

### **Материал и методы**

Морфологическому исследованию подвергся операционный материал 111 удаленных по поводу миомы маток, поступивших в организационно-консультативное отделение УЗ «ГОКПБ» в 2010 г. Изучался макропрепарат, изготавливались парафиновые срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином. Возраст пациенток составил от 30 до 72 лет. В структуре гиперпластических процессов эндометрия наблюдалась простая (железистая или железисто-кистозная) неатипическая гиперплазия, гиперплазия с атипией, полипы эндометрия. Также учитывалось наличие очагов внутреннего эндометриоза.

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

При анализе микропрепаратов выявлено, что эндометриальная гиперплазия наблюдалась у 65 пациенток с миомой матки, что составило 58,6 % от общего числа оперированных женщин; из них — 56 случаев простой неатипической гиперплазии, в 7 случаях диагностирована сложная неатипическая гиперплазия, в 2 — гиперплазия с атипией, в 1 случае имела место умереннодифференцированная аденокарцинома эндометрия на фоне атипической эндометриальной гиперплазии. Изменения эндометрия, соответствующие нормальной фазе менструального цикла, наблюдались лишь у 15 пациенток, атрофия эндометрия — у 22 женщин в возрасте от 49 до 72 лет. В 50 из исследованных маток, что составило 45 %, миома матки сочеталась с наличием внутреннего эндометриоза. У 33 оперированных женщин имелось сочетание миомы матки, гиперплазии эндометрия и очагов внутреннего эндометриоза, что составило 29,7 % от общего числа больных. Из всех оперированных 90 женщин находились в возрасте от 40 до 55 лет, что составило 81,1 % от общего числа больных.

### **Выводы**

1) Женщины в возрасте от 40 до 55 лет составили 81,1 % от общего числа оперированных, что указывает на роль в патогенезе гиперпластических процессов эндо- и миометрия нарушений гормонального гомеостаза, и, в первую очередь, гиперэстрогении.

2) В 65 из 111 исследованных маток (58,6 %) миома сочеталась с эндометриальной гиперплазией, что позволяет сделать вывод о том, что наличие миоматозных узлов способствует и усугубляет течение гиперпластических процессов эндометрия.

3) У 33 оперированных женщин (29,7 %) имелась сочетанная патология эндо- и миометрия (миома, гиперплазия эндометрия, внутренний эндометриоз), что подтверждает общность этиопатогенетических механизмов возникновения и развития данных процессов.

4) Риск развития рака эндометрия на фоне железистой его гиперплазии и из очагов эндометриоза у больных миомой матки определяет необходимость раннего и своевременного лечения с учетом сочетанной патологии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сидорова, И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / И. С. Сидорова; под ред. И. С. Сидоровой. — М.: МИА, 2003. — 256 с.
2. Уварова, Е. В. Сочетанная доброкачественная патология эндо- и миометрия у больных репродуктивного возраста: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.00.01 / Е. В. Уварова; РАМН. Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии. — М.: 1993. — 46 с.
3. Гиперпластические процессы эндометрия в менопаузе // В. А. Кулаковский [и др.]. Проблемы пери- и постменопаузального периода. — 1996. — № 3. — С. 26–27.

**УДК 616.147.3-007.64-089.81**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Королькова Т. В., Осипов Б. Б.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Г. Скуратов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Лечение больных с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) и хронической венозной недостаточностью (ХВН) в настоящее время остается актуальной про-

блемой, так как количество больных с данной патологией увеличивается, несмотря на появление новых медицинских технологий и лекарственных препаратов. В последние годы разрабатывается огромное количество малоинвазивных способов лечения ВБНК, что отражает стремление хирургов добиться оптимального сочетания радикальности и минимальной травматичности оперативного вмешательства [1, 2, 3].

#### **Цель работы**

Изучить результаты хирургического лечения больных с ВБНК и оценить эффективность малоинвазивных технологий.

#### **Материалы и методы**

Изучены ближайшие непосредственные результаты лечения 281 больного ВБНК на базе отделения малоинвазивной хирургии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» за период 2008–2010 гг., в комплексном лечении которых использовался индивидуальный подход с применением новых малоинвазивных технологий с учетом их патогенетической обоснованности, радикальности, малой травматичности, косметичности и безопасности.

#### **Результаты и обсуждение**

Всем пациентам до операции выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, по которому оценивали проходимость глубоких вен, состояние сафено-фemorального соустья и состоятельность остиального клапана, уровень рефлюкса по большой подкожной вене (БПВ) и коммуникантам, диаметр БПВ, наличие несостоятельных перфорантных вен с их маркировкой, вовлеченность в патологический процесс малой подкожной вены (диаметр, наличие рефлюкса).

Виды оперативных вмешательств при ВБНК представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Методы хирургического лечения ВБНК

Метод лечения	Количество пациентов, n	Доля пациентов, %
Флебэктомия комбинированным способом	190	67,6
Склеротерапия	30	10,7
Чрескожная лазерная коагуляция	12	4,3
Эндовенозная лазерная коагуляция	24	8,5
Минифлебэктомия	20	7,1
Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен	5	1,8
Всего	281	100

Эндовенозная лазерная коагуляция была выполнена у 24 больных ВБНК. Больным проводилось комбинированное хирургическое вмешательство: кроссэктомия с перевязкой притоков БПВ; у медиальной лодыжки выделяли БПВ, дистальный конец перевязывали, вводили лазерный световод толщиной до паховой области и ретроградно производили ЭВЛК ствола БПВ (длина волны 1,06 мкм, мощность 20 Вт). Варикозные коллатерали на бедре и голени удаляли путем минифлебэктомии через проколы с использованием модифицированных стоматологических крючков (при диаметре вены более 5 мм) или производили пункционную лазерную коагуляцию через иглу 18G (1,34 мкм, мощность 16 Вт). Производили эластическую компрессию.

Оценены ближайшие послеоперационные результаты лечения больных. Болевой синдром у большинства больных оценивался как легкий. Коагулированный ствол БПВ у 94 % больных не пальпировался, не было изменений кожи по ходу коагуляции; у 2 (8,3 %) пациентов на бедре подкожно пальпировался плотный умеренно болезненный тяж и у 1 (4,1 %) больного была заметна полоса гиперпигментации кожи. Гематом и инфильтратов по ходу БПВ не выявлено, отмечались лишь в местах пункционной коагуляции притоков. Через 7 дней после операции больным выполнили контрольное УЗИ. В просвете БПВ визуализировались плотные тромботические массы, вена не компремировалась, кровоток не определялся, сохранена дольчатость паравазальной жировой клетчатки, повреж-

дений окружающих тканей не выявлено. У 21 пациента УЗИ повторили через 3 мес., из них: у 7 (33 %) больных БПВ на бедре не визуализировался, у 14 (67 %) больных определялась фрагментарная облитерация вены без кровотока. У 1 пациентки сохранилась полоса гиперпигментации на коже. Существенных жалоб больные не предъявляли.

Бесконтактную чрескожную лазерную коагуляцию применили у 12 больных с телеангиэктазиями кожи. Кожу в области ТАЭ предварительно охлаждали льдом в течение 10–15 мин. Воздействовали неодимовым (Nd:YAG) лазерным лучом с длиной волны 1,06 мкм, мощность 10 Вт. Осложнений не выявлено. Эффективность «закрытия» ТАЭ 85–90 %.

Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен выполнена у 5 больных по поводу хронической венозной недостаточности на фоне выраженных трофических изменений кожи, из них у 2 пациентов имелись открытые язвы. Все операции выполнялись под перидуральной анестезией. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больные выписаны на амбулаторное лечение на 4–7 сутки. Прогрессирования заболевания не наблюдалось. Обширных подкожных и субфасциальных гематом не наблюдалось. Повторного вмешательства не потребовалось ни в одном случае.

Склерофлебооблитерация выполнялась у 30 больных изолированно (у 91 % больных) или в комплексном лечении ВБНК. Использовался 1 %-ный раствор этоклисклерола в виде жидкости или пены («foam form»). Накладывалась эластическая компрессионная повязка на 2 недели. Осложнений не было. Больные покидали стационар через 0,5–1 час после процедуры. Эффективность облитерации составила 85–90 %.

#### **Выводы**

1. При лечении больных с ВБНК требуется дифференцированный подход к выбору метода и объема вмешательства исходя из патогенетического типа развития ВБНК.

2. Эндовенозная лазерная коагуляция может служить альтернативой стриппинга БПВ в комбинированном хирургическом лечении ВБНК.

3. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен является эффективной и патогенетически обоснованной методикой, особенно у больных с выраженными трофическими расстройствами кожи при ХВН.

4. Применение минифлебэктомии и флебосклерооблитерации позволяет уменьшить объем и травматичность вмешательства на варикозно расширенных подкожных притоках, улучшить косметический эффект, сократить сроки реабилитации пациентов.

5. Следует помнить, что наименее травматичные методики могут быть применены, зачастую, только на ранних стадиях варикозной болезни, в то время, как в запущенных случаях хирурги вынуждены избирать классические методы флебэктомии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Флебология / под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
2. Феган, Дж. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия / Дж. Феган. — М., 1997. — 353 с.
3. Nelzen, O. Prospective study of safety, patient satisfaction and leg ulcer healing following saphenous and subfascial endoscopic perforator surgery / O. Nelzen // Br. J. Surg. — 2009. — № 87. — P. 86–91.

**УДК 616.12-008.331.1-084:614.2**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ**

**Косолец Т. И.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры внутренних болезней № 2 О. Н. Кононова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский Государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Артериальная гипертензия является важнейшей медико-социальной проблемой. У 30 % взрослого населения развитых стран мира определяется повышенный уровень ар-