

### Литература

- Безопасная техника в лапароскопии / С.С.Стебунов, А.Н.Лызинов, С.Н.Занько, А.А.Лызинов. - Мн.: Выш. шк., 2000. - 218 с.
- Відеоендоскопічні операції у хірургії та гінекології /В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саєнко, М.Ю.Ничитайло. - К.: Здоров'я, 2000. - 304 с.
- Видеолапароскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / А.Е.Борисов, Л.А.Левин, В.П.Земляной [и др.]. - СПб.: Предприятие ЭФА, "ЯНУС", 2002. - 416 с.
- Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію /О.В.Малоштан, В.В.Бойко, О.М.Тищенко, І.А.Криворучко. - Х.: СИМ, 2005. - 367 с.
- Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /[В.В.Бойко, Ю.Б.Григоров, В.Г.Дуденко та ін.]. - Х.: Торнадо, 2002. - 174 с.
- Сухопара Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии /Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Триншин В.М. - СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. - 192 с.
- Тимофеев М.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости: автореф. ... канд. мед. наук /Тимофеев М.Е. - М., 2000. - 20 с.
- Шулутко А.М. Современная диагностическая видеолапароскопия при заболеваниях брюшной полости /А.М.Шулутко, Ф.Н.Насиров, А.М.Казарян //Российский мед. журн. - 2004. - №4. - С. 50-53.

### ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ПРИ РІЗНИХ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ТИПАХ

Капшитар О.В., Капшитар О.О.

**Резюме.** У 230 хворих різних конституціональних типів з нечіткою клінічною картиною гострих хірургічних, гінекологічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини при негативних результатах інших додаткових методів дослідження виконана лапароскопія. Чоловіків було 124(53,9%), жінок - 106(64,1%) у віці від 18 до 89 років. Використаний апарат фірми "Karl Storz" (Німеччина). Дослідження виконане за вдосконаленою методикою Kelling. Антропометричні заміри виявили у 73(31,7%) пацієнтів нормостенічний тип, у 34(14,8%) - астеничний та у 123(53,5%) - гіперстенічний. Використані розроблені варіанти методики лапароскопії дозволили у 175(76,1%) хворих діагностувати невідкладну абдомінальну патологію, у 55(23,9%) - виключити. Невідкладна лапаротомія виконана у 63(36%) пацієнтів, у 112(64%) - лікувальні лапароскопічні втручання. Ускладнення розвинулись у 8(3,5%) хворих гіперстенічного типу (нагноєння рани - 4, підшкірна емфізема - 3, пошкодження великого сальника - 1).

**Ключові слова:** невідкладна абдомінальна хірургія, конституційні типи, лапароскопія, методика.

### THE FEATURES OF METHODS OF LAPAROSCOPY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY IN THE CONSTITUTIONAL TYPES

Капшитар А.В., Капшитар А.А.

**Summary.** At 230 patients with the different constitutional types, with vague clinical picture of acute surgical, gynaecological diseases and traumatic injuries of the abdominal cavity with the negative results of other complementary methods of investigation the laparoscopy was performed. There were 124 men (53,9%) and 106 women (64,1%) at the age from 18 to 89 years. The apparatus of firm "Karl Storz" (Germany) was used. The developed variants of laparoscopy methods were used, they allowed to diagnose the urgent abdominal pathology at 175 patients (76.1%) and to except at 55 patients (23.9%). The urgent laparotomy was performed at 63 patients (36%), the medical laparotomy intervention was performed at 112 patients (64%). The complications were developed at 8 patients (3,5%) of hypersthenic type (suppurating wounds - 4, subcutaneous emphysema - 3, damage to the greater omentum - 1).

**Key words:** urgent abdominal surgery, constitutional types, laparoscopy, method.

© Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

УДК: 612.1-08:616.14-007.64

### ОЦІНКА КРОВООБІГУ ПРИ СУЧАСНИХ І ТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Коновалов С.В., Шапринський В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра нормальної фізіології (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**Резюме.** Робота присвячена проблемі лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Узагальнено досвід лікування даної хвороби трьома методами: сафенектомія, ендовенозна лазерна коагуляція у комплексному лікуванні та окремо ендовенозна лазерна коагуляція. У роботі розкриті особливості техніки ендовенозної лазерної коагуляції. Застосування ендовенозної лазерної коагуляції значно знижує операційну травму та відсоток післяопераційних ускладнень, а також значно скорочує термін перебування хворого в стаціонарі.

**Ключові слова:** варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, ендовенозна лазерна коагуляція, кросектомія.

### Вступ

Лікарі-флебологи Вінницької області зазначають [Лазаренко і др., 2007; Леванчук і др., 2008], що варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК) є не лише досить розповсюдженим, особливо серед жінок (жінки - 40%, чоловіки - 10-15% від загальної кількості населення), а й має тенденцію до "омолодження". Хворі

становлять близько 20-30% від загальної кількості населення. ВХВНК характеризується прогресуючим перебігом і поступово призводить до інвалідизації 2% працеспроможного населення індустріально розвинутих країн. Розповсюдженість захворювання зростає з віком та становить 14-16% у період від 18 до 25 років і 50-60% у віці 55-60 років. Зі 100% виникнення трофічних виразок, у 41% причиною є ВХВНК.

Основною причиною захворювання є генетична слабкість клапанного апарату поверхневих і глибоких вен нижніх кінцівок і патологічний перерозподіл венозної крові в дистальному напрямку, при цьому відбувається зворотній відтік крові з стегнової у велику підшкірну вену (ВПВ). У розвитку хронічної венозної недостатності (ХВН) центральне місце посідає "зачароване коло", що поєднує між собою три основні ланки патогенезу: збільшення периферичного венозного тиску, власне розширення вен і функціональну недостатність венозних клапанів.

На сьогоднішній день є декілька альтернативних способів боротьби з ВХВНК: видалення великої або малої підшкірних вен (ВПВ і МПВ, відповідно) хірургічним шляхом, найсучаснішими методами є склеротерапія за програмою Foam-foam, а також ендовенозна лазерна коагуляція ЕВЛК [Криса, 2008; Нікішин та ін., 2008].

Склеротерапія та ЕВЛК відрізняються від попередніх традиційних мінімально травматичністю, зменшенням ризику виникнення рецидивів, швидким загоєнням, мають косметичний ефект. На жаль, у нашій країні ЕВЛК не набула бажаного розвитку, оскільки немає достатньої інформації з даної тематики.

Метою досліджень стала оцінка кровообігу та обґрунтування доцільності використання методики ЕВЛК та склеротерапії за методикою Foam-foam після хірургічного лікування хворих з ВХВНК при врахуванні вікових змін, статі та ступеня ХВН.

### Матеріали та методи

Робота основана на аналізі історій хворих з ВХВНК та хірургічного лікування 728 хворих (1014 кінцівок) за період 2007-2009 років. З них 416 жінок та 312 чоловіків, у віці у середньому 41 рік (від 18 р. до 67 р.) з відношенням права-ліва кінцівка 1:1,25.

При аналізі даних з історій хворих було відзначено, що всі хворі мали ВХВНК у стадії С2-С6 за міжнародною класифікацією СЕАР. ЕВЛК проводилось 245 (33,7%) хворим за допомогою високоенергетичного діодного лазера "ЛІКА-ХІРУРГ" виробництва "Фотоніка Плюс" з довжиною хвилі 810 та 940 нм.

У переважній більшості операцій застосовувалась спинномозкова анестезія - 723 (99,3%) хворих, місцева анестезія лише в 5 (0,7%) хворих. Для діагностики захворювання використовували дуплексне сканування, яке дає змогу побачити судину, характер і швидкість руху крові в ній. Хворі в залежності від виду лікування були поділені на три клінічні групи:

1. стріпінг (сафенектомія), 240 (33%);
2. ЕВЛК в комплексному лікуванні, 243 (33,3%);
3. ЕВЛК, 245 (33,7%).

Стріпінг (сафенектомія): зондом Бебкокка проводять безпосереднє видалення вени з навколишніх тканин (так би мовити, "виривання").

В еру розвитку ендоваскулярних технологій, де наголошується на мініінвазивності, на шляху до зменшення травматичності втручання стала заміна тактики видалення вен їх фіброзуванням. Найбільш конкуруючими за ефективністю усунення рефлюкса по ВПВ та МПВ є лазерна коагуляція.

ЕВЛК у комплексному лікуванні: використовується високо енергетичний лазерний апарат для проведення селективної фотокоагуляції. Принцип його полягає у поглинанні різними тканинами лазерної енергії з різною силою. Тому відбувається безпосередній вплив лазерного випромінювання на ендотелій судин без побічної дії на інші тканини [Сапелкин, 2002]. Саме комплексною флебектомією проводилось лікування другої клінічної групи, яка становила 243 (33,3%) хворих. Для проведення ЕВЛК використовувався вітчизняний лазерний апарат "Ліка-хірург" з потужністю 16 Вт, безперервної дії. Час експозиції залежав від патологіологічної та анатомічної цілісності стінки судин.

Техніка оперативних втручань була такою [Лазаренко та ін., 2008; Passman et al., 2007]. Обробка притоків кукси ВПВ. Як і при звичайній флебектомії, спочатку виконувалось виділення та мобілізація устя ВПВ з обов'язковим лігуванням усіх гілок та наступним відсіченням ВПВ. Встановлення катетера у просвіт ВПВ у ретроградному напрямку - 170(70%) хворих. Катетер проводили по ВПВ до дистальної частини без виділення останньої в ділянці медіальної кісточки. Якщо не вдавалось провести катетер за попередньою методикою, його вводили в антеградному напрямку - 73(30%) хворих. Попередньо виділяли ВПВ у ділянці медіальної кісточки. Вену пересікали, дистальну частину цієї ділянки перев'язували, а в проксимальну вводили катетер з подальшим проведенням його до появи в зоні медіальної кісточки і теж перев'язували. Ліквідація горизонтального скиду через перфорантні вени виконувалась або надфасціальним їх лігуванням з міні доступу - 36 (15%) хворих, або шляхом ЕВЛК - 207 (85%) хворих; пункційно під контролем портативного ультразвукового апарата "sonosite i-look" за допомогою системної голки проводився лазерний провідник у просвіт перфоранту. Усі рани зашивали косметично. Паравенозна інфільтрація виконувалась в усіх випадках охолодженням до 16 градусів 0,9% розчином хлориду натрію для досягнення компресії вени з усіх сторін та з метою паравенозного захисту оточуючих тканин. Інфільтрація розчином проводилась звичайною голкою під контролем ультразвукового доплерівського сканування (УЗДС).

Вдягання компресійного трикотажу на кінцівку сполучали з компресійними валиками по ходу стовбур

вени. Катетер з лазерним провідником підтягувався в ретроградному напрямку з середньою швидкістю 2 мм за секунду в безперервному режимі. Середня експозиційна доза на ВПВ довжиною 80 см у залежності від діаметра складала 4800 Дж.

Таким чином, зберігалися принципи "фізіологічного" підходу до проведення операцій комплексних флебектомій у світовій практиці [Passman et al., 2007].

ЕВЛК: проводили пункцію ВПВ на рівні медіальної кісточки гомілки під обов'язковим контролем УЗДС. Через прокол у шкірі та стінці вени вводили лазерний світловод в антеградному (знизу-вверх) напрямку до сафено-феморального співустя, а саме до місця розташування остіального клапана у ВПВ. Наступні етапи операції збігались із діями, які проводили під час комплексного лікування: інфільтрація, компресійна терапія та безпосередня коагуляція.

Даний тип лікування є найменш травматичним, оскільки відбувається мінімальне пошкодження цілісності структур організму (шкіри, підшкірного прошарку, судин, нервів, тощо).

Формування та редагування первинної бази дослідження даних проведено на EOM Intel Pentium IV 3,0 МГц з використанням програми "Microsoft Excel". Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали з використанням t-критерія Стюдента.

### Результати. Обговорення

У хворих, котрим проводили безпосередньо сафенектомію, достовірно виражене пошкодження навколишніх тканин. Самі операції супроводжуються сильними кровотечами та підшкірними крововиливами в післяопераційному періоді, тому спостерігається досить велике число гематом 198 (82,5%) у порівнянні з ЕВЛК - 4 (1,6%) ( $p < 0,001$ ). Відзначався ризик виникнення запальних процесів, таких, як інфільтрати 72 (30%), у порівнянні з ЕВЛК - 26 (10,6%) ( $p < 0,001$ ), інфікування рани по ходу видалення вени 12 (5%) хворих, тоді як при ЕВЛК 3 (1,2%) ( $p < 0,05$ ). При виконанні сафенектомії відбувається пошкодження не тільки навколишніх тканин, а й нервів, на відміну від ЕВЛК. Тому у 57 (23,75%) хворих спостерігаються парестезії, виникнення неприємного відчуття у вигляді повзання мурашок протягом перших 10 днів після оперативного втручання, у той час як при ЕВЛК у 3 хворих (1,2%) ( $p < 0,001$ ).

Середня тривалість оперативного втручання становить 90-150 хв. Перебування хворих у шпиталі становить більше 7 дб. У деяких випадках необхідним було стаціонарне лікування.

При зондових методах видалення вен (стрипінг) обриваються венозні притоки й комунікантні вени, пошкоджуються лімфатичні колектори й нервові стовбури. Частота ускладнень досягає 13,5-38,6%, післяопераційна непрацездатність коливається від 3-4 до 35-40 дб.

Лікування, яке отримували хворі на ВХВНК, проведене за допомогою методу ЕВЛК, є більш ефективним

у порівнянні з сафенектомією. У хворих, яким проводили ЕВЛК у комплексному лікуванні, больовий синдром зникав через добу. У 6 (2,5%) пацієнтів на стегні відмічалась невеличка гематома, внаслідок перфорації венозної стінки катетером під час ретроградного введення останнього, а при виконанні ЕВЛК відмічалась тенденція до їх зменшення (4 випадки, 1,6%), інфільтрати 31 (12,6%) хворий, тоді як після ЕВЛК становили 26 (10,6%), опіки шкіри 4 (1,7%) пацієнти, що не потребували додаткового лікування і самостійно проходили. З отриманих даних 5 (2,04%) опіків припадало на ЕВЛК. Тромбозу глибоких вен не було.

Кровоплин у коагульованих венах був відсутній, стінка вен потовщена. Через 3-4 тижні після операції спостерігаються процеси фіброзу та склерозу, диференціювати коагульовану вену в ділянці гомілки важко, а на стегні вона представлена фіброзним тяжем. Зворотного розвитку фіброзних процесів з відновленням прохідності вени не спостерігалось. У більшості хворих по ходу коагульованої вени відчувався м'якоеластичний тяж, який поступово зникав протягом місяця.

Хворі, яким проводили комплексну флебектомію і ЕВЛК, мали близькі післяопераційні показники. Але спостерігалась тенденція до зменшення ускладнень при виконанні ЕВЛК у порівнянні з поєднаним методом (ЕВЛК + кросектомія).

У випадках, коли ВХВНК досягала стадії С4, обов'язковим етапом операції була кросектомія. Це забезпечувало 100% впевненість, що реканалізація (відновлення просвіту і, відповідно, кровотоку по вени) судини не відбудеться. Тому ЕВЛК застосовувалася хворим, які мали стадії ВХВНК С2, С3. Якщо були показання, то лікування ЕВЛК доповнювалось склеротерапією за методикою Foam-foam (основна кількість хворих, яким проводили склеротерапію, відносилась до групи С1 за міжнародною класифікацією CEAP, показники таких хворих у роботі не досліджували).

Після ЕВЛК хворі мали больовий синдром протягом першої доби. На стегні та гомілці виділялися гематоми 4 (1,6%), інфільтрати 26 (10,6%), опіки шкіри 5 (2,04%), парестезії 3 (1,23%).

Тривалість операції становила від 30 до 60 хвилин. Хворі перебували в клініці 1 - 2 доби. Відповідно хворі відчували тяжіння в ділянці виділення ВПВ і/або МПВ. При обстеженні пацієнтів на 7 добу після операції за допомогою УЗДС реканалізація становила 0. Через 12 місяців після операції були обстежено 162 (66%) пацієнти та виявлено, що у 8 (3,4%) випадках відбувся зворотний розвиток фіброзних процесів, унаслідок чого відбувалося відновлення прохідності вени. Це пояснюється тим, що перфоранти та притоки ВПВ або МПВ зберігали частково своє функціонування, що перешкоджало процесам фіброзу та склерозу стінки судини.

Компресійна терапія назначалась хворим ще протягом 2-3 місяців.

Метод ЕВЛК ВПВ був запропонований в якості аль-

тернативи стрипінгу. Перше повідомлення про використання ендовенозного лазера при лікуванні варикозу зробив ще Puglisi B. зі співавторами в 1989 р. на міжнародному конгресі IUP у Страсбурзі [Puglisi et al., 1989], але поширення метод отримав лише після публікації C. Bone [1999] і ввійшов у клінічну практику на початку 2000 року, не без підстав названий технологією 21 століття.

Лазерний метод полягає в руйнуванні венозної стінки тепловою енергією, яка передається від діодного лазера через уведену інтравенозно фіброоптичне волокно. Викликається ендовасальна фотокоагуляція венозної судини. T. Proebstle зі співав. [2007] вважають, що ефект теплового пошкодження обумовлений утворенням пухирців пару під час лазерного впливу. Основна мета ендоваскулярних методів - облітеруючи просвіт поверхневої венозної магістралі, припинити венозний рефлекс в сафенофеморальному співв'язі й дистальних сегментах ВПВ та/або МПВ у хворих ВХВНК. Згідно з думкою авторів, що мають значний власний досвід, головними позитивними сторонами лазерної коагуляції при ВХВНК є: мікрохірургічна точність роботи з ендолазером, мініінвазивна, а, отже, й менш травматична техніка операції, швидке післяопераційне відновлення, зменшення післяопераційних ускладнень і побічних реакцій, відсутність гематом а отже відсутність крововтрати, більш швидке відновлення працездатності пацієнтів, відмінні естетичні результати, що не менш важливо у зв'язку з більш високою захворюваністю у жінок.

З вищенаведених даних можна зробити висновок, що новітні методи дослідження дають змогу пацієнту швидко й майже безболісно перенести хірургічне втручання. Больовий синдром зберігається протягом 1-3 діб, який при стрипінгу триває до 10 діб. Крім того, пацієнти після ЕВЛК та комплексної флєбектомії не потребують стаціонарного лікування. Рівень працездатності відновлюється досить швидко. Після ЕВЛК пацієнту рекомендується через 2 години робити вже недовготривалі навантаження у вигляді ходьби, у той час як хворим першої групи дозволялось поступово починати ходити через добу.

ЕВЛК дає змогу людям, які страждають на ВХВНК, швидко, майже безболісно позбутись даного захворювання. Термін реабілітації є мінімальним, тому у хворих не виникає дискомфорту їх життєдіяльності. Особливо важливим моментом є естетичний вигляд нижніх кінцівок після операцій. Після сафенектомії залишаються

великі, пігментовані у темніший колір рубці. Це є наслідком того, що лікар робить досить великі доступи в ділянці паху та медіальної або латеральної кісточки голки (у залежності від того яка вена має бути видалена або ВПВ, або МПВ відповідно) для виділення ВПВ або МПВ. У той же час, пацієнти другої групи мали майже непомітні рубці у вигляді ліній, які за кольором не відрізнялись від шкіри. Крім того, хворі третьої групи не мали рубців взагалі, оскільки ЕВЛК проводилось за рахунок пункції ВПВ (тобто розрізів не було і, відповідно, шви не накладались), тому на шкірі залишились тільки місця проколів, які мали вигляд невеликої точки, без пігментації.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При оцінці гемодинаміки вен НК встановлено, що ЕВЛК є кращим методом лікування ВХВНК, ніж традиційні (сафенектомія, кросектомія).

2. Застосування ЕВЛК у меншій мірі впливає на зміну кровообігу вен НК і дає можливість значно знизити операційну травму, скоротити час оперативного втручання, попередити виникнення післяопераційних ускладнень, а також у багато разів скоротити термін перебування в стаціонарі, зменшити розміри доступів при виділенні вен, відповідно використати меншу кількість шовного матеріалу й отримати позитивний косметичний ефект.

3. Забезпечується обробка перфорантних вен без застосування відкритої перев'язки, яка не можлива на стадії С6 (за допомогою ЕВЛК без кросектомії).

4. ЕВЛК може бути використана на всіх стадіях ВХВНК для коагуляції великої та малої підшкірних вен, а також їх приток у поєднанні з мініфлєбектомією та корекцією горизонтального рефлексу.

5. ЕВЛК є матеріально економічнішою, ніж традиційні методи лікування.

Отримані дані застосування ЕВЛК відкривають перспективу застосування цього методу, адже з'являється можливість скорочення терміну перебування в стаціонарі, зменшується частота та важкість ускладнень, покращується косметичний ефект після операції. Безперечно, необхідні більш довготривалі спостереження, аналіз віддалених результатів для визначення ефективності цього методу та місця в комплексному лікуванні ВХВНК.

### Література

- Использование эндовенозной лазерной коагуляции //Интервенционная радиология и эндovasкулярная хирургия 21 века: матер. II съезда МАЭХИР, Феодосия, сентябрь 2008 /С.М.Леванчук, В.В.Шапринский, С.С.Юрец [и др.]. - Харьков, 2008. - С. 34-35.
- Использование эндовенозной лазерной коагуляции при хронической венозной недостаточности /В.Е.Лазаренко, В.Б.Мельник, В.В.Шапринский [и др.] //Фотобиология и фотомедицина. - 2007. - Т.5, №3. - С. 30-33.
- Криса В.М. Застосування ендоваскулярної лазерної облітерації в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок /В.М.Криса //Клін. хірургія. - 2008. - №4-5. - С. 73-74.
- Лазерна ендовенозна корекція трофічних виразок при варикозній хворобі нижніх кінцівок /В.Є.Лазаренко, В.В.Шапринський, С.С.Юрец [та ін.] //Акт. пробл. сучасної медицини: Вісник Української медичної стомат. академії. - 2008. - №4. - С.12-14.
- Нікішин Л.Ф. Ендовенозна лазерна коагуляція в лікуванні варикозної хвороби /Л.Ф.Нікішин, Р.П.Стащук //Клін. хірургія. - 2008. - №4-5. - С.

84. Сапелкин С.В. Конгресс Европейского венозного форума, 3-й /С.В.Сапелкин //Ангиология и сосудистая хирургия. - 2002. - №11. - С. 7-10.
- Bone C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de diodo. Estudio preliminar /C.Bone //Rev. Patol. Vasc. - 1999. - №5. - P. 35-46.
- Combined Endovenous Ablation and Transilluminated Powered Phlebectomy /M.A.Passman, J.B.Dattilo, GR. J.uzman [et al.] //Vasc. Endovascular Surg. - 2007. - №41. - P. 41.
- Proebstle T.M. Early results and feasibility of incompetent perforator vein ablation by endovenous laser treatment / T.M.Proebstle, S.Herdemann // Dermatol Surg. - 2007. - №33(2). - P. 162-168.
- Puglisi B. L'application du laser ND-YAG dans le traitement du syndrome variqueux (Application of the ND-YAG laser in the treatment of varicose syndrome) /B.Puglisi, A.Tacconi, F.San Filippo //Phlebology. - 1989. - P. 839-842.

**ОЦЕНКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ СОВРЕМЕННЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Коновалов С.В., Шапринский В.В., Леванчук С.М., Леванчук А.С.**

**Резюме.** Работа посвящена проблеме лечения варикозной болезни вен нижних конечностей. Представлен опыт лечения этой болезни тремя методами: сафенэктомия, эндовенозная лазерная коагуляция в комплексном лечении и отдельно эндовенозная лазерная коагуляция. В работе раскрыты особенности техники эндовенозной лазерной коагуляции. Применение эндовенозной лазерной коагуляции значительно снижает операционную травму и процент послеоперационных осложнений, а также значительно сокращает срок пребывания больного в стационаре.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь вен нижних конечностей, эндовенозная лазерная коагуляция, кросэктомия.

**ESTIMATION OF THE BLOOD CIRCULATION UNDER THE MODERN AND TRADITIONAL METHODS OF THE LOWER EXTREMITIES VEINS VARICOSE DILATATION ILLNESS TREATMENT**

**Konovalev S.V., Shaprynskiy V.V., Levanchuk S.M., Levanchuk A.S.**

**Summary.** The research is devoted to the problem of the lower extremities veins varicose dilatation illness treatment. Experience of the given illness treatment is presented by three methods: safenectomy, endovenous laser coagulation and endovenous laser coagulation in the complex treatment. The features of endovenous laser coagulation technique are presented in the work. Using endovenous laser coagulation reduces an operating trauma and percent of postoperational complications considerably, and also considerably abbreviates the term of stay of patient in permanent establishment.

**Key words:** the lower extremities veins varicose dilatation illness, endovenous laser coagulation, crossectomy.

© Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

УДК: 616.366+003.76-163.810.-089.85

**ВЫБОР СПОСОБА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.**

Самаркандский медицинский институт (ул. А.Темура, 18, г. Самарканд, Узбекистан, 140100)

**Резюме.** Прооперировано 2247 больных с желчнокаменной болезнью, у 896 больных холецистэктомия произведена из минидоступа. Предлагаемая усовершенствованная методика минилапаротомной холецистэктомии уменьшила число операционных осложнений с 2,2% до 0,9%.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, минилапаротомия.

**Введение**

В настоящее время в хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора. Высокая техническая оснащенность, необходимая для ЛХЭ, позволила сделать последнюю - престижной операцией, имеющей преимущество в сроках лечения и реабилитации больных [Гарипов и др., 2002].

Вместе с тем, лапароскопическая хирургия обострила и существовавшую в хирургии проблему, такую как ятрогения [Галлингер и др., 2002]. Опасность повреждения внепеченочных желчных путей при ЛХЭ выше, чем при лапаротомной, и составляет 0,6% [Гешелин и др., 2008].

Хотя, по данным литературы общая летальность после ЛХЭ ниже, чем после открытой холецистэктомии (0,06-0,1% и 0,2-0,4% соответственно), более 50% летальных исходов после лапароскопической операции

обусловлено самим методом. А при лапаротомной ХЭ 90% летальных исходов связано с тромбоэмболическими и дыхательными осложнениями.

При широкой лапаротомии повышается операционная агрессия, что не желательно у больных с конкурирующей соматической патологией органов кровообращения и дыхания, особенно в группе больных пожилого и старческого возраста. В этой группе больных имеются веские противопоказания к ЛХЭ из-за необходимости создания напряженного пневмоперитонеума [Ветшев и др., 2001]. Определенная часть осложнений после ЛХЭ сводится к обострению воспалительных процессов со стороны легких, а также имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний. По нашему мнению, у этих пациентов, имеющих тяжелые конкурирующие сопутствующие заболевания, перенесших в анамнезе немало приступов острого холецистита с инфильтра-