

тов-супрессоров (CD-8) на фоне повышения количества Т-лимфоцитов-киллеров (CD-16) и В-лимфоцитов. Отмечено двукратное увеличение уровня иммуноглобулина класса А. Но наиболее значимыми в возникновении иммунодефицита являлись изменения в системе мононуклеарных фагоцитов.

Более раннее и полное восстановление показателей иммунного статуса у больных, получавших в послеоперационном периоде курс лечения лонгидазой, позволяет судить о ее эффективности в комплексном лечении больных, оперированных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, и рекомендовать ее применение у больных со спаечной болезнью брюшины.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Прутовых Н.Н., Архипов С.А., Панасенкова Н.Ю., Шорина Г.Н. // Детская хир. – 2002. – №3.
2. Хасанов А.Г., Фаязов Р.Р., Каюмов Ф.А. и др. // Здравоохр. Башкортостана. – 2002. – №1.
3. Хунафин С.Н., Кулавский В.А., Мустафина Г.Т., Мусина Л.А. // Здравоохр. Башкортостана, 2002. №1.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*И.В. Сундуков, А.Г. Корнилов, Д.А. Капустняк, А.И. Гонтарь, И.А. Крестьянова, Н.Т. Кныш*  
*Раменская ЦРБ*

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей в настоящее время является наиболее распространенной формой патологии среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В развитых странах от 15 до 40% взрослого населения страдают заболеваниями венозной системы. В III Базельском исследовании Widmeze показал, что возраст является наиболее важным фактором риска, поскольку заболевание встречается в 6-10 раз чаще у лиц старше 70 лет по сравнению с лицами до 30 лет. При этом примерно у 1% взрослого населения осложненные формы ХВН приводят к стойкой инвалидизации. В России лечение больного с венозной язвой обходится по самым скромным подсчетам в 113 тыс. руб.

В настоящее время введены в практику различные способы лечения варикозной болезни. Особое место занимает лечение больных с трофическими язвами: оно должно быть комплексным, этапным и адекватным. В настоящее время лечение больных с варикозным расширением вен нижних конечностей принято разделять на компрессионную терапию, хирургическое лечение и фармакотерапию. Применяется также местное лечение язвы.

За 2006 г. в условиях I хирургического отделения Раменской ЦРБ было пролечено 77 больных с различными формами варикозной болезни, из них 19 пациентов – с SEAR-6 (24,7%). Был выработан четкий алгоритм лечения таких больных, которое проходило в два этапа. На первом этапе проводились предоперационная подготовка и оперативное вмешательство. Послеоперационный период пребывания в стационаре был сокращен до 3-4 дней, после чего больной выписывался. Второй этап заключался в наблюдении больных: раз в неделю пациент приходил на осмотр и перевязки.

При поступлении сразу делали бактериальный посев из язвы, затем выполняли один сеанс озонотерапии, снова брали материал для посева и проводили обработ-

ку язвы насадкой для обработки гнойных ран ультразвукового аппарата «Soring». У 17 больных из 19 второй бакпосев был стерилен.

В дальнейшем проводились ультразвуковая обработка язвы, перевязки различными материалами, при этом хорошо зарекомендовал себя материал Фармитекс ИЛ. У 11 больных из 19 предоперационная подготовка составила 4 дня, у трех больных – 3 дня, у пяти – 2 дня (в среднем – 3,3 дня). В 2005 г. этот период составлял 5,7 дня.

После очищения язвы проводилось оперативное вмешательство: комбинированная венэктомия, субфасциальная видеоэндоскопическая перевязка коммуникантных вен. В 2006 г. были освоены новые малоинвазивные методы хирургического лечения таких больных – субфасциальная видеоэндоскопическая перевязка коммуникантных вен и эндовазальная лазерная коагуляция большой подкожной вены. Цель мини-инвазивной хирургии – совместить радикальность операции с хорошим косметическим эффектом и ускорить реабилитацию больного после вмешательства.

Экстракцию большой подкожной вены осуществляли с помощью операции Бебкокка, при этом использовался зонд Гризенди. Стоит отметить несколько особенностей этой операции у нас: доступ в паховой области около 4-5 см делался по линии «бикини», что несомненно дает хороший косметический результат. Венэкстракция осуществляется после компрессии ноги медицинскими эластичными бинтами, что уменьшает площадь гематомы в послеоперационном периоде. Для обработки притоков большой подкожной вены, особенно боковой латеральной вены бедра, использовали микростриппинг. Выполненные разрезы заживали на 2-3-и сутки после операции.

Еще один способ обработки основного ствола большой подкожной вены – эндовазальная лазерная коагуляция. К сожалению, в этой группе больных эндовазальное вмешательство удалось только у одного пациента (5%), так как при выполнении этой манипуляции мы столкнулись с техническими трудностями, возникшими при проведении гибкого тонкого световода по сильно извитой вене. При этом получен хороший косметический результат: в послеоперационном периоде отсутствовала гематома по ходу бывшей большой подкожной вены, в отдаленном периоде отсутствовали рубцы по ходу вены, что часто бывает при венэкстракции гибким зондом.

С ноября 2005 г. мы стали применять субфасциальную видеоэндоскопическую перевязку коммуникантных вен, которая в 2006 г. была проведена всем больным с SEAR 4-6: 19 больным с SEAR-6, девяти больным с SEAR-4, трем больным с SEAR-5. При этом только у 25 из них, по данным УЗДГ, была выявлена несостоятельность перфорантных вен на оперированной ноге: у шести человек были обнаружены три перфоранты на голени, у троих – две, у остальных по одной. Результаты, полученные при SEPS, резко разнятся с результатами при УЗДГ. У четырех больных проведена диссекция одной перфорантной вены, у 14 – двух, у шести пациентов – трех, у семи – четырех и больше. В послеоперационном периоде отмечался хороший косметический результат, отсутствие болевого синдрома в зоне операции.

Таким образом, SEPS имеет явные преимущества перед эпифасциальной перевязкой с предварительным картированием по УЗИ: это более высокая радикальность и лучший косметический результат. Раньше для каждой перфорантной вены выполняли разрез, теперь же из одного разреза обрабатываются все коммуниканты. Мы считаем, что всем больным с SEAR 4-6 надо выполнять SEPS, даже если по данным УЗДГ нет патологии перфорантных вен.

В послеоперационном периоде проводились перевязки материалом Фармитекс ДЛР. Все время пребывания в стационаре больные получали детралекс, носили медицинский компрессионный трикотаж фирмы «Medieven». Преимуществами

этого трикотажа является легкость подбора нужного размера и класса компрессии, удобство ношения, что обеспечивает адекватную компрессию на бедре.

Только комплексное, четко спланированное лечение способно привести к излечению больных с трофическими язвами с хорошим косметическим эффектом.

## **НАШ ОПЫТ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ**

*И.В. Сундуков, М.С. Кошелев, А.И. Гонтарь, И.А. Крестьянова, Д.Ф. Дурманов,  
А.Г. Корнилов  
Раменская ЦРБ*

В практике эндохирурга нередко приходится решать вопрос о тактике оперативного вмешательства при необходимости провести лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) у больных с пупочными или вентральными грыжами различной величины и локализации. Этот вопрос решается несколькими путями.

Если пупочная грыжа небольшая, вопрос может решиться таким образом: вначале наносятся две овальные скарификации выше и ниже грыжи, чтобы по окончании грыжепластики был симметричный послеоперационный рубец. В проекции верхней скарификации наносится разрез до апоневроза, чтобы пальпаторно определить дефект апоневроза и выше его ввести троакар и телекамеру. Затем вводятся остальные манипуляторы и по общепринятым правилам выполняются ЛХЭ и ушивание раны от введения манипуляторов, после чего проводится грыжепластика.

Приводим наше наблюдение.

Больная А., 1959 г. рожд., поступила в хирургическое отделение 11.10.2006 г. для плановой ЛХЭ с наличием пупочной грыжи. 12.10.2006 г. предпринято оперативное вмешательство. Вначале выше пупка в проекции будущего грыжесечения проведен разрез длиной 2 см, пальпаторно обнаружено грыжевое кольцо, выше на 1 см введен первый 10-миллиметровый тубус с камерой, введены три остальных манипулятора в типичных местах и проведена ЛХЭ с дренированием брюшной полости. Затем выполнена грыжепластика полипропиленовой сеткой над апоневротически с предварительным ушиванием как дефекта апоневроза, который оказался размером 4×3 см, так и операционного – от введения манипулятора над пупком. На рану наложены швы по Донати с дренированием раны резиновым выпускником.

Больная выписана на 8-е сутки после операции с предварительным УЗИ как брюшной полости для исключения наличия в ней остаточной жидкости, так и операционной раны для исключения серомы раны брюшной стенки.

Если вентральная грыжа расположена в пупочной области, вначале проводят грыжесечение, ушивают апоневроз, через линию швов вводят лапароскоп, остальные манипуляторы располагают в типичных точках. Затем выполняют ЛХЭ, дренирование брюшной полости, после чего проводят грыжепластику тем или иным методом.

Приводим пример из нашей практики.

Больная К., 1957 г. рожд., поступила в хирургическое отделение 11.10.2006 г. с признаками ущемленной послеоперационной грыжи в пупочной области. За 3 года до поступления была оперирована по поводу пупочной грыжи с пластикой апоневроза местными тканями. В декабре 2005 г. проведена венэктомия. В анамнезе у больной желчнокаменная болезнь с частыми желчными коликами.

При поступлении жалобы на боли в области грыжевого выпячивания, которое оказалось размером 10×12 см. После проведения инфузионной терапии, спазмолитиков кишечную непроходимость удалось разрешить, но грыжевое выпячивание полностью не вправлялось. Учитывая