

2. Через 1 месяц после введения аутологичных МСК у кроликов группы 3 («цирроз + МСК») определялось улучшение эхо-картины пораженной печени, что проявлялось в статистически значимом уменьшении размеров печени на 8,2 % ($p < 0,01$, критерий Вилкоксона) и диаметра воротной вены на 23 % ($p < 0,001$) по сравнению с показателями до введения МСК. У кроликов группы 2 («цирроз») не отмечалось статистической разницы в величине ПЗР ($p = 0,86$, критерий Вилкоксона) и диаметре воротной вены ($p = 0,09$) до и через 1 месяц после прекращения моделирования цирроза печени.

3. Таким образом, в данном исследовании ультразвуковой метод показал себя как достоверный способ прижизненной диагностики патологических изменений в условиях хронического эксперимента, а также выявил положительное влияние клеточной терапии на цирроз печени у кроликов. Полученные данные были подтверждены морфологическими и морфометрическими методами при изучении образцов печени животных в ходе эксперимента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bussutil, R. W. Transplantation of the liver, 3rd edition / R. W. Bussutil, G. K. Klintmalm. — Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015. — P. 1485.
2. Опыт трансплантации печени в Республике Беларусь / А. Е. Шерба [и др.] // Новости хирургии. — 2009. — № 17 (1). — С. 13–19.
3. Опыт 100 трансплантаций трупной печени в одном центре / С. Готье [и др.] // Вестник трансплантологии и искусственных органов. — 2012. — № 14(1). — С. 6–14.
4. Стволовые клетки в регенеративной медицине: достижения и перспективы / А. Н. Лызиков [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 3 (45). — С. 4–9.
5. Модель токсического поражения печени у кроликов / А. Н. Лызиков [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 2. — С. 45–50.

УДК 616.14-005.6-008.64

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) представляет серьезную проблему в здравоохранении за счет высокой заболеваемости и смертности. Ежегодная частота ТГВ составляет 100–200 случаев на 100 тыс. населения. Приблизительно 90 % всех ТГВ составляют флеботромбозы нижних конечностей [1]. Для пациентов старше 50 лет риск развития ТГВ удваивается каждые десять лет [2]. Рецидив ТГВ возникает у 30–40 % пациентов в течение 10 лет. Риск рецидива ТГВ наиболее высок в первые 6–12 месяцев от начала заболевания и в 2–3 раза выше при неустановленной причине [3].

Посттромботический синдром (ПТС) является наиболее частым осложнением ТГВ. ПТС развивается в 20–50 % случаев после ТГВ, тяжелые формы ПТС возникают в 5–10 % случаев. Наиболее значимыми факторами риска ПТС являются проксимальная локализация первичного ТГВ и рецидив ипсилатерального флеботромбоза. Основными симптомами ПТС являются боль, стойкий отек конечности, варикозные вены, трофические нарушения (гиперпигментация, липодерматосклероз, язва). Образование язв, как наиболее тяжелого проявления ПТС, наблюдается в 2–10 % случаев в течение 10 лет после ТГВ. ПТС значительно ухудшает качество жизни. Пациенты с тяжелыми формами ПТС имеют такое же качество жизни, как пациенты, страдающие от стенокардии, онкозаболевания и хронической сердечной недостаточности. Кроме того, экономические затраты у данных пациентов на 35–45 % выше по сравнению с пациентами без ПТС [4]. Тяжелые формы ПТС являются серьезной медико-социальной проблемой, поэтому крайне важно определить наиболее эффективную схему лечения пациентов с ТГВ.

Цель

Определить факторы, способствующие развитию тяжелых форм венозной недостаточности.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 260 пациентов с ТГВ нижних конечностей и 61 пациента с ПТС, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии У «ГОККЦ», за период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг. Локализация уровня тромбоза определялась по шкале Vjorgell.

Для получения информации о переносимости препаратов, побочных эффектах, субъективной симптоматике в отдаленном периоде осуществлялся сбор информации по телефону. Получены данные о результатах лечения 92 пациентов. Пациенты, получавшие лечение амбулаторно, были разделены на три группы. В первую группу вошли пациенты, принимавшие варфарин (30 пациента). Вторую группу составили пациенты, принимавшие ривароксабан (34 пациента). Третью группу составили пациенты, отказавшиеся от приема антикоагулянтов, принимавшие антитромботические препараты и (или) лекарственные средства группы венотоников (28 пациента).

Количественные данные представлены медианой и интерквартильным интервалом (Me (Q₁; Q₃)). Качественные признаки представлены в абсолютных числах и процентах. Для выявления различий между группами по качественному признаку был применен двусторонний точный критерий Фишера с указанием уровня статистической значимости — p.

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 260 историй болезни пациентов с ТГВ за период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг. Большую часть пациентов составили мужчины — 161 (62 %). На рисунке 1 представлено распределение пациентов по половому признаку.



Рисунок 1 — Распределение пациентов по половому признаку

Возраст мужчин составил 59 (44; 70) лет, женщин — 61 (53; 75) года. Заболеваемость резко возрастает после 50 лет.

По локализации ТГВ у 4 (1,5 %) пациентов выявлен каваileoфеморальный флеботромбоз, у 63 (24,2 %) — илеофеморальный флеботромбоз, у 140 (53,8 %) — феморальный флеботромбоз, у 5 (2 %) — поплитеальный флеботромбоз, у 48 (18,5 %) — флеботромбоз голени.

У 70 (27 %) пациентов была выявлена флотация тромба. Оперативное лечение (пликация/перевязка бедренной/ подвздошной вены) выполнено 40 (15,3 %) пациентам. Как видно из рисунка 2, количество оперативных вмешательств значительно уменьшилось за период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг.

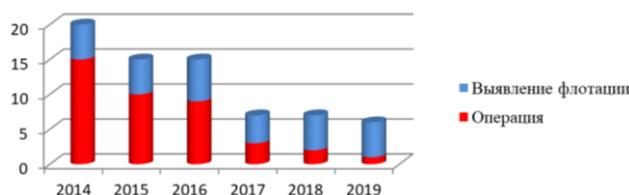


Рисунок 2 — Оперативное лечение у пациентов с флотацией тромба

В качестве начальной терапии большинство пациентов — 169 (65 %) — получало низкомолекулярные гепарины — НМГ — (цибор, фрагмин, фраксипарин, клексан) в лечебных дозах. 27 (10,5 %) пациентам был назначен нефракционированный гепарин (НФГ). Ривароксабан назначен 53, варфарин 2 пациентам (20,3 и 0,7 % соответственно). Отсутствовала антикоагулянтная терапия у 9 (3,5 %) пациентов, лечение ограничивалось в/в инфузией реополиглокина и (или) пентоксифиллина.

Получены сведения о результатах лечения на амбулаторном этапе 92 пациентов. В первой группе пациентов, которым был назначен варфарин на амбулаторном этапе, 9 (30 %) из 30 пациентов отмечали геморрагические осложнения. Один пациент прекратил прием варфарина в связи с головной болью, Один пациент отмечал отсутствие эффекта (сохранение субъективной симптоматики). Во второй группе пациентов, которым был назначен ривароксабан, геморрагические осложнения отмечались у 5 (14,7 %) из 34. Статистически значимых различий по числу геморрагических осложнений между пациентами первой и второй группы выявлено не было (двусторонний точный критерий Фишера, $p = 0,23$). 2 (5,9 %) пациента отмечали отсутствие эффекта (сохранение отека нижней конечности). В третьей группе пациентов, которые не принимали антикоагулянты (принимали ацетилсалициловую кислоту и (или) флеботоники), у 6 (21,4 %) из 28 пациентов развились тромботические осложнения (в 2-х случаях развился тромбоз на нижних конечностях, в 2-х случаях — флеботромбоз на другой ноге, в 1 случае — синяя флегмазия и венозная гангрена конечности, в 1 случае — локальный тромбоз подкожных вен живота). У одного пациента развилась трофическая язва на пораженной конечности. У пациентов третьей группы отмечался более высокий риск развития тромботических осложнений, по сравнению с пациентами, получавшими антикоагулянты (двусторонний точный критерий Фишера, $p = 0,0005$). 5 (17,8 %) пациентов отмечали отсутствие эффекта (сохранение отека нижней конечности).

За период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг. наблюдался 61 случай ПТС. Большую часть составили мужчины — 35 (57 %). На рисунке 3 представлено распределение пациентов по половому признаку. Возраст мужчин составил 56 (46; 66) лет, женщин — 61 (48; 71) год.

Язвенная форма ПТС наблюдалась у 26 (43 %) пациентов. На рисунке 4 представлено распределение пациентов с язвенной формой ПТС за период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг.

Оперативное лечение проводилось у 27 (44 %) пациентов. Виды оперативных вмешательств представлены на рисунке 5. Остальные 34 (56 %) пациента получали консервативное лечение, представленное внутривенными инфузиями пентоксифиллина, реополиглокина, актовегина, диавитола, эластической компрессией.

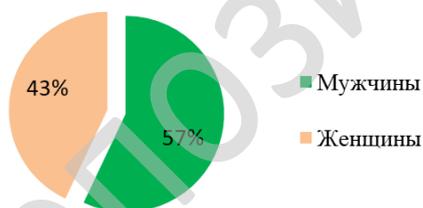


Рисунок 3 — Распределение по половому признаку пациентов с ПТС

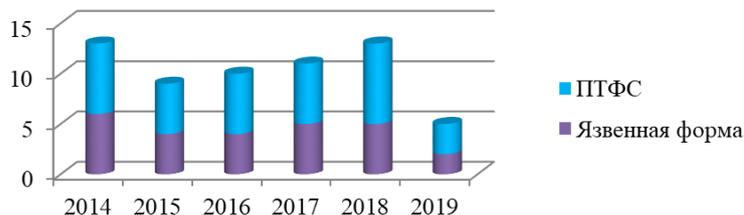


Рисунок 4 — Распределение пациентов с язвенной формой ПТС

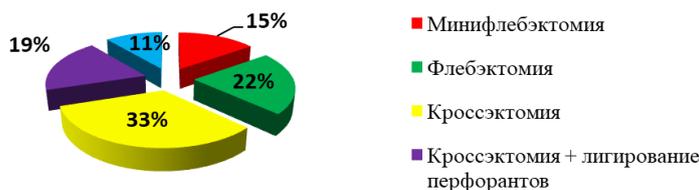


Рисунок 5 — Виды оперативных вмешательств при ПТС

Выводы

1. За период 01.01.2014 – 31.08.2019 гг. наблюдалось значительное уменьшение оперативных вмешательств, связанных с флотацией тромба.

2. Статистически значимых различий по числу геморрагических осложнений между пациентами, принимавшими амбулаторно варфарин и ривароксабан, выявлено не было (двусторонний точный критерий Фишера, $p = 0,23$).

3. У пациентов, отказавшихся от приема пероральных антикоагулянтов, отмечался более высокий риск развития тромботических осложнений, по сравнению с пациентами, получавшими антикоагулянты ($p = 0,0005$).

4. Несмотря на широкое применение антикоагулянтов при ТГВ и выполнение оперативных вмешательств по поводу ПТС, количество тяжелых форм ПТС остается высоким (43 %), что требует более тщательного мониторинга АКТ на амбулаторном этапе, а также поиска новых методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Deep vein thrombosis / M. J. Stubbs [et al.] // BMJ [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k351.abstract>. — Дата доступа: 15.09.19.
2. National and regional trends in deep vein thrombosis hospitalization rates, discharge disposition, and outcomes for medicare beneficiaries / K. E. Minges [et al.] // The American Journal of Medicine [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.04.033>. — Дата доступа: 17.09.19.
3. Jacobs, B. Evidence-Based Therapies for Pharmacologic Prevention and Treatment of Acute Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism / B. Jacobs, P. K. Henke // Surg. Clin. N. Am. — 2018. — Vol. 98. — P. 239–253.
4. Postthrombotic Syndrome / Galanaud J. P., Kahn S. R. // Consultative Hemostasis and Thrombosis. — 2019. — P. 338–345.

УДК 616.322-002-089.87

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ — СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Песоцкая М. В.¹, Колейникова А. В.², Якимцова А. В.³

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

г. Минск, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная детская больница»

г. Могилев, Республика Беларусь

³Учреждение здравоохранения

«Витебский областной детский клинический центр»

г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

Гипертрофия небных миндалин (ГНМ) часто встречается в детском возрасте, и не всегда должна рассматриваться как патологический процесс. При отсутствии функциональных нарушений ГНМ 1–2 степени может являться конституциональной нормой, что не требует специального лечения, а нуждается только в динамическом наблюдении [1]. ГНМ должна расцениваться как патология тогда, когда вызывает нарушение дыхательной, речевой и глотательной функций. В таких случаях ГНМ может потребовать хирургического лечения.

По сравнению с ТЭ (полным удалением небных миндалин), которая также может применяться при ГНМ, ТТ менее травматична, так как обеспечивает сохранение иннервации капсулы небных миндалин и сохранность сосудов, исключает травму мышечного слоя миндаликовой ниши, что, соответственно, снижает риск интра- и послеоперационных кровотечений и значительно уменьшает болевой синдром в послеоперационном периоде. Тем не менее, отношение к ТТ у ученых и практиков-оториноларингологов, в том числе в нашей стране, на протяжении времени ее применения (около 100 лет), не-