

А.Б. Кутовой¹,
И.В. Люлько¹,
О.А. Сергеев²,
Д.А. Кисилевский¹

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»²
пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua
ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»²
Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine*

Первый опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) относится к античным временам. Однако активно флебология стала развиваться с конца XIX – начала XX века, когда впервые появились публикации А.А. Троянова (1888 г.) и Ф. Тренделенбурга (1890 г.), которые рекомендовали перевязывать большую подкожную вену (БПВ) в в/3 бедра. В последующем ряд исследователей совершенствовал методики экцизии ствола БПВ (Н. Shede, 1877; М. Madelung, 1884; О. Narat, 1906; W.W. Babcock, 1907), а также поиск ликвидации патологического сброса по перфорантным венам (R.R. Linton, 1938; F.B. Cockett, 1953; D. Felder, 1955). Основными этапами лечения ВБНК стали ликвидация патологического вертикального и горизонтального рефлюкса. С 1907 года, благодаря внедрению W.W. Babcock в практику гибкого зонда с оливой на конце, упростилось выполнение экцизии ствола БПВ. Данная методика наиболее эффективна и обладает меньшей травматичностью и используется до сих пор. Методика минифлебэктомии (МФЭ) по Мюллеру, направленная на удаление варикозно – измененных притоков БПВ и малой подкожной вены (МПВ), вытеснила метод Нарата. Внедрение в практику со середины 90-х годов такого диагностического оборудования, как ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), привело к дифференцированному подходу к лечению каждого пациента. Параллельно с этим тактическим подходом к изменению протяженности экцизии ствола усовершенствовался и инструментарий. На сегодняшний день в практику внедрены современные методики лечения ВБНК – это лазерная, ультразвуковая и радиочастотная абляция. Современный темп жизни требуют от врачей минимизировать риски, сократить сроки пребывания пациентов на койке и сократить реабилитацию.

Цель – оценка результатов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей на разных этапах эволюции подходов и развития методов.

В нашей клинике с 1995 по 2018 год располагаем опытом 7457 удалений поверхностных вен с помощью венэкстрактора Бебкока в комбинации с МФЭ, из которых 5201 случай зондом собственной конструкции. Благодаря этому удалость уменьшить длину разреза кожи до менее 10 мм (для извлечения венэкстрактора) с 91,3% (2062) при использовании венэкстрактора Бебкока до 8,6% (447) с зондом собственной конструкции, а также сократить количество подкожных гематом с 12,1% (271) до 3,5% (182) соответственно.

Также мы проанализировали 215 случаев дифференцированного подхода к лечению больных с трофическими язвами. У 89 пациентов выполнялась одномоментная коррекция вертикального и горизонтального рефлюкса, а у 126 – только вертикального. Нагноение послеоперационных ран наблюдалось в 26,9% (24) у пациентов, которым проводилась одномоментная коррекция вертикального и горизонтального рефлюкса, а в случае только вертикального – 4,7% (6) случаев. Краевые некрозы кожи наблюдались у 20,2% (18) и 10,6% (5) пациентов, а средний койко-день уменьшился с 16,3 суток до 4,7 соответственно. Причем из 126 пациентов, которым выполнялась только коррекция вертикального рефлюкса, в 47 случаях потребовалось выполнение второго этапа, т.е. ликвидация горизонтального. Полное устранение горизонтального рефлюкса, по данным УЗАС, в течение 6 месяцев наблюдалось в 62,6% (79) случаях.

С 2013 года в клинике по методике эндовенозной лазерной абляции (ЭВЛК) прооперировано более 100 пациентов по строгим показаниям.

Многообразие способов лечения ВБНК диктует необходимость определения четких показаний для каждого из них и требует индиви-

дуального подхода к пациенту, что определяет успех в лечении данной распространенной патологии.



УДК 616.45-006.03-089

А.Б. Кутовой¹,
Э.В. Жмуренко¹,
И.В. Дейнеко²

ОПЕРАЦИИ МАЛЫХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина

КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»²
пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»²

Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine

Технические вопросы адреналэктомии изменяются в соответствии с разработкой и внедрением новых технологий. Приоритетом в настоящее время является лапароскопическая адреналэктомия, при этом не теряют своего значения традиционные малоинвазивные вмешательства. Одними из определяющих факторов при выборе метода адреналэктомии являются тип опухоли, её гормональная активность, размеры и плотность. Выполнение адреналэктомий посредством малых доступов представляет особый интерес, так как данный метод сочетает в себе преимущества традиционной и эндоскопической методик.

Цель – сравнить результаты лечения больных с новообразованиями надпочечников в зависимости от метода хирургического вмешательства.

С 2009 по 2011 год на базе отделения эндоскопической хирургии ОКБМ нами прооперировано 135 больных с новообразованиями надпочечников, из них доброкачественные опухоли были выявлены у 115 пациентов, злокачественные – у 20. Средний возраст пациентов составил 54,5±2,6 года. У большинства больных применялась мануально ассистированная адреналэктомия (hand assistant laparoscopic adrenalectomy (HALS)) – у 110 (81,5%), лапароскопическая адреналэктомия (ЛА) выполнена у 10 (7,4%), традиционная – у 15 (17,8%).

Длительность операции при HALS в среднем составила 63,4±2,5 мин., при ЛА – 81±4 мин., при традиционной – 98,8±9,1 мин. Размер опухоли, удаленной по методике HALS, достигал 4,48±0,1 см при доброкачественных опухолях (104 (77,0%)) и 5,4±0,2 см при злокачественных (6 (4,4%)), при ЛА – 2,75±0,4 см при доброкачественных (7 (5,2%)) и 3,1±0,1 см при злокачественных (3 (2,2%)), при традиционной – 3,63±0,4 см при доброкачественных опухолях (6 (4,4%)) и 7,3±0,3 см при злокачественных (9 (6,7%)). В ходе лапароскопической адреналэктомии в 4 (2,9%) случаях была выполнена конверсия, в связи с прорастанием злокачественной опухоли за пределы надпочечниковой железы, поражением близлежащих органов и тканей и как следствие необходимостью в расширении объема вмешательства. При выполнении HALS потребовалась конверсия в 3 (2,2%) случаях в связи с кровотечением из нижней полой вены и нижней диафрагмальной артерии.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов после HALS и эндоскопической адреналэктомии наблюдался менее выраженный болевой синдром, происходила быстрая активизация и восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника по сравнению с