

ЛИТЕРАТУРА

1. Gillams, A. R. Radiofrequency ablation in the management of liver tumors / A. R. Gillams Eur // J. Surg. Oncol. — 2003. — Vol. 29(1). — P. 9–16.
2. Хирургическая тактика в лечении больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печень / Ю. И. Патютко [и др.] // Онкол. колопроктол. — 2011. — № (2). — С. 13–19.
3. Current treatment for liver metastases from colorectal cancer / L. X. Liu, W.H. Zhang, H. C. Jiang // J. World Gastroenterol. — 2003. — Vol. (9). — P. 193–200.
4. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) / А. М. Гранов [и др.]. — СПб.: Фолиант, 2007. — 287 с.
5. Вишневецкий, В. А. Тактика хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень / В. А. Вишневецкий, В. А. Кубышкин, Т. С. Одарюк // «Актуальные проблемы современной хирургии»: Труды конгресса. — М., 2003. — С. 150.

УДК 616.14-008.64-036.2-089.168

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Панкова Е. Н., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е.,
Куликович Ю. К., Сильвистрович В. И.*

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

Введение

Венозные трофические язвы нижних конечностей (ВТЯНК) являются значимой медицинской проблемой. ВТЯНК составляют 70–80 % всех трофических язв нижних конечностей [1]. Распространенность составляет 1–3 % взрослого населения [2]. Основными проявлениями ВТЯНК являются длительно незаживающие раны (чаще с умеренной или повышенной экссудацией), хроническая боль и инфекционные осложнения. Из-за хронического рецидивирующего течения происходит снижение качества жизни, сравнимое с онкозаболеванием и хронической сердечной недостаточностью, и увеличение стоимости лечения. В основе патогенеза ВТЯНК лежат нарушение работы клапанов (что приводит к венозному рефлюксу), мышечной помпы, венозная обструкция (чаще вследствие перенесенного флеботромбоза), а также хроническое воспаление. Воспалительный процесс приводит к повреждению венозной стенки, фиброзу, нарушению стадийности раневого процесса.

Посттромботический синдром (ПТС) является отдаленным осложнением тромбоза глубоких вен и развивается у 20–50 % пациентов, несмотря на оптимальную антикоагулянтную терапию [3]. Факторами риска, способствующими развитию ПТС, являются пожилой возраст, ожирение, ипсилатеральный флеботромбоз, локализация в илеофemorальном сегменте, неадекватная варфаринотерапия. Образование язв, как наиболее тяжелого проявления ПТС, наблюдается в 2–10 % случаев [4].

Компрессия является терапией первой линии ВТЯНК. В ряде случаев компрессионное лечение не приводит к заживлению язв (только 30–60 % язв заживают в течение 24 недель [2]), что требует применения других методов лечения.

Цель

Проанализировать структуру заболеваемости, методы лечения пациентов с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности (ХВН).

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 81 пациента с ПТС (клинические классы по СЕАР С3–С6) и варикозной болезнью (клинический класс по СЕАР С6), госпитализированных в отделение сосудистой хирургии У«ГОККЦ» за период 01.01.2016–30.06.2020 гг.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с ПТС (С3–С6 по СЕАР): 25 пациентов с односторонним поражением, восемь пациентов — с

двухсторонним. Вторую группу составили пациенты с варикозной болезнью (С6 по СЕАР): 46 пациентов с односторонним поражением, два пациента с двухсторонним поражением. Учитывая, что некоторые пациенты имели разные формы венозной недостаточности при двухстороннем поражении, количество конечностей с ПТС (С3–С6 по СЕАР) составило 41. Количественные данные представлены медианой и интерквартильным интервалом (Me (Q₁ ; Q₃)).

Результаты исследования и их обсуждение

Была проанализирована 81 история болезни пациентов с ПТС (С3–С6 по СЕАР) и варикозной болезнью (С6 по СЕАР) за период 01.01.2016–30.06.2020 гг. На рисунке 1 показано количество пациентов, пролеченных с ПТС и варикозной болезнью (С6 по СЕАР) за период 2016–2019 гг.

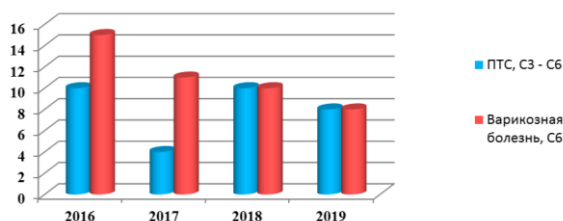


Рисунок 1 — Пациенты, пролеченные с тяжелыми формами ХВН за период 2016–2019 гг.

Среди пациентов с ПТС преобладали мужчины — 21 (63,6 %). Возраст мужчин составил 60 (47; 70) лет, женщин — 56 (36; 71) лет. На рисунке 2 представлено распределение пациентов с ПТС по половому признаку.

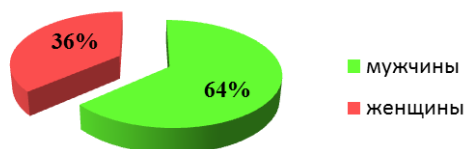


Рисунок 2 — Распределение пациентов с ПТС по половому признаку

Язвенная форма ПТС (С6 по СЕАР) наблюдалась на 16 конечностях (39 %). Язвы смешанного генеза (наличие облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей у пациентов с венозной недостаточностью) были выявлены у трех пациентов с односторонним поражением (7,3 %). На рисунке представлена встречаемость различных форм ПТС за период 01.01.2016–30.06.2020 гг.

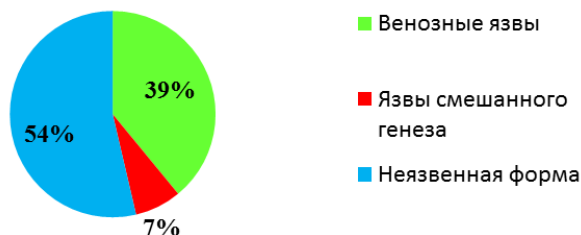


Рисунок 3 — Формы ПТС за период 01.01.2016–30.06.2020 гг.

Оперативное лечение проводилось у 14 (42,4 %) пациентов. Виды оперативных вмешательств при ПТС представлены на рисунке 4.

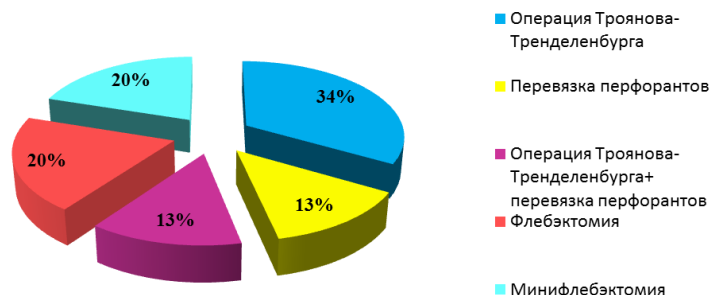


Рисунок 4 — Виды оперативных вмешательств при ПТС

Остальные пациенты 19 (57,6 %) — получали консервативное лечение, представленное внутривенными инфузиями пентоксифиллина, реополиглокина, актовегина, диавитола, эластической компрессией. Антибиотикотерапия в виде внутривенного введения цефалоспоринов проводилась трем пациентам (9 %), у двоих (6 %) была язвенная форма ПТС.

Среди пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР) преобладали женщины — 31 (65 %). Возраст мужчин составил 55 лет (48; 62), женщин — 56 лет (50; 62). На рисунке представлено распределение по половому признаку пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР).

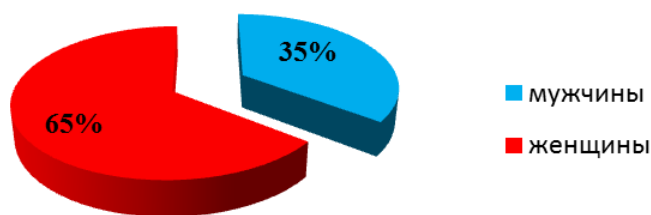


Рисунок 5 — Распределение по половому признаку пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР)

Все пациенты были прооперированы. Основными вмешательствами были флебэктомия (50 %) и операция Троянова — Тренделенбурга (36 %). Виды оперативных вмешательств представлены на рисунке 6.

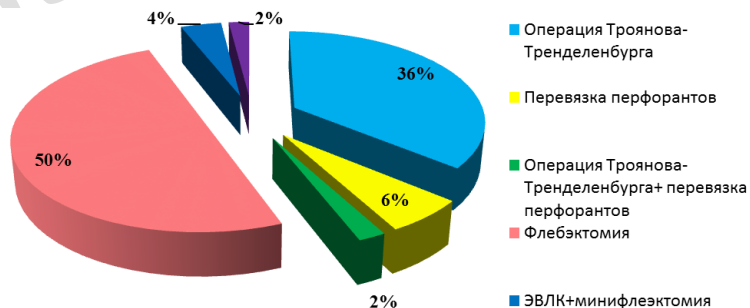


Рисунок 6 — Виды оперативных вмешательств у пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР)

Антибиотикотерапия проводилась 17 (35,4 %) пациентам, из них шесть пациентов (35,3 %) получало цефтриаксон, семь (41,2 %) — ципрофлоксацин. Антибиотикотерапия представлена на рисунке 7.

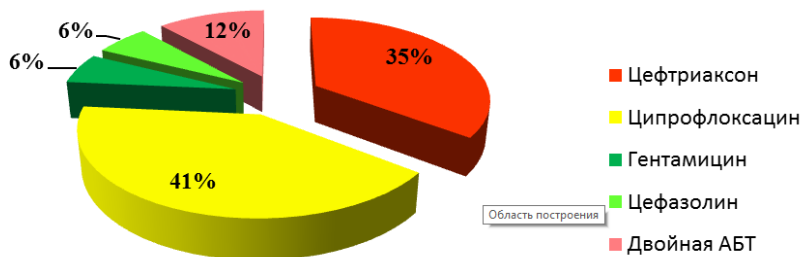


Рисунок 7 — Антибиотикотерапия у пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР)

Выводы

1. ПТС (С3–С6 по СЕАР) чаще развивается у мужчин, возраст — 60 лет (47; 70), 64 %. Варикозная болезнь (С6 по СЕАР) — у женщин, возраст — 56 лет (50; 62), 65 % .
2. Основными видами вмешательств при ПТС являлась операция Троянова — Тренделенбурга, у пациентов с варикозной болезнью (С6 по СЕАР) — флебэктомия (34 и 50 % соответственно).
3. Антибиотикотерапия проводилась 9 % пациентов при ПТС и 35,4 % пациентов при варикозной болезни (С6 по СЕАР).
4. Существующие методы консервативной терапии не всегда приводят к заживлению ВТЯНК, что требует поиска новых методов лечения (как местного, так и системного).

ЛИТЕРАТУРА

1. Nicolaidis, A. N. The Most Severe Stage of Chronic Venous Disease: An Update on the Management of Patients with Venous Leg Ulcers / A. N. Nicolaidis // *Advances in Therapy*. — 2020. — P. 1–6.
2. A pilot multi-centre prospective randomised controlled trial of RECELL for the treatment of venous leg ulcers / P. D. Hayes [et al.] // *International Wound Journal*. — 2020. — Vol. 17, № 3. — P. 742–752.
3. Increased inflammation and endothelial markers in patients with late severe post-thrombotic syndrome / L. F. Bittar [et al.] // *Plos one*. — 2020. — Vol. 15, № 1. — P. 1–14.
4. Galanaud, J. P. Postthrombotic Syndrome / J. P. Galanaud, S. R. Kahn // *Consultative Hemostasis and Thrombosis*. — 2019. — P. 338–345.

УДК [377.169.3:61]:[617+616-001]-083

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ»

Парфенова Н. Н.

Учреждение образования
«Могилевский государственный медицинский колледж»
г. Могилев, Республика Беларусь

Сестринское дело является важной составной частью системы здравоохранения, в которой профессионализм врача, эффективность использования сложного современного лечебно-диагностического оборудования и внедрение новых методов лечения невозможны без высококвалифицированного сестринского ухода, в котором роль медицинской сестры нельзя в полной мере рассматривать как вспомогательную.

На современном этапе развития медицины средний медицинский персонал является активным участником лечебно-диагностического и реабилитационных процессов, выступая в роли не только первых помощников врача, но и в качестве самостоятельных субъектов деонтологических отношений.

При организации образовательного процесса в медицинском колледже встает вопрос поиска новых методов, форм, технологий, наглядных и практических материалов, которые будут повышать качество подготовки будущих специалистов среднего медицинского звена. Подготовка высококвалифицированных специалистов — это основная