

включала 45 пациентов (57,6 %): со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически незначимым стенозом с контралатеральной стороны — 20, со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны 17 пациентов, с критическими стенозами с обеих сторон — 8 пациентов. Третья группа включала 10 пациентов (12 %): с окклюзией с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны.

По степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности пациенты распределены таким образом: в 1 группе пациентов с I степенью ХСМН — 3 пациента (13 %), со II степенью ХСМН — 13 пациентов (57,5 %), III степенью ХСМН — 1 пациент (4,3 %), с IV степенью ХСМН — 6 пациентов (26 %).

Во 2 группе: с I степенью ХСМН — 4 пациента (8,7 %), со II степенью ХСМН — 18 пациентов (39,1 %), с III степенью ХСМН — 8 пациентов (17,3 %), с IV степенью ХСМН — 15 пациентов (33,3 %).

В 3 группе: с I степенью ХСМН — 1 (11 %), со II степенью ХСМН — 2 (22,2 %) пациента, с IV степенью ХСМН — 5 пациентов (55,5 %).

Всем пациентам выполнены каротидные эндалтерэктомии. 78 пациентам проведено всего 103 операции: 6 пациентам проведены поэтапные операции на сонных артериях, распределение по группам: 2 пациента из 1 группы с III и IV степенью ХСМН. 4 пациента из 2 группы, 3 из них с I степенью ХСМН, 1 — с III степенью ХСМН, 1 — с IV степенью ХСМН. Двум пациентам из 2 группы проведены эверсионные эндалтерэктомии с резекцией ВСА.

Проведено 17 одномоментных операций, 2 операции поэтапно на брюшном отделе аорты и на артериях нижних конечностей: протезирование брюшного отдела аорты — 3, бифуркационные аорто-бедренные шунтирования — 8, линейное аорто-бедренное шунтирование — 1, профундопластика — 3, бедренно-подколенное шунтирование — 5, на подключичной артерии 1 операция.

Пациентам 3 группы и пациентам с критическими стенозами сонных артерий с обеих сторон с целью профилактики интраоперационных осложнений использованы временные внутрисосудистые шунты. Пациентам 3 группы, с окклюзией ВСА с одной стороны ВВШ использован в 70 % случаях, а при критических стенозах обеих ВСА использованы в 50 % случаях. Несомненно, что использование ВВШ с контралатеральным поражением ВСА, является одним из ключевых моментов в защите головного мозга.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения по типу острого нарушения мозгового кровотока развились у двух пациентов, что составило 2,5 %. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались преходящие нарушения мозгового кровотока. В целом же результаты наблюдений по остальным пациентам позволяет утверждать, что при обеспечении интраоперационного контроля транскраниальной доплерографией, рациональном использовании ВВШ, можно получать лучшие результаты профилактики ишемических инсультов при бикаротидных поражениях.

**В.А. Рагимов**

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА**

*Азербайджанский Медицинский Университет (Баку)*

**Целью исследований** является улучшение результатов лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса путем совершенствования методов локального эндоскопического гемостаза. В основу работы положены результаты обследования и лечения 19 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями при синдроме Меллори-Вейсса, находившихся на стационарном лечении во 2-й ГКБ им. М. Эфендиева в период с 2003 по 2009 гг. В исследование были включены больные с достоверными клиническими и эндоскопическими признаками кровотечениями. Среди 19 больных было 14 (73,7 %) мужчин и 5 (26,3 %) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Большинство больных поступило в стационар или отделение реанимации для выполнения ЭГДС в первые сутки от начала кровотечения — 13 (68,4 %) больных. У 4 (21,1 %) пациентов до госпитализации прошло от одних до трех суток, и, наконец, 2 (10,5 %) пациента прибыли в стационар спустя 72 часа от начала кровотечения. Рвота с кровью однократная наблюдалась у 11 (57,9 %) пациентов, многократная — у 8 (42,1 %), что указывало на клинику продолжающегося пищеводно-желудочного кровотечения. Большинство пациентов доставлено в стационар в состоянии средней тяжести — 9 (47,4 %). Лечебно-диагностическая фиброгастродуоденоскопия проводилась в шоковой палате отделения реанимации на функциональном столе после проведения или одновременно с комплексом консервативных мер, направленных на восполнение кровопотери, стабилизацию показателей гемодинамики и остановку кровотечения. При массивном продолжающемся кровотечении исследование выполнялось в операционной, одновременно с реанимационными и противошоковыми мероприятиями. Эндоскопические исследования и лечебные манипуляции выполнялись гастроинтестинальными эндоскопами фирмы «OLYMPUS» серии GIF-XQ30, «Fujinon» — FG-201 FP, «Lomo» Pentax

FG34-W. При введении лекарственных гемостатических средств используя инъекционные иглы фирмы «ОЛИМПАС» производили инфильтрацию вдоль разрыва слизистой оболочки раствором новокаина 5 мл + адреналин 1 мл, что позволило более отчетливо визуализировать источник кровотечения. Вторым этапом инфильтрации являлось введение в подслизистый слой через те же точки склерозанты — 70% этилового спирта, этоксисклерола или полидоканола по 2–3 мл. На момент осмотра у 8 (42,1 %) больных имелась картина продолжающегося кровотечения (F1a, F1b) и у 11 (58,0 %) больных имелась эндоскопическая картина состоявшегося кровотечения (F2a, F2b, F3). В первой группе наблюдаемых больных использовали инъекционно-инфильтративный метод местного гемостаза. Первичный эндоскопический гемостаз был эффективен в 5 (62,5 %) случаях. Рецидивное кровотечение отмечено у 3 (37,5 %) пациентов, из них эффективный повторный эндоскопический гемостаз удался у 2 (25,0 %) пациентов. В 1 (12,5 %) случае пришлось выполнить экстренное оперативное вмешательство. Применение во время ургентной эзофагогастродуоденоскопии у больных с синдромом Меллори-Вейса метода инъекционно-инфильтративного гемостаза позволило предотвратить опасность рецидива кровотечения, снизить количество экстренных оперативных вмешательств. Данный метод дает ряд преимуществ, таких как надежность, достаточная эффективность, доступность и относительная безопасность в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

**А.В. Роговченко, С.В. Ишутин, Д.А. Островский, Д.В. Ветохин**

### **АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**МБУЗ Городская поликлиника № 1 (Благовещенск)**

По данным международной согласительной комиссии 60–80 % населения развитых стран страдают хронической венозной недостаточностью вследствие варикозной болезни нижних конечностей, у 7 % больных возникают трофические язвы нижних конечностей. На лечение трофических язв уходит до 6 % годового медицинского бюджета развитых стран, что сравнимо с затратами на лечение больных ишемической болезнью сердца, подвергающихся аорто-коронарному шунтированию.

Лечение больных варикозной болезнью в условиях отделения дневного пребывания представляется экономически выгодным по сравнению с лечением в специализированном стационаре. Использование этапных операций по устранению патологических рефлюксов удлинит время лечения и реабилитации больных с осложненной варикозной болезнью. Нами применяется одномоментная флебэктомия с коррекцией патологического сброса по перфорантным венам и удаление варикозно-измененных притоков.

В отделении дневного пребывания МУЗ Городская поликлиника № 1 с марта 2010 г. оперировано 112 больных с хронической венозной недостаточностью 1–3 степени, обусловленной варикозной болезнью (по классификации В.С. Савельева). Дооперационная диагностика включала в себя осмотр, сбор анамнеза, УЗДС вен, клинико-биохимические исследования.

Выполнены следующие операции: флебэктомия БПВ — 59 пациентов, флебэктомия МПВ — 9 пациентов, флебэктомия БПВ в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени — 44, у 4 пациентов с длительнонезаживающими язвами размерами 60–80 см<sup>2</sup>, устойчивыми к лечению, дополнительно выполнена роторная аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, взятым с бедра.

Операция проводилась под местной, общей и перидуральной анестезией. Производилась флебэктомия патологически изменой БПВ или МПВ на стороне поражения, в сочетании с эндоскопической субфасциальной диссекцией перфорантных вен голени при трофических изменениях голени. Для эндоскопической диссекции перфорантных вен используется набор инструментов немецкой фирмы Richard Wolf. Визуализация подфасциального пространства осуществлялась путем инфуляции СО<sub>2</sub> до 14 мм рт.ст. Перфорантные вены коагулируем биполярным коагулятором, при диаметре больше 5 мм применяем клиппирование клипсами. Подфасциальное пространство дренируется силиконовой трубкой на 1 сутки. После операции назначаются веноотонизирующие средства детралекс, троксевазин, ношение компрессионного трикотажа (Medi, Venoteks), эластичных бинтов, активизируем больного в день операции. Через 4–6 часов после предварительного осмотра хирурга и анестезиолога, коррекции повязок, обезболевания нестероидным анальгетиком, дачи рекомендаций, больных транспортируем домой на транспорте поликлиники в сопровождении медперсонала. Больным выдается разработанная памятка рекомендаций после операции с контактными телефоном врача. Лечащий врач в день операции звонит в вечернее время больным для контроля за их состоянием. Больные после операции принимают анальгетики в терапевтических дозах, являются на следующий день для осмотра и перевязки, затем осмотры проводятся по показаниям. Отмечено 2 осложнения в виде инфильтратов голени, которые лечили консервативно. Язвы с пересаженными лоскутами кожи зажили, рецидива не было. Больные проходят