

наться с весьма тяжелыми поражениями кожи, требующими проведения неотложных терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев, Д. В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и синдром Лайелла — современная трактовка проблемы / Д. В. Григорьев // РМЖ. Дерматология. — 2013. — С. 1073–1084.
2. Тузлукова, Е. Б. Фармакотерапия аллергических заболеваний / Е. Б. Тузлукова // Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — Гл. 3. — С. 71–121.
3. Особенности течения буллезного пемфигоида у лиц пожилого возраста / И. Б. Трофимова [и др.]. // Леч. врач. — 2013. — № 6. — С. 83–85.
4. Лекарственная аллергия. Клинические рекомендации / Н. И. Ильина [и др.] // Российский аллергологический журнал. — 2013. — № 5. — С. 27–40.
5. Barron, S. J. Intravenous immunoglobulin in the treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a meta-analysis with metaregression of observational studies / S. J. Barron, M. T. Del Vecchio, S. C. Aronoff // Int J Dermatol. — 2015. — С. 108–115.

УДК 616.14 - 008.815 - 089 : 615.849.19

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ДИАМЕТРЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕМ 10 ММ

Маслянский В. Б., Маслянский Б. А.

Научный руководитель: к.м.н. *М. Л. Каплан*

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

Введение

Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой ее распространенности. Распространенность варикозной болезни и развивающаяся на ее фоне хроническая венозная недостаточность (ХВН) достигает 50 % населения индустриально развитых стран [1, 4].

Наибольшие неблагоприятные последствия для здоровья человека и общества в целом связаны с декомпенсированными формами варикозного расширения вен с развитием трофических язв нижних конечностей, которые возникают у 1–2 % лиц трудоспособного возраста и у 4–5 % лиц пожилого и старческого возраста [4]. В индустриально развитых странах ежегодные суммарные затраты на лечение хронических заболеваний вен нижних конечностей составляют от 1–3 % общего бюджета здравоохранения [1, 4]. Опыт по применению эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) свидетельствует о перспективности метода и его достаточно высокой эффективности [2, 3].

Большинство научных работ, посвященных результатам лечения ВРВ нижних конечностей при помощи ЭВЛК, отражают результаты вмешательства при диаметре большой подкожной вены (БПВ), не превышающем 10 мм. Тем не менее, диаметр БПВ более 10 мм не является противопоказанием к применению ЭВЛК. Настоящая работа призвана проиллюстрировать эффективность ЭВЛК в лечении варикозного расширения вен большого диаметра.

Цель

Оценить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции для лечения ВРВ нижних конечностей при диаметре большой подкожной вены свыше 10 мм.

Задачи:

1. Определить критерии выбора пациентов для проведения ЭВЛК.
2. Оценить эффективность ЭВЛК в лечении ВРВ большого диаметра (> 10мм).
3. Определить частоту развития осложнений.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 125 протоколов ЭВЛК у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей с диаметром БПВ более 10 мм, находившихся на

лечении в 1 и 2 хирургических отделениях ГОКБ в период времени с января 2016 по декабрь 2017 гг.

Для лазерной облитерации стволов подкожных вен использовался аппарат Ceralas — 15 компании Biolitec AG (Германия) и радиальные световоды с длиной волны 1470 нм. Лазерное волокно вводилось в просвет посредством пункции вены на бедре или голени и устанавливалось в область сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустья. Количество энергии, применяемой для обработки 1 см вены, рассчитывалось по формуле: $E = 7d$, где d — диаметр вены, измеряемый при ультразвуковом сканировании в положении стоя. Для обезболивания оперативного лечения применялась тумесцентная анестезия охлажденным раствором Кляйна.

Критерий включения — пациенты, с ВРВ нижних конечностей и диаметром БПВ более 10 мм, которым выполнена ЭВЛК в условиях ГОКБ.

Учитывались качественные (пол, отягощенность наследственного анамнеза, стадия по СЕАР, наличие кровотока в БПВ после операции, структура осложнений) и количественные признаки (возраст, длительность анамнеза, диаметр БПВ, длительность и мощность лазерного излучения, частота развития осложнений, длина культи БПВ после ЭВЛК).

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы протоколы ЭВЛК, проведенной 125 пациентам с диаметром БПВ более 10 мм.

Распределение пациентов по гендерному признаку: мужчины составили 20 % (25 человек), женщины 80 % (100 человек), (таблица 1).

Медиана возраста пациентов составляет 52,8 [36,2; 72,8] лет.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту

Возраст (лет)	Число пациентов	Процент
До 40	15	12 %
40–49	25	20 %
50–59	34	27,2 %
Более 60	51	40,8 %

Средняя длительность анамнеза ВРВ у пациентов исследуемой группы составила 21,5 лет (ДИ 17,6–25,4), (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение пациентов по длительности анамнеза

Анамнез (лет)	Число пациентов	Процент
До 5	3	2,4 %
5–10	15	12 %
10–15	25	20 %
Более 15	82	65,6 %

Средний диаметр БПВ до процедуры ЭВЛК составил 16,5 мм (ДИ 95 % 15,6–17,4), (таблица 3).

Таблица 3 — Распределение пациентов по диаметру БПВ

Диаметр БПВ (мм)	Число пациентов	Процент
14–14,9	33	24,6 %
15–15,9	23	18,1 %
16–16,9	21	16,7 %
17–17,9	15	12,3 %
18–18,9	11	9,4 %
19–19,9	5	5,1 %
20 и более	17	13,8 %

На контрольном УЗИ через 6 месяцев только у 2 пациентов отмечалось наличие кровотока в БПВ (реканализация).

Осложнения ЭВЛК наблюдались в 4 (3,2 %) случаях: у 2 (1,6 %) пациентов на месте варикозно расширенного узла образовался плотный узел; в 2 (1,6 %) случаях наблюдалась пигментация на месте коагулированной вены. На контрольном осмотре через 6 месяцев у пациентов с развившимися осложнениями не обнаружили явления реканализации. Пигментация на месте коагулированной вены значительно уменьшилась.

Выводы

1. ЭВЛК является эффективным (97 %) и безопасным (частота осложнений составила 3,2 %) методом лечения варикозного расширения вен большого диаметра.

2. Сочетание ЭВЛК и минифлебэктомии позволяет добиться наилучшего лечебного и косметического эффекта при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей. Наилучшие результаты достигаются при проведении ЭВЛК у пациентов на начальных стадиях заболевания, но данный метод может с успехом применяться и на поздних (С5–С6) стадиях варикозного расширения вен нижних конечностей.

3. Минимальная инвазивность, косметичность и короткий период послеоперационной реабилитации делают ЭВЛК методом выбора при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В. Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: современный взгляд на патогенез, лечение и профилактику / В. Ю. Богачев, И. А. Золотухин, А. Н. Кузнецов // Флебологическая. — 2008. — Т. 2, № 1. — С. 43–50.
2. Эндовазальная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни / В. Ю. Богачев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 93–100.
3. Первый опыт применения радиальных световодов для лазерной коагуляции вен в Гомельской области / А. А. Лызинов [и др.]. — Гомель, 2015.
4. Гавриленко, А. В. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / А. В. Гавриленко. — М., 1999. — С. 7–96.

УДК 616.216:617.76-06

ВНУТРИОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОСИНУСОГЕННОЙ ПРИРОДЫ

Матвеев А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Источником многих серьезных проблем в ринологии являются воспалительные процессы в околоносовых пазухах. В настоящее время возросло число рецидивирующих форм гнойного синусита и сопряженных с ним риносинусогенных орбитальных осложнений, что делает особенно актуальным поиск новых методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух и орбиты. Частота и факторы возникновения орбитальных риносинусогенных осложнений связаны с тесными анатомическими взаимоотношениями околоносовых пазух и орбиты.

При возникновении пиогенных глазничных осложнений следует учитывать одонтогенный фактор, поскольку возможно распространение инфекции из пораженных зубов в орбиту через верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи. Главными путями распространения инфекции из лицевой области и передних околоносовых пазух являются артериальные и особенно венозные связи этих областей с органами глазницы. Немаловажное значение в распространении инфекции в направлении глазницы имеет сосудистая лимфатическая система. Таким образом, основными путями распространения инфекции в глазницу являются контактный и сосудистый.