

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 операции.

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-

гает большей частью необходимых средств, оборудования, а также высококвалифицированным персоналом.

Падение с высоты, занимает устойчивое второе место частоты причин сочетанной травмы, в причинах смертности от сочетанной травмы также занимает вторую позицию. Лидирует, с большим отрывом, автодорожная травма, как по частоте встречаемости, так и по причинам смерти.

Травматическим шоком разной (1—4) степени тяжести сопровождалась все сочетанные травмы, шок 1—2 степени отмечен у двух пострадавших с множественными переломами. Летальный исход наступил у двух пациентов. Смертельные исходы были только в группе сочетанных повреждений, и в этой группе летальность при падении с высоты составила 14,3%, при автоавариях — 27,2%. При поступлении в приёмное отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 7» пострадавшего при падении с высоты в случае тяжелого сочетанного повреждения, травматического шока, кровопотери используется вышеописанный алгоритм действий. Госпитализации в стационар для динамического наблюдения подлежат все пациенты, имеющие причиной повреждения падение с высоты. Отказ от госпитализации оформляется только после осмотра ответственным дежурным хирургом и с его ведома.

Выводы

1. Эффективное лечение политравмы возможно только в крупном медицинском учреждении, имеющем круглосуточное дежурство бригады специалистов (травматолог, хирург, анестезиолог, реаниматолог, невролог/нейрохирург, уролог), а также рентгеновское, эндоскопическое и лабораторное обеспечение.
2. Должна использоваться современная концепция оказания помощи, предполагающая раннее оперативное устранение или стабилизацию повреждений.
3. Методики вмешательства травматологов должны отвечать малоинвазивным требованиям, что предполагает использование высоких технологий.
4. Методики анестезиологического обеспечения также должны быть щадящими.
5. Необходима мощная реанимационная служба, действующая согласованно с хирургами в рамках единой концепции.
6. Подобная концентрация сил и средств возможна при наличии специализированного отделения сочетанной травмы в составе многопрофильной больницы, или, в идеале, больницы скорой медицинской помощи.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ АНГИОХИРУРГА

Кузьмин А.Л., Калганова И.А., Бунеев А.П., Пузырев М.О., Терехов А.Н.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова»

Оперативные вмешательства на органах малого таза характеризуются высоким риском развития тромбозов вен нижних конечностей. Особую опасность представляют поражения глубоких вен нижних конечностей, сопровождающиеся развитием посттромботической болезни и хронической венозной недостаточностью, а также тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Летальность при ТЭЛА остается стабильно высокой, особенно при тромботических поражениях ствола и крупных ветвей. Поэтому так важно в каждом случае оперативного вмешательства заранее оценить риск ее развития. И современный этап развития медицины делает возможным привлечение для этих целей необходимых квалифицированных специалистов соответствующего профиля.

Целью работы стала разработка алгоритма дооперационного обследования женщин на предмет прицельного выявления факторов риска возникновения тромботических осложнений и прежде всего ТЭЛА.

В условиях гинекологического отделения Ивановского НИИ материнства и детства ежегодно более 400 пациенток подвергаются оперативному лечению. В течение 2006 г. обследовано 448 пациенток с различной гинекологической патологией: доброкачественными опухолями (миома матки,

кисты и кистомы яичников, полипы эндометрия), злокачественными опухолями (15 чел. — 3,35%), эндометриозом, нарушениями менструальной функции, несостоятельностью связочного аппарата, аномалиями развития половых органов и др. Всем женщинам выполнялись оперативные вмешательства, в том числе экстирпация матки — 100 человек (22,3%), надрывагалищная ампутация матки — 207 (46,2%), удаление придатков, пластические операции и другие — 141 (31,5%).

Все они осматривались сосудистым хирургом с целью выявления патологии венозной системы. Стандартный комплекс дооперационного обследования в ряде случаев дополнялся коагулографией для выявления скрытых тромбофилий и ультразвуковой доплерографией (УЗДГ).

Среди пациенток встречалась следующая сосудистая патология: варикозная болезнь нижних конечностей (198 чел. — 44,1%), посттромботическая болезнь нижних конечностей (21 чел. — 4,7%), вторичный лимфостаз (4 чел. — 0,09%), тромбофилия (2 чел. — 0,04%), язвенно-некротические формы хронической венозной недостаточности (ХВН) (9 чел. — 2,0%).

Исходя из объема предстоящей операции, возраста и конституциональных особенностей больной, характера гинекологической патологии, сопутствующих сосудистых, эндокринных, гематологиче-