

тотальной колэктомии у пациента с хроническим непрерывным течением НЯК, гормонорезистентной формой, вынуждены были прибегнуть к конверсии из-за наличия плотного воспалительного инфильтрата с микроабсцессами, локализовавшегося в селезеночном изгибе ободочной кишки.

У трех пациентов с травмами прямой кишки использование лапароскопии позволило исключить повреждение внутрибрюшинной ее части, а также сочетанных повреждений других органов брюшной полости. Кроме того, использование видеолапароскопической техники значительно упростило выведение двухствольной колостомы за счет визуализации наиболее подвижного участка кишки, либо при необходимости эндоскопической его мобилизации.

Послеоперационный период при лапароскопических вмешательствах протекал легче, чем после аналогичных открытым. На вторые сутки больным разрешили вставать. Восстановление кишечной перистальтики также отмечено на вторые сутки после операции. Наркотические анальгетики в послеоперационный период не назначались. Применение ненаркотических анальгетиков ограничивалось в среднем $4 \pm 1,5$ дня. Средний послеоперационный койко-день для радикальных вмешательств по поводу колоректального рака составил

$9,4 \pm 2,2$. Ранние послеоперационные осложнения развились у 3 (3,8%) пациентов. В одном случае сформировался абсцесс брюшной полости, потребовавший пункционного дренирования под контролем УЗИ, в другом у пожилого пациента развилась пневмония. В раннем послеоперационном периоде после субтотальной колэктомии с илеоректоанастомозом по поводу хронического колостазы развилась кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии. Причиной стал перекут подвздошной кишки вокруг своей оси. Для профилактики подобного осложнения в дальнейшем стали тщательно прослеживать ход брыжейки подвздошной кишки через минилапаротомный доступ перед наложением анастомоза. Летальных исходов после применения лапароскопических вмешательств в колоректальной хирургии не было.

Таким образом, использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии позволяет выполнять полноценную ревизию органов брюшной полости, адекватные по объему хирургические вмешательства при наиболее распространенных колоректальных заболеваниях, способствует раннему восстановлению кишечной перистальтики и ранней активизации больных, уменьшает послеоперационный койко-день, а также уменьшает количество эксплоративных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nakamura T., Onozato W., Mitomi H. et al. Retrospective, matched case-control study comparing the oncologic outcomes between laparoscopic surgery and open surgery in patients with right-sided colon cancer // *Surgery Today*. — 2009. — № 39 (12) — P. 1040-1045.
2. Liang J.T., Huang K.C., Lai H.S. et al. Oncologic results of laparoscopic versus conventional open surgery for stage II or III left-sided colon cancers: a randomized controlled trial. // *Ann. Surg. Oncol.* — 2007. — № 14 (1). — P. 109-117.
3. Guerrieri M., Campagnacci R., De Sanctis A. et al. Laparoscopic versus

open colectomy for TNM stage III colon cancer: results of a prospective multicenter study in Italy // *Surgery Today*. — 2012. — № 42 (11). — P. 1071-1077.

4. Разбирин В.Н., Бутенко А.В. Функциональные результаты открытой и лапароскопической передней резекции при раке прямой кишки // *Онкохирургия*. — 2012. — № 1. — С. 33.

5. Шельгин Ю.А., Воробьев Г.И., Фролов С.А. Техника лапароскопических операций при раке толстой кишки // *Практическая онкология*. — 2005. — № 2 (6). — С. 81-91.

УДК 617.58:616.14-007.63-089

Сравнительная оценка эффективности полного и короткого стриппинга большой подкожной вены в комбинации с надфасциальной перевязкой перфорантных вен у пациентов с трофическими нарушениями при варикозной болезни нижних конечностей

М.В. ЛАРИОНОВ, Р.Х. ХАФИЗЬЯНОВА, И.И. ШАМСУТДИНОВА, О.В. ЧУЕНКОВ, И.Е. ЧУХУТИН

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Казанский государственный медицинский университет

Ларионов Михаил Викторович

кандидат медицинских наук, врач сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии № 2, ассистент кафедры госпитальной хирургии
420033, г. Казань, ул. Батыршина, 20–33, тел. (843) 544–58–66
e-mail: larionov358@yandex.ru

Статья посвящена актуальной проблеме современной медицины — тактике хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей в стадии трофических нарушений. Приведены результаты клинических исследований, демонстрирующие сопоставимость эффективности полного и короткого стриппинга большой подкожной вены в комбинации с надфасциальной перевязкой перфорантных вен и преимущество техники короткого стриппинга при анализе отдаленных результатов.

Ключевые слова: варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность, короткий стриппинг.

Comparative evaluation of effectiveness of the full and short great saphenous vein stripping in combination with suprafascial ligation of perforating veins in patients with trophic lesions at varicose disease of lower extremities

M.V. LARIONOV, R.H. HAFIZYANOVA,
I.I. SHAMSUTDINOVA, O.V. CHUENKOV,
I.E. CHUHUTIN

Republican Clinical Hospital of MH of KT, Kazan
Kazan State Medical University

Article is devoted to an actual problem of modern medicine — tactics of surgical treatment of patients with a varicose disease of the low extremities in a stage of trophic violations. The results of the clinical researches showing comparability of efficiency of a full and short stripping of a great saphenous vein in a combination with suprafascial ligation of perforants and advantage of a short stripping technics in the analysis of remote results are given.

Key words: varicose disease, chronic venous insufficiency, short stripping.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей по праву занимает лидирующее положение в ангиологии по распространенности среди населения и по сложности достижения положительного результата лечения. Следует отметить, что ХВН нижних конечностей является прогрессирующим заболеванием, при этом на начальных стадиях болезни зачастую отмечается игнорирование проблемы самими пациентами и недостаточное внимание со стороны врачей общей практики. Образ жизни современного человека (длительные статические нагрузки, избыточная масса тела и пр.) способствует увеличению частоты болезни и ее прогрессированию. По последним эпидемиологическим данным от 35 до 60% трудоспособного населения нашей планеты страдает хроническими заболеваниями вен. Для России характерно обилие запущенных форм, что объясняется безответственным отношением наших сограждан к своему здоровью. В результате прогрессирования болезни декомпенсированные формы ХВН нижних конечностей диагностируются у 2% населения развитых стран, что примерно соответствует распространению сахарного диабета. Данный показатель имеет особо важное значение, поскольку у пациентов при переходе болезни в стадию декомпенсации снижается социальная активность, возрастает процент инвалидизации и значительно увеличивается размер материальных затрат, требующихся для проведения лечебных мероприятий. Сложившаяся ситуация определяет необходимость поиска новых путей оптимизации комплексного лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечности, в особенности при развитии декомпенсированных ее форм.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности выполнения операции полного стриппинга (ПС) и короткого стриппинга (КС) большой подкожной вены (БПВ) в сочетании с надфасциальной перевязкой несостоятельных перфорантных вен (НППВ) голени у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

В исследование были включены 76 пациентов с декомпенсированными формами хронических заболеваний вен нижних конечностей — С6 по классификации CEAP. Первую группу составили 47 пациентов, у которых был выполнен полный стриппинг БПВ в сочетании с НППВ, среди них 29 женщин и 18 мужчин. Вторая группа состояла из 29 пациентов (20 женщин, 9 мужчин), которым был

произведен короткий стриппинг патологически измененного ствола большой подкожной вены до верхней трети голени и надфасциальная перевязка несостоятельных перфорантных вен.

Причиной развития хронической венозной недостаточности у всех пациентов являлась варикозная болезнь нижних конечностей. Средний возраст больных составил $61,5 \pm 1,5$ года.

Диагностика поражения венозной системы включала в себя общеклинические методы, а также ультразвуковое исследование, проводившееся на аппарате HDI 5000 (США). У всех пациентов был диагностирован тотальный вертикальный рефлюкс по БПВ на пораженной конечности, а также горизонтальный рефлюкс по системе перфорантных вен (от 1 до 5 несостоятельных перфорантных вен голени).

В зависимости от начальной площади язвенного дефекта пациенты были распределены следующим образом: 17,2% пациентов первой группы и 14% второй группы имели площадь язв более 1000 мм², у 46,8% пациентов первой и 55% пациентов второй группы площадь язвенных дефектов находилась в пределах от 500 до 1000 мм², начальная площадь трофических дефектов менее 500 мм² была зафиксирована у 36% пациентов первой и 31% пациентов второй группы. Характерными внешними признаками трофических язв являлись подрытые края, дно, выполненное фибринозными или гнойно-фибринозными массами, а также отсутствие краевой эпителизации. Критерием включения пациентов в исследуемые группы являлось диагностирование вертикального рефлюкса в системе БПВ и горизонтального рефлюкса в системе перфорантных вен, а также наличие у них трофических язв нижних конечностей, т.е. диагностирование декомпенсации хронической венозной недостаточности.

Клиническую эффективность лечения больных оценивали по динамике выраженности болевого синдрома, размеру трофических дефектов на момент завершения лечения, а также скорости эпителизации язвенного дефекта. Скорость эпителизации язвенного дефекта определяли по следующей формуле: $V = (S - S_n) / t$, где: V — скорость эпителизации в см²/сут; S — площадь трофической язвы на предыдущем этапе; S_n — площадь трофической язвы на последующем этапе



Таблица 1.
Распределение больных по основным клиническим показателям

| Распределение больных в зависимости от диаметра перфорантных вен | | | Распределение больных по половому признаку | | |
|--|------------------|------------------|--|---------------|---------------|
| Диаметр вен | Контроль (базис) | Базис + ксимедон | Пол пациентов | Первая группа | Вторая группа |
| До 5 мм | 30 (64%) | 18 (67%) | Женщины | 29 (61,7%) | 20 (74%) |
| Свыше 5 мм | 17 (36%) | 11 (33%) | Мужчины | 18 (38,3%) | 9 (26%) |
| Возрастные характеристики пациентов исследуемых групп | | | Распределение больных в зависимости от площади язвенного дефекта | | |
| Возраст пациентов | Первая группа | Вторая группа | Площадь дефекта | Первая группа | Вторая группа |
| 20-39 лет | 4 (8,5%) | 3 (10,3%) | S>1000 мм ² | 8 (17,2%) | 4 (14%) |
| 40-59 лет | 20 (42,5%) | 11 (38%) | 1000>S>500 мм ² | 22 (46,8%) | 16 (55%) |
| 60-79 лет | 23 (49%) | 15 (51,7%) | S<500 мм ² | 17 (36%) | 9 (31%) |
| Распределение больных по давности возникновения трофических язв | | | Распределение больных в соответствии с особенностями язвенного дефекта | | |
| Срок возникновения язв | Первая группа | Вторая группа | Морфология язв | Первая группа | Вторая группа |
| >1 года | 27 (57,4%) | 14 (48,3%) | глубокие язвы | 23 (48,9%) | 14 (48,3%) |
| От 3 месяцев до 1 года | 15 (32%) | 12 (41,4%) | поверх. язвы, дно — гнойно-фибринозные массы | 19 (40,4%) | 12 (41,4%) |
| <3 месяцев | 5 (10,6%) | 3 (10,3%) | поверх. язвы, дно — зрелые грануляции | 5 (10,7%) | 3 (10,3%) |

исследования; t — время в сутках между исследованиями.

Период госпитализации у всех пациентов составил 20 дней.

Отдаленные результаты были определены через один год после хирургического вмешательства. В качестве критерия эффективности были выбраны объективный показатель — наличие/отсутствие рецидива трофических язв и субъективные характеристики — боль и чувство тяжести в конечности, оцененные по пятибалльной шкале. Один балл выставлялся при развитии боли или чувства тяжести после значительных физических нагрузок, два балла при периодическом появлении данных симптомов к концу рабочего дня. Три балла были выставлены пациентам с ежедневным формированием чувства тяжести или болевого синдрома полностью устраняющихся после ночного отдыха, тогда как при выставлении четырех баллов симптомы нивелировались частично. Максимальные пять баллов соответствовали клинике, при которой указанные симптомы полностью сохранялись после ночного отдыха. При отсутствии жалоб у пациентов выставлялось 0 баллов. У всех пациентов также оценивали наличие локальной неврологической симптоматики в виде парестезии, гипестезии в зоне иннервации n.saphenous, который травмируется при полном стриппинге БПВ в

силу анатомической особенности их взаиморасположения на голени.

Статистическая обработка данных производилась с помощью персонального компьютера IBM PC Pentium с использованием программ Microsoft Word, Microsoft Excel, SPSS 12.0. При этом использовались параметрические методы оценки результатов — вычисление средней арифметической (M), среднеквадратичного отклонения (σ), средней ошибки средней арифметической (m). Оценка различий между сопоставляемыми группами по избранным критериям осуществлялась по критерию Стьюдента. Достоверность изменений признавалась при вероятности ошибки p меньше или равно 0,05 ($p \leq 0,05$).

Результаты

В проведенном исследовании при изучении ближайших результатов у пациентов обеих групп не было выявлено статистически значимых различий по основным критериям оценки. В послеоперационном периоде у всех пациентов послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Болевой синдром полностью купировался у 40 пациентов (85,1%) первой группы и 28 пациентов (96,5%) второй группы. К моменту завершения реабилитационной терапии в первой группе полное закрытие трофических язв



Таблица 2.

Влияние выполненных хирургических вмешательств на основные клинические признаки при хронических заболеваниях вен

| Признаки | Первая группа (ПС+НППВ) | Вторая группа (КС+НППВ) |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| Купирование болевого синдрома | 40 (85,1%) | 28 (96,5%) |
| Сроки начала очищения язв (сутки) | 6,87±0,42 | 6,37±0,39 |
| Сроки завершения очищения язв и активизации краевой эпителизации (сутки) | 9,23±0,34 | 10,15±0,52 |
| Полная эпителизация язв | 38 (80,9%) | 24 (82,8%) |
| Эпителизация язв >75% | 9 (19,1%) | 5 (17,2%) |
| Максимальная скорость закрытия язв | 2,3±0,06 см ² /сут | 2,45±0,07 см ² /сут |

* — $p < 0,05$ по отношению к значениям первой группы

Таблица 3.

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения пациентов на сроке 12 месяцев

| Признаки | Первая группа (ПС+НППВ) | Вторая группа (КС+НППВ) |
|--|-------------------------|-------------------------|
| Болевой синдром | | |
| 0 баллов (отсутствие болевых ощущений) | 42 (89,4%) | 25 (86,2%) |
| 1 балл | 5 (10,6%) | 1 (13,8%) |
| Чувство тяжести в оперированной конечности | | |
| 0 баллов (отсутствие симптома) | 38 (80,9%) | 24 (82,8%) |
| 1 балл | 6 (12,7%) | 4 (13,8%) |
| 2 балла | 3 (6,4%) | 1 (3,4%) |
| Симптомы нейропатии | | |
| Вызывающие дискомфорт у пациента | 9 (19,1%) | |
| Не беспокоящие пациента | 3 (6,4%) | |

* — $p < 0,05$ по отношению к значениям первой группы

было диагностировано у 38 пациентов (80,9%), а эпителизация >75% у 9 пациентов (19,1%). Во второй группе у 24 больных (82,8%) трофические язвы зажили полностью, у 5 больных (17,2%) наступила эпителизация >75% площади дефектов. У пациентов первой группы максимальное значение скорости закрытия язвенных дефектов было зафиксировано на 10-й день и составило 2,3±0,06 см²/сут. У больных второй группы максимальное значение скорости закрытия язвенных дефектов также было зафиксировано на 10-й день, которое составило 2,45±0,07 см²/сут. При выписке всем больным был рекомендован компрессионный трикотаж второго класса компрессии.

При обследовании пациентов через 12 месяцев после хирургического вмешательства было проведено ультразвуковое исследование. У 5 пациентов второй группы пациентов был визуализирован оставшийся сегмент БПВ в нижней трети голени, при этом вертикального рефлюкса диагностировано не было. У 24 пациентов произошло склерозирование оставшегося сегмента БПВ. Рецидива горизонтального рефлюкса по системе перфорантных вен выявлено не было. Болевой синдром отсутствовал у 42 пациентов (89,4%)

первой группы, тогда как у 5 пациентов (10,6%) боль по шкале соответствовала одному баллу. Во второй группе у одного пациента (13,8%) присутствовали переходящие болевые ощущения, а 25 больных (86,2%) жалоб на боли не предъявляли. Выраженность чувства тяжести у 3 пациентов (6,4%) первой группы составила 2 балла, у 6 пациентов (12,7%) 1 балл и у 38 больных (80,9%) данный симптом отсутствовал полностью. Во второй группе данный показатель составил: 1 пациент (3,4%), 4 пациента (13,8%) и 24 пациента (82,8%) соответственно.

Во первой группе у 12 пациентов (25,5%) через 12 месяцев после хирургического вмешательства определялись признаки гипестезии и парестезии в области медиальной лодыжки и передне-медиальной поверхности нижней трети голени. При этом трое пациентов (6,4%) не придавали внимания данному факту, тогда как 9 пациентов (19,1%) делали акцент на данной особенности послеоперационного периода. Во второй группе подобной симптоматики нейропатии *p.sarphenous* диагностировано не было.

Повторного открытия трофических язв не было зафиксировано ни в одном случае. Все пациенты трудоспособного

возраста продолжили трудовую деятельность без значимых ограничений.

Вывод

У пациентов с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности при варикозной болезни выполнение полного стриппинга большой подкожной вены в комбинации с надфасциальной перевязкой перфорантных вен и проведение короткого стриппинга БПВ с аналогичным устранением горизонтального рефлюкса не имеют статистически значимых отличий по своей эффективности в ближайшем после-

операционном периоде и через год после проведения операций. Однако после выполнения полного стриппинга БПВ у определенного числа пациентов (25,5% в нашем исследовании) развиваются симптомы нейропатии *p.saphenous*, доставляющие дискомфорт пациентам в некоторых случаях (19,1%). В силу полученных результатов мы полагаем, что короткий стриппинг большой подкожной вены в сочетании с надфасциальной перевязкой несостоятельных перфорантных вен, можно считать операцией выбора для пациентов с варикозной болезнью в стадии трофических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология: руководство // под ред. А.В. Покровского. — В двух томах. — Т. 2. — М.: Медицина, 2004. — 888 с.
2. Богачев В. Ю. Материалы V конференции Ассоциации флебологов России / В.Ю. Богачев // М., 2004. — С. 19-23.
3. Jawien A. The Influence of Environmental Factors in Chronic Venous Insufficiency // *Angiology*. — 2003. — Vol. 54, suppl. L. — P. 19-31.

4. Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalization — an Italian perspective // *Current Medical Res Opinion*. — 2003. — Vol. 19, № 8. — P. 761-9.
5. Boudourogrou D., Kakkos S.K., Geroulakos G. Adjuvant medical therapy to deep venous reconstruction // *Phlebology*. — 2004. — Vol. 19, № 1. — P. 4-6.

УДК 616.441/.447-089.8

Применение видеоассистированных операций при заболеваниях щитовидной и паращитовидных желез

Л.Е. СЛАВИН, М.М. ХАСАНШИН, И.В. ФЕДОРОВ, А.Н. ЧУГУНОВ, А.Ф. ГАЛИМЗЯНОВ, Р.Т. ЗИМАГУЛОВ

Казанская государственная медицинская академия
Межрегиональный клиничко-диагностический центр МЗ РТ

Славин Лев Ефимович

доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии
420029, г. Казань, ул. Сибирский Тракт, д. 23, кв. 65,
тел. 8-917-391-53-45, e-mail: Lev.s@rambler.ru

В статье представлен опыт проведения операций на щитовидной и паращитовидных железах при помощи видеоассистенций. С 2010 по 2012 год всего было прооперировано 9 женщин и 1 мужчина. Средняя продолжительность вмешательства составила 75 (60-95) мин. при гемитиреоидэктомии и 60 (45-70) мин. при удалении аденомы паращитовидной железы. В 9 случаях был достигнут ожидаемый эффект от оперативного вмешательства. Средний послеоперационный койко-день составил 4.

Ключевые слова: узловый зоб, первичный гиперпаратиреоз, видеоассистированная тиреоидэктомия, видеоассистированная паратиреоидэктомия.

Application of video assisted operations at diseases of thyroid and parathyroid glands

L.E. SLAVIN, M.M. KHASANSHIN, I.V. FEDOROV, A.N. CHUGUNOV, A.F. GALIMZYNOV, R.T. ZIMAGULOV

Kazan State Medical Academy
Interregional Clinical Diagnostic Center of MH of RT