

Таким образом, диагностика узелкового полиартериита является длительным и многоэтапным процессом. Большое значение при этом имеет правильная оценка миалгического и полинейропатического синдрома, развивающегося на фоне лихорадочного состояния, астенизации и похудения. В приведенных наблюдениях именно данные синдромы оказались ведущими на ранних стадиях заболевания. Верифицировать диагноз позволяет

биопсия кожно-мышечного лоскута, вовлеченного в патологический процесс. Сроки проведения этой диагностической манипуляции (в наших случаях она проведена через 4 и 3 месяца от начала заболевания) определяют своевременность постановки правильного диагноза и назначение адекватной терапии. Это позволяет добиться ремиссии с регрессом в той или иной степени неврологических проявлений болезни.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Корулин С.В., Недопекин С.Н., Воронин Б.А.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Грыжи передней брюшной стенки являются одной из наиболее распространенных хирургических патологий. Среди всех хирургических операций грыжесечения по частоте занимают 2 место после аппендэктомии. Со времени открытия классического способа герниопластики по Бассини на его основе было разработано большое количество методов пластики грыж местными тканями. Основой их являлось укрепление передней либо задней стенки пахового канала. Некоторые из этих методов показали свою состоятельность и широко применяются в хирургической практике. Тем не менее, частота рецидивов грыж после хирургического лечения составляет 10–35% при первичных и более 45% при повторных операциях. Лишь в клиниках, специализирующихся в герниологии, частота рецидивов не превышает 2%. Решение многих проблем при хирургическом лечении грыж возможно лишь при внедрении принципиально новых методов герниопластики. Развитие герниопластики идёт по пути увеличения надёжности и уменьшения травматичности. Таким требованиям удовлетворяет относительно новый тип оперативных вмешательств с использованием сетчатых аллотрансплантатов, получивший название «ненатяжная герниопластика».

В Отделенческой больнице на ст. Иваново ОАО «РЖД» ненатяжная герниопластика используется с июля 2005 г. В период с июля 2005 г. по февраль 2007 г. оперированы с использованием сетчатых аллотрансплантатов 58 больных с грыжами передней брюшной стенки. 38 пациентов страдали паховыми грыжами (из них 4 — пахово-мошоночными, 5 — рецидивными паховыми грыжами); у 15 больных были послеоперационные вентральные грыжи; у 3 больных — пупочные грыжи; у 2 больных — грыжи белой линии живота.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 31–40 лет — 10 больных; 41–50 лет — 15; 51–60 лет — 11 больных; 61–70 лет — 14 больных; старше 70 лет — 8 больных. По полу больные распределились следующим образом: мужчины — 41, женщины — 17.

Специальной предоперационной подготовки не проводилось. Все больные оперированы в плановом порядке. При пластике послеоперационных вентральных грыж применяли общее обезболивание (интубационный наркоз). При пластике паховых, пупочных грыж и грыж белой линии живота предпочтение отдавалось местной анестезии

0,25% раствором новокаина; при пластике пахово-мошоночных и рецидивных паховых грыж применялась внутривенная седация. При наличии грыжевых мешков больших размеров, а также при обширных раневых поверхностях производилось интраоперационное внутривенное введение антибиотиков. Всем пациентам с паховыми грыжами выполнялась операция по методу Liechtenstein. При пластике послеоперационных вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота аллотрансплантат фиксировался по методике onlay. Для пластики при освоении методики использовались полипропиленовые сетки производства фирмы «Procter and Gamble», впоследствии — полипропиленовые эндопротезы фирмы «Линтекс» (Санкт-Петербург). Фиксация трансплантата во всех случаях производилась атравматической проленовой нитью. При пластике послеоперационных вентральных грыж и у тучных пациентов рану дренировали по Редону. В послеоперационном периоде больные получали анальгетики в течение первых 1–2 суток. Выполнялись перевязки с антисептиками. Пациентам с выраженной подкожно-жировой клетчаткой и с операционными ранами больших размеров назначались антибиотики. Двигательный режим расширялся постепенно; вставать пациентам разрешалось на следующие сутки после операции. Все больные с послеоперационными вентральными, пупочными грыжами и грыжами белой линии в послеоперационном периоде использовали бандажи. Снятие кожных швов производилось в соответствии со сроками. Во всех случаях заживление ран произошло первичным натяжением.

Средний койко-день составил: при пластике паховых грыж — 10,3, при пластике послеоперационных вентральных грыж — 13,3, при пластике пупочных грыж и грыж белой линии живота — 12,8. Общий средний койко-день составил 11,3.

Ближайшие послеоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов (8,6%). Они распределились следующим образом: гематома послеоперационной раны — 1; серома послеоперационной раны — 1; инфильтрат послеоперационной раны — 3.

Все осложнения не требовали оперативного лечения. Пациенты с осложнениями получали противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС; физиолечение на область раны); гематома и серома пунктировались. В результате противовоспалительного лечения: произошло рассасывание ин-

фильтратов, гематомы, серомы; послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Все пациенты, прооперированные по поводу грыж передней брюшной стенки ненатяжным способом, были выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии под наблюдение

хирурга поликлиники с рекомендациями относительно режима труда и отдыха.

Таким образом, непосредственные результаты применения ненатяжной пластики при грыжах передней брюшной стенки можно считать хорошими.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кравченко А.В., Васин И.В., Кочетков К.Г., Рябов Е.Л., Шленкин А.А.
МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Иваново

Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями и множественными переломами требует решения таких сложных вопросов, как то: можно ли и нужно ли выполнять операции сразу на всех очагах повреждения; выполнять ли в первые часы только жизнепасающие операции; дожидаться ли окончательной стабилизации состояния больного для проведения сложных ортопедических вмешательств; каковы благоприятные сроки для выполнения операций.

В последние годы закрытый интрамедуллярный остеосинтез с блокированием без рассверливания костномозгового канала, в том числе при лечении сочетанных и множественных переломов, по праву занял лидирующее место во всем мире. Единодушно отмечаются его минимальная травматичность, стабильность фиксации переломов бедра, большеберцовой и плечевой костей различного характера и локализации. К сожалению, в России и странах ближнего зарубежья этот метод доступен пока только ведущим клиникам в силу его сложности и высокой стоимости. Много сторонников и у накостного остеосинтеза по методикам АО/ASIF. За последнее десятилетие принципы лечения переломов по АО изменились в сторону расширения показаний к так называемому «биологичному» остеосинтезу при помощи пластин с ограниченным контактом, мостовидных пластин, пластин с блокирующимися винтами.

В 7-й городской клинической больнице г. Иваново используется следующий алгоритм действий дежурной врачебной бригады при оказании помощи больным с политравмой:

- Совместный осмотр травматологом, хирургом и реаниматологом.
- Определение объема и характера повреждений, оценка тяжести состояния больного.
- Определение доминирующего повреждения.
- Консультации уролога, невролога и других специалистов по показаниям.
- Определение ближайшего прогноза.
- Определение последовательности и необходимости выполнения оперативных вмешательств.

Непосредственно в приемном отделении начинаются противошоковые мероприятия — катетеризация периферической и центральной вены, кате-

теризация мочевого пузыря, интраназальная ингаляция кислорода, инфузионно-трансфузионная терапия, транспортная иммобилизация переломов, комплексное лабораторное и функциональное обследование, УЗИ органов брюшной и грудной полости, рентгенография. Дальнейший этап лечения и обследования проводится в условиях операционной. Выполняются вмешательства, направленные на сохранение жизни пациента — лапаротомия, торакотомия, краниотомия при продолжающихся полостных кровотечениях, внутричерепной гематоме с компрессией головного мозга (экстренные операции первой очереди).

К хирургическим вмешательствам, которые должны быть выполнены также в первые часы, но после проведения основного этапа противошоковой терапии, относятся операции по поводу повреждений кишечника, магистральных сосудов, мочевого пузыря и уретры, нестабильных переломов таза, осложненных переломов позвоночника, ампутации при отрывах крупных сегментов конечностей, операции по поводу вдавленных переломов черепа, открытых переломов конечностей, синдромов сдавления. Первичная стабилизация переломов — малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез, внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации, скелетное вытяжение. Данные операции осуществляются с использованием различных видов обезболивания, причем предпочтение отдается регионарной анестезии (экстренные операции второй очереди).

После выполнения оперативного пособия пациент переводится в отделение реанимации, для динамического наблюдения и коррекции, а в случае необходимости, протезирования витальных функций, профилактики ранних посттравматических осложнений. Тактику лечения и последовательность мероприятий определяет врач-реаниматолог в тесном сотрудничестве с хирургами, травматологами и специалистами, привлечение которых необходимо на данном этапе.

Срочные операции третьей очереди, заключающиеся в остеосинтезе переломов различных локализаций, выполняются в сроки от 3 до 15 суток с момента поступления, после стабилизации витальных функций, заживления дефектов кожных покровов, подготовки необходимых имплантантов и инструментария. Предпочтение отдается малоинвазивным методикам остеосинтеза, регионарной анестезии. Принятая концепция отвечает современным требованиям и подходам к лечению тяжелых и сочетанных повреждений, клиника распола-