

4. У больных ГБ с АО обнаружена корреляционная связь между уровнем висфатина и показателями липидного обмена, указывает на важную роль висфатина в формировании атерогенных изменений у данной категории больных.

Изучение нового адипокина висфатина позволяет углубить патогенетические звенья формирования метаболических изменений и сердечно-сосудистой патологии у больных ГБ в сочетании с АО.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дедова, И. И. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: Мед. информ. агентство, 2006. — 456 с.
2. Sethi, J. K. Is PBEF/Visfatin/Nampt an authentic adipokine relevant to metabolic syndrome? / J. K. Sethi // *Curr. Hypertens. Rep.* — 2007. — Vol. 9. — P. 33–38.
3. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс]: Информационный бюллетень всемирной организации здравоохранения. — 2012. — № 311. — <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/index.html>.
4. Флизер, Д. Противовоспалительные эффекты блокады ангиотензиновых рецепторов 1 типа у пациентов с гипертензией и сосудистым воспалением / Д. Флизер // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2010. — № 9(7). — С. 14–20.
5. Adipokine update — new molecules, new functions / C. Gelsinger [et al.] // *Wien. Med. Wochenschr.* — 2010. — Vol. 60(15–16). — P. 377–390.

УДК 616.147.3-007.64-089

### ТРАДИЦИОННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Аннамарадов А. М., Призенцов А. А., Скуратов А. Г., Осипов Б. Б.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

По данным различных исследований варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей встречается 1/4–1/5 части населения. Общеизвестно, что наиболее радикальным методом лечения варикозной болезни является хирургический, а традиционная флебэктомия, или флебэктомия комбинированным способом, остается основной операцией в лечении этих пациентов, и представляет собой сочетание кроссэктомии с длинным стриппингом стволов.

#### **Цель**

Провести анализ результатов традиционной флебэктомии в общехирургическом стационаре.

#### **Материал и методы исследования**

Изучены результаты хирургического лечения 252 пациентов (методом сплошной выборки), оперированных по поводу варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей с 01.01.2013 по 31.05.2016 гг. в хирургическом отделении № 1 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 2291 плановых оперативных вмешательств (исключая операции, выполненные по принципу «хирургии одного дня»).

Пациентов госпитализировали для операции после амбулаторного обследования по месту жительства. В стационаре перед операцией производилось ультразвуковое сканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Использовался аппарат среднего класса Logiq P5 с линейным мультисекторным датчиком 7, 10, 12 МГц. При этом производилась маркировка несостоятельных перфорантных вен, оценивалась проходимость глубоких вен, состоятельность сафено-фemorального и сафено-попliteального соустьев, уровень вертикального рефлюкса.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Частота традиционной флебэктомии комбинированным способом в общем объеме плановых вмешательств составила 10,9 %. Мужчин было 114 (45,2 %), женщин — 138 (54,8 %). Средний возраст пациентов составил  $49,9 \pm 11,7$  лет (минимальный — 20 лет, максимальный —

73 года). Анамнез заболевания в среднем был отмечен в течение  $18,2 \pm 7,8$  лет, в тоже время заметное ухудшение состояния, вынуждавшее обратиться за медицинской помощью, наблюдалось в течение  $1,7 \pm 0,8$  лет.

Варикозное расширение поверхностных вен в системе большой подкожной вены было у 87 (34,5 %), патология систем и большой и малой подкожных вен была у 165 (65,1 %) пациентов. В одном случае встретилось изолированное поражение в системе малой подкожной вены. По клиническим проявлениям пациенты распределились следующим образом: класс С2 наблюдался у 4,8 %, С3 — у 46 %, С4 — у 38,9 %, С5 — у 7,1 %, С6 — у 3,2 % пациентов. Пациенты с классом С1 не оперировались.

По результатам ультразвукового сканирования у 2 пациентов несостоятельных перфорантных вен выявлено не было. У остальных пациентов в среднем было отмечено по  $2,5 \pm 1,8$  несостоятельных перфорантных вен (максимум — 6). Во всех случаях магистральные глубокие вены были проходимы, а средний размер большой подкожной вены в верхней трети бедра составил  $9,5 \pm 2,5$  мм.

Всем пациентам была выполнена традиционная флебэктомия комбинированным способом. Объем операции включал кроссэктомию и длинный стриппинг ствола большой подкожной вены, а в случае изменения — и малой подкожной вены. Перевязку несостоятельных перфорантных вен производили по Коккету эпифасциально. В 4 случаях произведена субфасциальная перевязка перфорантных вен 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 11 пациентов по ходу послеоперационных ран отмечены локальные гематомы, регрессировавшие к моменту снятия швов самостоятельно. У одной пациентки наблюдалось частичное расхождение краев раны в средней трети голени после разреза по Линтону (заживление вторичным натяжением). Других осложнений не было. В случае пациентов с классом С6 к моменту выписки наблюдалась отчетливая тенденция к заживлению трофических язв, в том числе один пациент выписан с зажившей язвой. Средняя длительность пребывания в стационаре после операции составила 11,3 койко-дня.

### **Выводы**

На долю традиционной флебэктомии среди общего объема плановых вмешательств в хирургическом отделении №1 Гомельской городской клинической больницы № 3 пришлось 10,9 % операций. Подавляющая часть пациентов (95,2 %) относилась к классу С3 и выше. Около половины пациентов (49,2 %) имели трофические нарушения. Таким образом, проблема лечения пациентов с варикозным расширением поверхностных вен сохраняет свою актуальность в общей 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 эндовасальных 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. Pistorius, M. Chronic Venous Insufficiency / M. Pistorius // Angiology. — 2003. — Vol. 54., Suppl. 1. — P. 5–12.

**УДК 616.12-008.331.1-053**

## **АНАЛИЗ ВЕДУЩИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Асомов М. И., Атаходжаева Г. А.**

**«Ташкентский педиатрический медицинский институт»**

**г. Ташкент, Республика Узбекистан**

### **Введение**

Несмотря на доступные за последние десятилетия успехи, болезни органов кровообращения остаются одной из основных причин длительной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности населения.