4. Пышкина Л.И., Тяжелников А.А., Камчатнов П.Р., Абиева А.А. Антитромбоцитарная терапия у больных цереброваскулярными заболеваниями. Эффективная фармакотерапия. 2017. № 31. С. 70-77.
5. Mantese VA, Timaran CH, Chiu D, et al. The Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial (CREST): stenting versus carotid endarterectomy for carotid disease. *Stroke*. 2010; 41:S31–S34.
6. Покровский А.В., Белоярцев Д.Ф. Значение каротидной эндартерэктомии в предупреждении ишемических повреждений головного мозга. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 9-2. С. 4-14.
7. Фокин А.А., Мудрякова М.В. Результаты хирургического лечения больных с атеросклеротической окклюзией внутренней сонной артерии в ближайшем и отдалённом периодах наблюдения. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 5. С. 51-57.

Асутаев Ш.Д.¹, Поборский А.Н.²

Оценка качества жизни пациентов после пластики паховых грыж с применением эндоскопических методов

¹БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница»

²БУ ВО «Сургутский государственный университет»

(Россия, Сургут)

doi:10.18411/spc-15-04-2018-02

idsp: 000001:spc-15-04-2018-02

Одни из наиболее частых вмешательств в хирургическом стационаре – паховые герниопластики. Результаты лечения больных паховыми грыжами в последние годы значительно улучшились – снизилась частота осложнений, уменьшилось количество рецидивов. Это, прежде всего, связано с широким внедрением в практику ненатяжных, протезирующих методик пластики пахового канала, таких как трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика – ТАПП и тотальная экстраперитонеальная герниопластика – ТЭП. Патогенетически обоснованные, обеспечивающие хороший доступ и визуализацию анатомических структур пахового канала, они позволяют произвести герниопластику с минимальной травматизацией и наибольшей эффективностью. Однако, недостаточно данных, позволяющих сделать вывод об относительной эффективности ТАПП по сравнению с ТЭП по многим критериям и, в частности, по качеству жизни пациентов, перенесших эти операции, как в ближайшие, так и в отдаленные периоды после вмешательства.

Цель работы: изучить в сравнительном аспекте параметры качества жизни пациентов после пластики паховых грыж с применением эндоскопических методов.

Материал и методы

В работе проанализированы параметры качества жизни, полученные с помощью русской версии международного опросника EuroQol Index (EQ-5D) и визуальной аналоговой шкалы болевого синдрома у 41 пациента мужского пола после лечения первичных односторонних неосложненных паховых грыж в хирургическом отделении БУ «Сургутская городская клиническая больница» ТАПП (25 пациентов) и ТЭП (16 пациентов). Оценку проводили в ранний (первые, третьи сутки) период и через 12 месяцев после герниопластики.

Результаты исследования

Анализ результатов лечения пациентов с паховыми грыжами методами ТАПП и ТЭП, показал незначительность, немногочисленность осложнений и отсутствие рецидивов заболевания после проведенных герниопластик. В тоже время, в раннем послеоперационном периоде (первый, третий день после операции), разной выраженности, проблемы со здоровьем, оцениваемым по шкалам опросника EQ-5D, имели все пациенты. Наличие боли в первый послеоперационный день, сопровождалось ограничением подвижности, самообслуживания, невозможностью выполнения повседневных дел, выражалось в низкой оценке состояния своего здоровья в этот период. Отмечаемый болевой синдром у прооперированных методом ТАПП был

более значительным. Уже к третьим суткам интенсивность боли снижалась и регистрировалась, соответственно, как умеренная и легкая. EQ-5D-индекс, являющийся интегральным показателем опросника у пациентов перенесших ТАПП также были ниже, чем после ТЭП, отражая, таким образом, более высокую субъективную оценку своего качества жизни в этот период у последних (значения медиан, верхних и нижних квартилей для EQ-5D-индекса пациентов после герниопластики методами ТАПП и ТЭП, соответственно, 0,37 (0,3; 0,42) и 0,46 (0,35; 0,6)). Определяемые через 12 месяцев, показатели, свидетельствовали о повышении качества жизни и отсутствии различий их величин у прооперированных методами ТАПП и ТЭП (значения медиан, верхних и нижних квартилей для EQ-5D-индекса 0,52 (0,4; 0,58) и 0,58 (0,45; 0,65), соответственно).

Заключение

Ограничения подвижности, самообслуживания, выполнения повседневных дел, тревога, боль и дискомфорт в области вмешательства, отразились в низкой оценке состояния своего здоровья пациентами по шкалам опросника EQ-5D, прежде всего, в ранний послеоперационный период. Сравнительная оценка показала, на этом этапе более позитивный характер компонентов, отражающих качество жизни и интенсивность болевого синдрома, имеют пациенты после ТЭП. К 12 месяцу после операции определяемые различия нивелируются и оптимизируются.

Вахитов Б.И.¹, Панков И.О.², Вахитов И.Х.¹, Вахитов Л.И.¹, Ибатуллин И.Р.³
Принципы лечения пациентов с переломами проксимального суставного конца
большеберцовой кости

¹*Казанский Федеральный Университет*

²*Казанская государственная медицинская академия*

³*Казанский инновационный университет имени В.Г. Тимирязова*
(Россия, Сургут)

doi:10.18411/spc-15-04-2018-03

ids: 000001:spc-15-04-2018-03

Переломы области коленного сустава относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений костей конечностей. Частота таких переломов составляет от 4,0 до 6,1% всех переломов нижних конечностей и от 4,0 до 12,0% всех внутрисуставных переломов [9]. Большинство авторов отмечает значительно большую частоту переломов проксимального суставного конца большеберцовой кости по сравнению с переломами дистального отдела бедра [4,7].

Чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации в настоящее время является методом выбора при лечении внутрисуставных переломов области коленного сустава, так как позволяет произвести точную репозицию перелома с устранением всех видов смещений и обеспечивает стабильную фиксацию на период консолидации [2,3,8,9].

Компоновка аппарата зависит от типа перелома, степени смещения и величины отломков, вида оперативного вмешательства и, как правило, включает две или три кольцевые опоры комплекта Илизарова и один или два подвижных репозиционных узла. Каждый узел состоит из дуговой опоры с кронштейнами, которая устанавливается на кольцевой опоре в области поврежденных мышечных сегментов с возможностью перемещения в трех плоскостях.

Основные принципы оперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного сустава.

Операция чрескостного остеосинтеза выполнялась на операционном ортопедическом столе. Обезболивание – центральная сегментарная блокада. По достижении обезболивающего эффекта производилась артроскопия с промыванием и