

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, производился 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.