

О.В. Галимов, В.О. Ханов, Г.С. Мухамедьянов,
Т.Р. Ибрагимов, А.Р. Галиева, Д.А. Шилов
**СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Авторами исследования проведен анализ хирургического лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей. Всем пациентам было выполнено одномоментное эндовидеохирургическое лечение, включающее кроссэктомию (верхнюю или нижнюю), верхний или нижний стриппинг, эндоскопическую перевязку с пересечением несостоятельных перфорантных вен. Анализ полученных результатов показал, что в раннем послеоперационном периоде болевой синдром у больных, прооперированных с применением эндовидеохирургических технологий, менее выражен, чем при открытых двухэтапных операциях. В большинстве случаев у больных после проведенного хирургического лечения и наблюдавшихся в сроки от 3 до 24 месяцев была положительная динамика заживления трофических язв.

Ключевые слова: трофические язвы, хирургическое лечение, эндоскопическая перевязка, кроссэктомия, стриппинг.

O.V. Galimov, V.O. Khanov, G.S. Mukhamedianov, T.R. Ibragimov, A.R. Galieva, D.A. Shilov
**MODERN METHOD IN THE SURGICAL TREATMENT OF DISEASE VEINOUS
SYSTEM OF THE LOWER LIMBS**

The authors of the study analyzed the surgical treatment of patients with trophic ulcers of the lower extremities. All patients underwent endovideosurgery including crossectomy (upper or lower), upper or lower stripping, endoscopic ligation with intersection of incompetent perforating veins. The analysis of the obtained results showed that in the early postoperative period pain in patients operated with the use of endovideosurgery is less pronounced than with the open operation consisting of two steps. Most of the patients after surgical treatment being observed in a period of 3 to 24 months showed a positive dynamics of healing of venous ulcers.

Key words: trophic ulcers, surgery, endoscopic ligation, crossectomy, stripping.

Чаще всего трофические изменения на нижних конечностях встречаются среди пациентов с хронической венозной недостаточностью, варикозно-трансформированными венами и посттромбофлебитным синдромом, облитерирующим поражением сосудов конечностей, слоновостью, врожденными пороками развития сосудов [1,4]. У больных с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей трофические нарушения встречаются намного реже – около 4% случаев. Но у больных, которые в анамнезе неоднократно имеют тромбоз вен нижних конечностей на различных уровнях, трофические изменения встречаются в 15-35% наблюдений [5].

Современное лечение трофических язв нижних конечностей основано на устранении венозной гипертензии, которая при несвоевременном лечении приводит к деструкции тканей на клеточном, тканевом и микроциркуляторном уровнях [2,6]. Для снижения венозной гипертензии и ее последствий необходимо радикальное устранение вертикального или горизонтального вено-венозного рефлюксов. Для достижения данной цели большинство сосудистых хирургов используют старую методику операции в 2 этапа. Первым этапом убирают до верхней трети голени ствол большой подкожной вены, затем ждут заживления или уменьшения размеров язвы. И только потом переходят ко второму этапу

[3,8]. В настоящее время во всех областях хирургии наблюдается тенденция к уменьшению операционной раны и сроков ее заживления за счет применения новых методик и технологий оперативного лечения. Наиболее предпочтительным для больного является одномоментная, субфасциальная перевязка вен из группы Коккета с применением эндовидеохирургических технологий [2,7].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с осложненными заболеваниями венозной системы нижних конечностей.

Материал и методы

На клинических базах кафедры хирургических болезней с применением новых технологий проводилось исследование, в котором принимали участия 68 пациентов с осложненными формами заболеваний венозной системы нижних конечностей. Среди пациентов было 29 мужчин и 39 женщин. Возраст пациентов был от 22 до 67 лет (средний возраст 47,3 года). 23 больных страдали посттромботической болезнью варикозно-язвенной формы и у 45 пациентов была варикозная болезнь. Размеры трофической язвы были с 2,5×1,5 до 8,5×7,5 см. Больные страдают трофической язвой в среднем 8 месяцев. До поступления в клинику БГМУ все больные лечились самостоятельно без положительной динамики.



Рис.1. Больная М. на момент поступления в Клинику БГМУ

Всем пациентам перед хирургическим лечением назначалось ультразвуковая диагностика сосудов (УЗДС) вен нижних конечностей с обязательной маркировкой несостоятельных перфорантных вен. Больным было выполнено эндовидеохирургическое одномоментное оперативное вмешательство, включающее (верхнюю или нижнюю) кроссектомию, верхний или нижний стриппинг, эндоскопическое субфасциальное лигирование и пересечение несостоятельных перфорантных вен. После операции были назначены анальгетическая, антибактериальная терапия, эластическое бинтование нижних конечностей, терапия, направленная на улучшение микроциркуляции, а также венотоники.

Результаты

Применение современных хирургических технологий в лечении трофических язв значительно сократило время хирургического вмешательства. Также снизились показатели

послеоперационных осложнений. Ни в одном из случаев нагноения послеоперационных ран не наблюдалось. Болевой синдром у больных в раннем послеоперационном периоде был менее выраженный, чем при открытых двухэтапных операциях. Малая инвазивность операции с применением эндовидеохирургической технологии способствовала более быстрой активизации больных и послеоперационной реабилитации. После проведенного хирургического вмешательства все больные были выписаны из стационара на 7-й день. После выписки из стационара больные находились под наблюдением в сроки от 3 до 24 месяцев, в большинстве случаев наблюдалась положительная динамика (рис.2).



Рис.2. Больная М., 7 мес. после проведенной операции

Заживление язвы произошло у 39 (60%) пациентов. У 24 (36,9%) больных наблюдалось уменьшение размеров язвы на площадь более 50%. У 2 (3,1 %) пациентов заживления язвы не наблюдалось (рис.3).

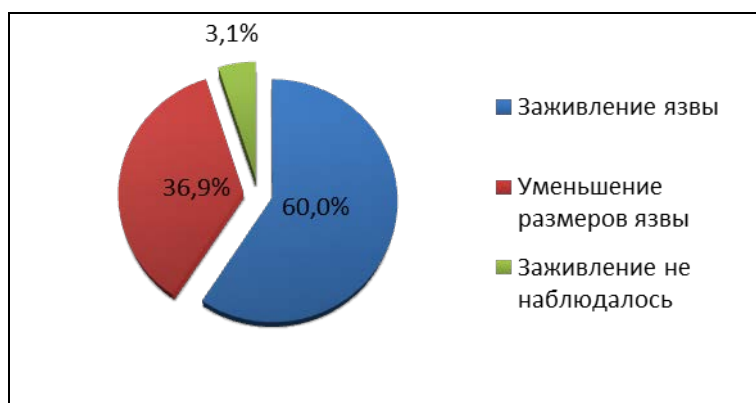


Рис.3. Результаты применения эндовидеохирургических технологий при лечении трофических язв нижних конечностей

Выводы

Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургической технологии при перевязке несостоятельных перфорантных вен позволило уменьшить площадь операционной раны и обеспечить ту же эффективность вмешательства, что и при открытых хирургических способах субфасциальной диссекции. В

раннем послеоперационном периоде не наблюдалось нагноения послеоперационных ран, уменьшились косметические дефекты, а также сократились сроки госпитализации пациентов. В период длительного наблюдения за больными отмечалась значительная положительная динамика в заживлении трофических язв.

Сведения об авторах статьи:

Галимов Олег Владимирович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Ханов Владислав Олегович – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Мухамедьянов Гайсар Саматович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Ибрагимов Теймур Рамиз оглы – клинический ординатор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Галиева Айгуль Рифкатовна – врач ГАУЗ «Актанышская ЦРБ». Адрес: 423740, Республика Татарстан, с. Актаныш, пр. Ленина, 1. Тел./факс 8(8552) 3-09-38.

Шилов Дмитрий Александрович – аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: от патогенеза к лечению и профилактике / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 14, №2. – С. 65-72.
2. Богданец, Л.И. Венозные трофические язвы. Возможности современной флебологии в решении старой проблемы / Л.И. Богданец // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18, № 7. – С. 1060-1063.
3. Габибулаев, А.Ф. Тактика лечения венозных трофических язв / А.Ф. Габибулаев, М.Г. Магомедова, М.А.Саидов // Хирург. – 2008. – № 10. – С. 11-12.
4. Дибиров, М. Д. Трофические язвы: практ. руководство / М.Д. Дибиров. – М.: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава, 2007. – 304 с.
5. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек; пер. с англ. / под ред. И.А. Золотухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 200 с.
6. Солошенко, В.В. Методы хирургического лечения трофических язв / В.В. Солошенко, Н.Н.Фисталь, С.Г.Хачатрян // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т.5, №4. – С. 617-619.
7. Grey, J.E. Venous and arterial leg ulcers / J.E. Grey, K. G Harding, S. Enoch // B.M.J. – 2006. – Vol. 332. – P. 347-350.
8. Palfreyman, S. Dressings for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis / S. Palfreyman, E.A. Nelson, J.A. Michaels // Brit. Med. J. – 2007. – Vol. 335. – P. 244-248.

УДК 616-091.5

© А.К. Имаева, Г.Г. Попов, А.А. Ширяев, 2013

А.К. Имаева¹, Г.Г. Попов², А.А. Ширяев¹

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Клиническая больница № 1», г. Стерлитамак

В работе приведены результаты анализа структуры летальности при заболеваниях печени на основании 105 протоколов патологоанатомического исследования. Проведенный анализ позволяет судить о структуре и динамике данной патологии, что необходимо для дальнейшего улучшения ее диагностики и лечения.

Ключевые слова: структура, анализ, болезни печени.

A.K. Imaeva, G.G. Popov, A.A. Shiryayev

ANALYSIS OF LIVER DISEASES MORTALITY

The paper presents the results of the analysis of the structure of mortality in liver diseases based on 105 autopsy reports. The analysis gives an indication of the structure and dynamics of this pathology, which is necessary for further improvement of its diagnosis and treatment.

Key words: structure, analysis, liver diseases.

Болезни печени, являясь довольно распространенной группой заболеваний, занимают 2-4-е места среди причин госпитализации и утраты трудоспособности населения в возрасте 20-60 лет [1,2]. В данной группе нередко встречается цирроз печени, хронические гепатиты, новообразования, гепатозы. РАМН отмечает, что циррозы печени составляют 30% от общего количества пациентов, страдающих диффузными поражениями органа [4,5]. По данным разных авторов цирроз печени при патологоанатомических вскрытиях в странах Европы и США составляет от 3 до 8,6% [6]. Алкогольное поражение печени не менее актуально и среди причин общей смертности составляет в России от 11,9 до 23,4% [3]. Заболеваемость раком печени в последние годы увеличивается и в структуре злокачественных новообразований желудоч-

но-кишечного тракта, занимая 7-е место [1]. Таким образом, болезни печени являются актуальной и серьезной проблемой современного здравоохранения и имеют тенденцию к неуклонному росту по всему миру.

Целью данного исследования было изучение структуры и динамики заболеваний печени, повлекших смертельные осложнения, среди населения крупного региона Республики Башкортостан за 2008-2012 гг.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи было изучено 105 протоколов патологоанатомических исследований за последние 5 лет, выполненных в патологоанатомическом отделении (ПАО) ГБУЗ РБ КБ № 1 г. Стерлитамака.

Результаты и обсуждение. За 2008-2012 гг. в ПАО было проведено 2375 патологоанатомических вскрытий, из которых были