

тикального рефлюкса в глубокой венозной системе применяли экстравазальную коррекцию клапан бедренной вены, резекцию или окклюзию заднебольшеберцовых вен.

При наличии трофических язв использовали комплексное лечение, которое включало использование влажно-высыхающих марлевых повязок с мазями на гидрофильной основе (левосин, левомеколь) и растворами антисептиков (хлоргексидин, фурациллин), а также применение раневых покрытий (покрытие D2 антимикробное — сорбент микробных тел, а после полного очищения язвы и при наличии хороших грануляций использовали гидрогелевое перевязочное средство — ВАП-гель) и мазевое покрытие D4. Кроме того использовали эластическую компрессию, пневмокомпрессию, венотоники (II поколения), а также лекарственные средства, воздействующие на микроциркуляцию и лимфатический отток. Объем оперативного лечения помимо коррекции рефлюксов включал лазерный дебридмент и Shave — therapy.

В ходе проведения оценки результатов было установлено, что у большинства пациентов, которым применялись оперативные методы лечения с использованием новых технологий (эндовенозная лазерная коагуляция и радиочастотная абляция) отмечались снижение интенсивности клинических симптомов и сокращение сроков пребывания в стационаре ($p < 0,05$). У пациентов с клиническим классом С6 наблюдалось уменьшение размеров трофической язвы ($p < 0,05$). В послеоперационном периоде были выявлены следующие осложнения: краевой некроз кожного лоскута в одном случае, частичный лизис лоскута — 2, гематома — 1, неврит — 1.

Эффективных результатов лечения пациентов с ВБ можно добиться только при применении патогенетически обоснованных методов с устранением причин рефлюкса. В настоящее время в лечении ВБ отводится изысканию возможности коррекции патологического венозного кровотока по глубоким, подкожным и перфорантным венам.

Выводы

1. Подход к лечению пациентов с ВБ нижних конечностей должен быть дифференцированным и включать методы коррекции вертикального и горизонтального рефлюксов.
2. Комплексный дифференцированный подход при ВБ нижних конечностей позволяет достигнуть высоких клинических результатов и способствует ускорению медицинской реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
2. Шевченко, Ю.Л. Основы клинической флебологии / Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО «Шико», 2013. — 336 с.
3. Phlebology / A.-A. Ramelet [et al.]. — Elsevier Masson SAS — All rights reserved. — 2008. — 570 p.
4. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию / Е. Л. Бурлева [и др.]. — Екатеринбург: Баско, 2015. — С. 51–70.
5. Жуков, Б. Н. Медицинская реабилитация больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей: учебное пособие / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, Я. В. Сизоненко. — Самара: Самар. отдние Литфонда, 2009. — 166 с.

УДК 616.711.6-007.271-07

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ СТЕНОЗАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кононов Е. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

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

Введение

Сужение размеров позвоночного канала, развивающееся в течение жизни, называют дистрофическим стенозом [1]. Данная патология может вызывать вертеброгенную радикулопатию, которая связана с первично- или вторично очаговым характером поражения корешка спинномозгового нерва (ирритация, компрессия, дислокация, дисциркуляционные и реактивные изменения), и характеризуется корешковым болевым синдромом, изменением чувствительности и двигательными расстройствами [2].

Изучение клинических вариантов неврологических расстройств при стенозе поясничного отдела позвоночника будет способствовать точной диагностике уровня компрессии и обеспечит обоснование для хирургического вмешательства.

Цель

Анализ вариантов неврологических расстройств при дистрофических стенозах поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования

Проведен анализ случаев стационарного лечения в 2013–2015 гг. в Гомельской областной клинической больнице 35 пациентов, страдающих дистрофическим стенозом поясничного отдела позвоночного канала.

Проанализированы следующие показатели: пол, возраст пациентов, неврологические симптомы.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенности распределения пациентов в исследованной группе по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Согласно данным таблицы, в исследованной группе преобладали лица трудоспособного возраста (34 чел. — 97,1 %).

Локальные боли в поясничном отделе позвоночника до операции беспокоили пациентов различное время: до 6 мес. — 16 (45,7 %), от 6 мес. до 5 лет — 9 (25,7 %) чел., от 5 до 10 лет — 3 (8,5 %) чел., свыше 10 лет — 4 (11,4 %) чел.

Таблица 1 — Половозрастная характеристика при поясничном стенозе

Возраст, лет	Количество пациентов		Пол			
	п	%	женский	%	мужской	%
18–19	1	2,9	1	2,9	0	0
20–29	4	11,4	2	5,7	1	2,9
30–39	9	25,7	5	14,3	5	14,3
40–49	10	28,6	5	14,3	3	8,5
50–59	10	28,6	1	2,9	10	28,6
60 и старше	1	2,9	1	2,9	1	2,9
Всего	35	100	15	42,9	20	57,1

Длительность болевого синдрома с иррадиацией в ногу у обследованных пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции

Группы	Число пациентов, п, %	Длительность корешковых болей до операции								
		до 1 мес	1–3 мес	3–6 мес	6 мес — 1 г.	1–3 гг.	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет	нет болей
I	35	3	12	6	3	5	1	2	2	1
	100	8,6	34,3	17,1	8,6	14,3	2,9	5,7	5,7	2,9

Как видно из таблицы 2, оперированные пациенты по длительности корешковых болей распределялись следующим образом: до 3 мес. — 15 (42,9 %) чел., от 3 мес. до года — 9 (25,7 %) чел., более года — 11 (31,4 %) пациентов.

На боли в одной конечности указали 33 (94,3 %) пациента. У 2 (5,7 %) пациентов болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. Постоянный характер боли был у 25 (71,4 %) чел., непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 4 (11,4 %) чел., при сидении — 5 (14,3 %).

Характер болевых ощущений в нижней конечности был следующим: ноющие (14 чел. — 40 %), тянущие (7 — 20 %), стреляющие (6 — 17,1 %), сжимающие (4 — 11,4 %), жгучие и крутящие (по 3 случая — 8,6 %) чел., режущие (2 — 5,7 %). У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

Наличие парезов или параличей нижней конечности и нарушение функции тазовых органов могут указывать на значительную компрессию спинномозгового корешка либо радикулоишемию. Нами учитывались все виды таких расстройств.

Основные проявления нарушений локомоторной функции представлены на рисунке 1.

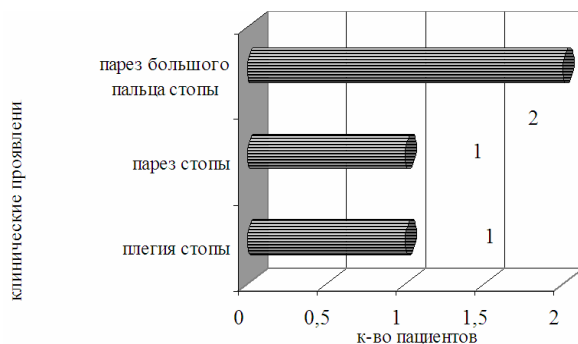


Рисунок 1 — Клинические проявления двигательных нарушений в группе со стенозом позвоночного канала

По данным рисунка, в данной группе пациентов двигательный дефицит отмечался в 11,4 % случаев.

В данной группе отмечен один случай нарушения функции тазовых органов (2,9 %).

Выводы

1. Локальные боли в поясничном отделе позвоночника при дистрофическом стенозе до операции чаще беспокоили пациентов в срок до 6 мес. (45,7 %), а длительность корешковых болей превалировала с сроке до 3 мес. (42,9 %).

2. Двигательный дефицит у этой группы отмечался у 11,4 % пациентов, а нарушения функции тазовых органов в 2,9 % случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боль в спине / Р. Г. Есин [и др.]: под общ. ред. Р. Г. Есина. — Казань: Казанский полиграфкомбинат, 2010. — 272 с.
2. Хабиров, Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. — Казань, 2002. — 427 с.

УДК 616.126.3-053.7

ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Концевенко Е. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из наиболее частых и клинически значимых малых аномалий развития сердца (МАРС). В зависимости от методов исследования и критериев диагностики в общей популяции первичный ПМК выявляется в 3–17 % случаев, причем у детей и подростков частота выявления существенно выше, чем во взрослой популяции [1, 2]. У лиц с ПМК по результатам многих исследователей установлена повышенная частота развития серьезных осложнений: внезапная смерть, жизненно опасные нарушения ритма, бактериальный эндокардит, инсульт, тяжелая недостаточность митрального клапана. Их частота невелика до 5 %, однако, учитывая, что эти пациенты работоспособного, молодого и детородного возраста, проблема выделения среди огромного числа лиц с ПМК подгруппы больных с повышенным риском развития осложнений становится крайне актуальной [3].