяет избежать высокой ампутации бедра при критической ишемии в условиях общехирургического отделения в 64 %.

**И.В. Кастыро, В.И. Попадюк, А.В. Зализко, О.С. Ключникова, М.В. Стефанова**

## СРАВНЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ И ПОЛИПОТОМИИ НОСА

*ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва)*

### ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Мы поставили перед собой ряд задач: оценить уровень послеоперационной боли у пациентов с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом, сравнить послеоперационную боль с указанной патологией, выяснить, возможен ли одинаковый подход при послеоперационном обезболивании у двух групп пациентов.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 47 здоровых мужчин в возрасте от 20 до 39 лет. В 1 группу вошло 24 человека с искривлением перегородки носа, во 2 группу — 23 человека с полипозным риносинуситом. В качестве премедикации были назначены растворы кеторола 1 мл, реланиума 2 мл и димедрола 1% 1 мл внутримышечно. При искривлении перегородки носа выполнялась риносептопластика под местной анестезией 1% раствора новокаина. Полипотомия носа осуществлялась под местной аппликационной анестезией 10% раствора лидокаина. После операции производилась рыхлая марлевая тампонада носа с мазью левомиколь. Тампоны удалялись из полости носа через 2 суток. Уровень послеоперационной боли оценивался с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), вербальной шкалы «молнии» (ШМ). Пациенты отмечали уровень боли вертикальной чертой в той области шкал, которая соответствовала интенсивности испытываемой ими боли. Шкалы демонстрировали пациентам раздельно через 2–3 часа и 24 часа после операции. Анальгетики назначались пациентам с превышением уровня боли в 25 мм.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень послеоперационной боли после септопластики в первые 2–3 часа после операции у 65 % пациентов превысил отметку в 25 мм, а у 65 % больных после полипотомии носа он не поднялся выше 25–30 мм. Через 24 часа в 1 группе интенсивность уровня послеоперационной боли снизилась и превысила 25 мм лишь у 48 % опрошенных. Во 2 группе результаты, напротив, были отличны от тенденции первой группы: у 60 % больных боль превысила 25 мм.

### ВЫВОДЫ

У пациентов 1 группы уровень боли был выше в первый час и снижался в первые сутки после хирургического вмешательства. Во второй группе боль нарастала к первым суткам после операции. Интенсивность уровня послеоперационной боли в ранний послеоперационный период у больных после септопластики отличается от такового у пациентов после полипотомии.