

УДК 616.147.3-007.64-089

**ФЛЕБЭКТОМИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Аннамырадов А. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

По данным различных исследований патология вен нижних конечностей широко распространена — она встречается у 20–25 % населения. Имеются 3 основных патогенетических варианта развития варикозного расширения вен — по нисходящему (50–60 %), восходящему (около 10 %), смешанному (30–40 %) типам. Каждый из указанных вариантов имеет свои клинические особенности и в лечении требует дифференцированного подхода. Наибольшие трофические и гемодинамические расстройства наблюдаются при восходящем и смешанном типах. Общеизвестно, что наиболее радикальным методом лечения варикозной болезни является хирургический, а флебэктомия комбинированным способом (с кроссэктомией и длинным стриппингом стволов) остается основной операцией в лечении этой категории пациентов.

Цель

Провести анализ результатов флебэктомии комбинированным способом в общехирургическом отделении.

Материал и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 160 пациентов (методом сплошной выборки), оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей с 01.01.2013 по 31.12.2014 гг. в хирургическом отделении № 1 на базе Гомельской городской клинической больницы № 3. Данное отделение рассчитано на 40 коек и оказывает экстренную и плановую хирургическую помощь. За представленный временной период в отделении произведено 1485 плановых оперативных вмешательств (исключая операции, выполненные по принципу «хирургии одного дня»).

Все пациенты поступали для операции обследованными амбулаторно по месту жительства. Перед операцией в стационаре производилось ультразвуковое сканирование вен нижних конечностей с целью маркировки несостоятельных перфорантных вен. Также при этом оценивалась состоятельность сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев, уровень вертикального рефлюкса, проходимость глубоких вен. Использовался аппарат среднего класса Logiq P5 с линейным мультислотным датчиком 7, 10, 12 МГц.

Результаты исследования и их обсуждение

В общем объеме плановых вмешательств частота флебэктомии комбинированным способом составила 10,8 %. Мужчин было 73 (45,6 %), женщин — 87 (54,4 %). Средний возраст пациентов составил $51,1 \pm 11,8$ лет (минимальный — 20 лет, максимальный — 73 года). Анамнез заболевания в среднем был отмечен в течение $18,6 \pm 8,0$ лет, в тоже время заметное ухудшение состояния, вынуждавшее обратиться за медицинской помощью, наблюдалось в течение $1,8 \pm 0,7$ лет.

Варикозное расширение коллатералей в системе большой подкожной вены было у 51 (31,9 %), патология обеих систем была у 109 пациентов (68,1 %). Изолированного поражения в системе малой подкожной вены не встретилось. По клиническим проявлениям пациенты распределились следующим образом: класс С2 наблюдался у 5 %, С3 — у 43,1 %, С4 — у 40 %, С5 — у 8,8 %, С6 — у 3,1 % пациентов. Пациентов с классом С1 не было.

По результатам ангиосканирования у 1 пациента несостоятельных перфорантных вен выявлено не было. У остальных пациентов в среднем было отмечено по $2,6 \pm 1,9$ несостоятельных перфорантных вен (максимум — 6). Во всех случаях магистральные глубокие вены были проходимы, а средний размер большой подкожной вены в верхней трети бедра составил $9,5 \pm 2,6$ мм.

У всех пациентов была произведена флебэктомия комбинированным способом, включавшая кроссэктомию, длинный стриппинг ствола большой подкожной вены, а в случае изменения — и малой подкожной вены, перевязку маркированных несостоятельных перфорантных вен эпифасциально по Коккету. В 3 случаях перевязка перфорантных вен произведена субфасциально по Линтону.

В послеоперационном периоде у всех пациентов применялась эластическая компрессия по стандартной методике. У части пациентов с выраженными степенями венозной недостаточности использовалась терапия препаратами микронизированного диосмина.

В послеоперационном периоде у 7 пациентов отмечены локальные гематомы по ходу послеоперационных ран, регрессировавшие к моменту снятия швов самостоятельно. Других осложнений не было. В случае пациентов с классом С6 к моменту выписки наблюдалась отчетливая тенденция к заживлению трофических язв. Средняя длительность пребывания в стационаре после операции составила 11,8 койко-дня.

Выводы

Из всего количества плановых операций на флебэктомию в хирургическом отделении № 1 Гомельской городской клинической больницы № 3 приходится 10,8 % операций. Подавляющая часть пациентов (95 %) относилась к классу С3 и выше. Существенная часть пациентов (51,9 %) имела трофические нарушения. Таким образом, лечение пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей остается актуальной проблемой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кресс, Д. В. Возможности и эффективность различных методов хирургического лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей / Д. В. Кресс, Н. Н. Чур // Хирургия. Восточная Европа. — 2014. — № 1. — С. 152–159.
2. Куликова, А. Н. Эволюция хирургических и эндовазальных методов коррекции стволового венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью нижних конечностей / А. Н. Куликова, Д. Р. Гафурова // Клиническая медицина. — 2013. — № 7. — С. 13–18.
3. Савельев, В. С. Флебология / под ред. В. С. Савельева. — М: Медицина, 2001. — 664 с.
4. Pistorius, M. Chronic Venous Insufficiency / M. Pistorius // Angiology. — 2003. — Vol. 54., suppl. 1. — P. 5–12.

УДК 796.325+37.042:612-055.1«2013-2014»

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ГРУППЫ СПОРТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПО МУЖСКОМУ ВОЛЕЙБОЛУ В 2013–2014 УЧЕБНЫХ ГОДАХ

Антюхова Т. А.

Научный руководитель: преподаватель С. А. Ломако

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Волейбол — ациклическая командная игра, где мышечная работа носит скоростно-силовой, точно-координационный характер. При малых размерах и ограничении касания мяча выполнение всех технических и тактических элементов требует от спортсмена точности и целенаправленности движений. Двигательные действия заключаются во множестве молниеносных стартов и ускорений, в прыжках вверх на максимальную и оптимальную высоту, большом количестве взрывных ударных движений при длительном, быстром и почти непрерывном реагировании на изменяющуюся обстановку, что предъявляет высокие требования к физической подготовленности волейболистов.