

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

ложнений, а также послеоперационной тошноты и рвоты. Перегрузка внутривенным поступлением жидкости приводит к отеку кишечной стенки и увеличивает риск несостоятельности анастомоза [5].

Результаты исследования свидетельствуют о преимуществах принципов хирургии быстрого выздоровления и необходимости их использования в комплексе, с дальнейшим расширением применения многоуровневого подхода к ведению периоперационного периода для достижения оптимальных результатов лечения пациентов с заболеваниями ободочной кишки.

Литература:

1. Kirchhoff, P. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies / P. Kirchhoff, P.A. Clavien, D. Hahnloser // Patient Saf.

Surg. – 2010. – Vol. 4, № 1. – P. 5–10.

2. Soop, M. Optimizing perioperative management of patients undergoing colorectal surgery: what is new? / M. Soop, J. Nygren, O. Ljungqvist // Curr Opin Crit Care. – 2006. – Vol. 12, № 2. – P. 166–170.

3. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery / K. Lassen [et al.] // Arch Surg. – 2009. – Vol. 144, № 10. – P. 961–969.

4. Lewis, S.J. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis / S.J. Lewis, H.K. Andersen, S. Thomas // J Gastrointest Surg. – 2009. – Vol. 13, № 3. – P. 569–575.

5. Hilton, A.K. Avoiding common problems associated with intravenous fluid therapy / A.K. Hilton, V.A. Pellegrino, C.D. Scheinkestel // MJA. – 2008. – Vol. 189, Is. 9. – P. 509–513.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Сушков С.А.¹, Небылицин Ю.С.¹, Михневич А.В.¹, Кухновец Е.А.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Витебский областной клинический диагностический центр»²,

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаются важнейшими клиническими проблемами [1]. В общей популяции ТГВ встречается в 50 случаях, а среди лиц пожилого возраста (>65 лет) заболеваемость увеличивается до 200 случаев на 100 000 населения [1, 2]. Непосредственная угроза жизни пациентов связана с развитием грозного осложнения – ТЭЛА, которая регистрируется в 35-40 случаях на 100 000 человек. В течение первых 30 суток после диагностированного ТГВ от ТЭЛА умирает до 6% пациентов [2, 3]. Наибольшую угрозу представляют флотирующие тромбы. Лечебная тактика пациентов с ТГВ будет зависеть от распространенности тромботических поражений и их значимости в возникновении тромбоэмболических осложнений [2]. В связи с этим актуальным вопросом является выработка тактики лечения пациентов с флотирующими ТГВ.

Цель. Выработка оптимальной тактики лече-

ния пациентов с флотирующими ТГВ.

Материал и методы. В клинике наблюдалось 32 пациента с флотирующими ТГВ нижних конечностей (мужчин – 25, женщин – 8) в возрасте от 45 до 89 лет ($55,2 \pm 12,8$ года). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 19, правосторонняя – у 13 пациентов. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 8 пациентов, тромбоз бедренной вены – 25. Применялись лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое доплерографическое исследование, дуплексное и триплексное ангиосканирование). Для оценки тромботического состояния крови производилось исследование коагуляционного гемостаза.

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 6 [4, 5].

Результаты и обсуждение. Схема ведения пациентов с ТГВ основывалась на данных проведенных обследований. В случае выявления флотирующего тромба в бедренном или подвздошном

сегментах выявлялась степень риска ТЭЛА. Степень риска определялась размером флотирующей части тромба, соотношением длины тромба и диаметром основания тромба, соотношением диаметра тромба и диаметра вены. Показаниями для оперативного лечения являлись: размер флотирующей части тромба более двух см свободно находящийся в кровотоке, диаметр основания тромба менее длины флотирующей части тромба и диаметр флотирующей части тромба в два раза меньше диаметра вены. Методом выбора оперативного вмешательства являлись открытая тромбэктомия флотирующей части тромба и перевязка магистральных вен с целью профилактики возможного рецидива ТГВ с последующим образованием флотирующего тромба. Тромбэктомия выполнялась при наличии тромбов в общей бедренной или наружной подвздошной вен с высокой степенью риска ТЭЛА. Оперативное вмешательство проводилось под спинальной анестезией. Тромбэктомия выполнялась до уровня поверхностной бедренной вены, которая при завершении оперативного вмешательства перевязывалась кетгутум. У 8 пациентов в основном с тяжелой сопутствующей патологией выполнена перевязка магистральных вен.

Осложнения после оперативных вмешательств наблюдались в четырех случаях: кровотечение, лимфорей (2), нагноение послеоперационной раны. Наличие гематомы потребовало проведение оперативного вмешательства – вскрытие и дренирование гематомы. Летальных исходов не было.

При наличии флотирующего тромбоза протяженностью менее двух см и отсутствии угрозы отрыва (конусообразная головка тромба и широкое основание флотирующей части тромба), проводилось консервативное лечение. Стандартная консервативная терапия включала: строгий постельный режим с использованием шины Белера на протяжении всего острого периода флеботромбоза, высокую эластическую компрессию нижних конечностей, введение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, ангиопротекторов, применение флеботропной терапии. По мере улучшения клинической картины антикоагулянты прямого действия под контролем свертывающей системы крови отменялись, и пациент переводился на

антикоагулянты непрямого действия.

Оценку ближайших результатов проводили по наличию признаков нарушения венозного оттока, а также наличию эпизодов ТЭЛА с момента проведения оперативного вмешательства и до момента выписки из стационара. В ближайшем послеоперационном периоде прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза постепенно регрессировали. В группе пациентов, которым проводилась перевязка общей бедренной и наружной подвздошной вен наблюдались стойкий отек нижней конечности. Эпизодов ТЭЛА у прооперированных пациентов не наблюдалось.

После выписки из стационара пациентам рекомендовали дальнейший прием антикоагулянтов непрямого действия и антиагрегантов до 8 месяцев под контролем протромбинового индекса и международного нормализованного отношения, высокая эластическая компрессия обеих нижних конечностей.

Выводы.

1. Выбор метода лечения флотирующего тромбоза определяется локализацией и распространением патологического процесса, размером флотирующей части тромба, временем начала заболевания и выраженностью сопутствующей патологии.

2. При наличии флотирующего тромбоза протяженностью более двух см необходимо выставлять показания для экстренного оперативного лечения с целью профилактики ТЭЛА.

3. Ранняя активизация пациентов в ближайшем послеоперационном периоде, является значимым преимуществом активной хирургической тактики в лечении флотирующего тромбоза перед консервативным ведением данной группы пациентов.

4. Выработанная хирургическая тактика позволила у всех пациентов ликвидировать флотирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

Литература:

1. Заболевания вен / под ред. Х. С. Фронек ; пер. с англ. ; под ред. И. А. Золотухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 208 с.

2. Специализированная профилактика тромбозов легочной артерии / П.Г. Швальб [и др.]. – Рязань, 2010. – 118 с.

3. Plebology / A. A. Ramelet [et al.]. – Elsevier Masson SAS – All rights reserved, 2008. – 570 p.

4. Банержи, А. Медицинская статистика по-

нятым языком / А. Банержи. – М. : Практ. медицина, 2007. – 287 с.

5. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 350 с.

ЭКСТРАВАЗАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛАПАНОВ ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сушков С.А., Скоморощенко В.А., Ржеуская М.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургическом лечении варикозной болезни, послеоперационные рецидивы (РВБНК) возникают, по данным отечественных и зарубежных авторов [1-6], в 12-80% случаев и являются актуальной проблемой хирургической флебологии. По данным Международного союза флебологов [1-6], не менее 25% флебохирургических вмешательств проводится по поводу РВБНК. До настоящего времени окончательно не решен вопрос о выборе комплексной лечебной тактики в отношении рецидива варикозной болезни, а повторные хирургические вмешательства являются технически более сложными и объемными, могут приводить к ряду осложнений, особенно у лиц трудоспособного возраста, что влечет значительное увеличение финансовых затрат в сфере здравоохранения [1-3]. Развитие рецидива варикозной болезни нижних конечностей может быть обусловлено не только прогрессирующим характером основного заболевания: варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК)[1-6], но и неадекватной предоперационной диагностикой, а также техническими погрешностями при первичном хирургическом вмешательстве по поводу варикозной болезни нижних конечностей [1-6]. Одним из дискуссионных вопросов современной хирургии варикозной болезни нижних конечностей являются вмешательства на клапанном аппарате глубоких вен при его несостоятельности, с целью коррекции «извращенной» венозной гемодинамики для устранения причин рецидива варикозной болезни нижних конечностей [1-6].

Цель. Целью данного научного исследования является оценка влияния хирургического лечения с применением экстравазальной коррекции клапанов глубоких вен на устранение причин РВБНК, и качество жизни пациентов с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (медицинские карты стационарных пациентов), включая: анамнез, клинический сосудистый статус, протоколы оперативных вмешательств и ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветовым картированием, рентгенконтрастной компрессионной флебографии 212 пациентов с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей (РВБНК), оперированных на базе УЗ «Вторая ВОКБ» за период с 1995 г. по 2012 г. Особое внимание уделялось изучению объема и характера выполненных повторных оперативных вмешательств, а также причин, вызвавших рецидив, на основании ультрасонографических и интраоперационных данных. Для оценки качества жизни применялись международный опросник CIVIQ, опросник ВАШ специально разработанные для пациентов с хронической венозной недостаточностью.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного лицензионного пакета программ Statistika 6.0

Результаты и обсуждение. В ходе комплексного пред и интраоперационного обследования нами установлено, что у 32 (6,7%) пациентов, которые были включены в исследование, имела несостоятельность клапана общей бедрен-