

5. Eloy J. A. High-resolution computed tomography analysis of the frontal sinus ostium: a pilot study / J. A. Eloy, D. M. Neskey, R. Vivero [et al.] // JAm J Otolaryngol. – 2013. – Vol. 34. – № 2. – P. 99-102.

Реферати

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ФРОНТИТОМ

Лобурец А. В., Бешапочный С. Б., Аврунин В. Г.

В статье представлены результаты проведенного компьютерного конфигурационного планирования объема хирургических вмешательств 56 пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу хронического фронтита. Проведен анализ риноманометрических показателей и расчетов исследования аэродинамики воздушного сопротивления носового дыхания по данным спиральной компьютерной томографии до и после хирургического лечения у пациентов основной группы (n = 27), которым выполнена эндоназальная фронтотомия с коррекцией внутриносовых структур, и контрольной (n = 29), которым выполнена эндоназальная фронтотомия. Отдельно представлены расширенные результаты исследования двух пациентов. Коррекция внутриносовых структур меняет аэродинамическое носовое сопротивление на большем участке, и в широком диапазоне значений, а без коррекции - только на участке, непосредственно примыкающем к участку соустья, а также за счет общего уменьшения отека слизистой оболочки полости носа. Компьютерное планирование позволяет повысить эффективность проведения функциональных ринологических вмешательств на 32%. Для его реализации требуются высокоточные методы диагностики и внедрение достаточно сложных процедур конфигурационного виртуального моделирования хирургических вмешательств.

Ключевые слова: хронический фронтит, компьютерное конфигурационное планирование, риноманометрия.

Стаття надійшла 15.07.2017 р.

EXPERIENCE IN THE USE OF COMPUTER PLANNING METHOD FOR SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC FRONTAL SINUSITIS

Loburets A.V., Beshapochny S.B., Avrunin V.G.

The article represents the results of the computer configuration planning of the value of surgical interference of 56 patients who underwent inpatient treatment of chronic frontal sinusitis. The analysis of rhinomanometry indicators and the research of aerodynamics of air resistance of nasal breathing were performed according to computer tomography before and after surgery within the patients of the main group (n = 27) who underwent endonasal frontotomy correction intranasal structures (INS) and controls (n = 29) – by which was made the endonasal frontotomy. Extensive results of the study of two patients are presented separately. The correction of INS changes the aerodynamic nasal resistance in a larger area, and in a wide range of values; without correction INS - only at the site that immediately adjacent to the anastomosis site, and also due to a general decrease in the edema of the mucous membrane of the nasal cavity. Computer planning makes it possible to increase the effectiveness of functional rhinological interference by an average 32%. But its implementation needs highly accurate diagnostic methods and cumbersome procedures of the virtual simulation of surgical interference.

Key words: chronic frontal sinusitis, computer configuration planning, rhinomanometry, frontal sinus surgery.

Рецензент Аветіков Д.С.

DOI 10.26724 / 2079-8334-2017-3-61-32-36

УДК 616.13-089.86:616-073.7

Є. М. Люлька, Г. А. Оксак, А. Л. Боркунов, О. М. Люлька, В. І. Ляховський
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава, Полтавська
обласна клінічна лікарня ім. М. В. Склифосовського, Полтавський обласний клінічний
кардіологічний диспансер

УЛЬТРАЗВУКОВА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

e-mail: alexdoc2008@i.ua

Проведено аналіз 76 медичних карток стаціонарних хворих з явищами критичної ішемії нижніх кінцівок (III-IV стадія за класифікацією Фонтейна-Покровського), яким виконані відновні оперативні втручання на стегново-підколінному та стегново-гомільковому сегментах артерій з приводу облітеруючого атеросклерозу артерій. Пацієнти були розподілені на дві групи в залежності від техніки виконаних реконструктивних операцій. Для контролю ефективності проведення реконструктивних операцій усім хворим перед операцією та на 7-8 добу після неї проведено ультразвукове кольорове ангиосканування нижніх кінцівок з визначенням гомільково-плечового індексу. В результаті досліджень доказана ефективність застосування даного діагностичного способу і він може бути рекомендований для оцінки якості проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

Ключові слова: облітеруючий атеросклероз, відновні операції, ультразвукове дослідження, ефективність застосування.

Робота є фрагментом НДР «Оптимізація діагностики, лікувальної тактики та профілактики гострої хірургічної патології та її ускладнень», № державної реєстрації 0116U005024.

Облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок є одним з найпоширеніших захворювань. За даними ВООЗ, в країнах Європи хронічна ішемія нижніх кінцівок (ХІНК) атеросклеротичного генезу серед пацієнтів старше 50 років зустрічається у 2% випадків, у хворих

похилого віку - у 3,7%, а у хворих старечого віку – у 5,2% випадків [6, 12]. У людей похилого та старечого віку оклюзійно-стенотичні ураження артерій стегново-підколінного сегменту зустрічаються у 24,7-51,1%, підколінного – у 13,8-24,7%, гомілкового – у 30-32% випадків [1, 5].

При наявності важкої ХІНК зберегти кінцівку, а часто і життя хворого, дозволяє проведення реконструктивних операцій на артеріях. Вони виконуються у 41,6-78,4% пацієнтів [2, 4, 11]. У 56,2% випадків відновних операцій виконується стегново-підколінне шунтування з накладанням дистального судинного анастомозу вище суглобової щілини, у 43,8% – дистальне стегново-підколінне шунтування з накладанням відповідного анастомозу нижче суглобової щілини колінного суглобу [4]. При цьому основною причиною невдалих реконструкцій є післяопераційні ускладнення, які, за даними деяких авторів, зустрічаються у 40-60% хворих [10]. Найчастішими ускладненнями є тромбоз протезів та оперованих судин у ранньому післяопераційному періоді, що зустрічаються у 7,2 – 29,5% хворих [3, 5, 8]. Причинами невдалих реконструкцій вважаються: неправильне накладання судинних анастомозів, неадекватний вибір матеріалу протезу, технічна невідповідність хірурга.

Однак, на сьогоднішній день, не існує чіткого алгоритму оцінки спроможності дистального артеріального русла [7]. Перед операцією хірурги орієнтуються на загальні показники ультразвукового кольорового ангіосканування (УЗКАС): лінійну швидкість кровотоку на різних рівнях артерій, наявність оклюзійно-стенотичних уражень, їх поширення, мережу колатеральних судин. Інтраопераційна ефективність накладання анастомозу, здебільшого, оцінюється наявністю ретроградного кровотоку з артерії нижче місця оклюзії та при проведенні перфузії дистального відділу артерії розчином гепарину. У післяопераційному періоді використовуються лише показники, отримані під час проведення УЗКАС. Тому, вивчення показників ультразвукового дослідження артерій залишається актуальним і перспективним методом оцінки ефективності формування анастомозів.

Метою роботи було дослідити за допомогою ультразвукового кольорового ангіосканування судин ефективність формування артеріальних анастомозів на нижніх кінцівках.

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз 76 медичних карток стаціонарних хворих з явищами критичної ішемії нижніх кінцівок (III-IV стадія за класифікацією Фонтейна-Покровського), яким проведені відновні оперативні втручання у відділенні хірургії судин Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського. Їм виконані відкриті реконструктивні операції на стегново-підколінному та стегново-гомілковому сегментах магістральних артерій нижніх кінцівок з приводу облітеруючого атеросклерозу.

Усі пацієнти були розподілені на дві групи в залежності від техніки виконаних реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок. У першу групу включені 41 (53,9%) хворий, яким були проведені шунтування з накладанням судинних анастомозів по типу “кінець ало-аутопротезу у бік артерії” без визначення кута формування, а у другу – 35 (46,1%) хворих, яким такі ж самі анастомози накладалися за розробленою нами методикою із визначенням кута вшивання ало-аутопротезу у бік артерії та належною адаптацією країв ало-аутопротезу та артерії.

Враховуючи те, що основні м'язові гілки (глибока стегнова артерія) відходять від стегнової артерії під кутом, близьким до 45°, всі проксимальні анастомози накладалися саме під таким кутом згідно запропонованої методики. Дистальні анастомози накладалися або по типу “кінець ало-аутопротезу у кінець артерії”, або “кінець ало-аутопротезу у бік артерії” під кутом 30° – технічно “правильний” кут, що не деформує судинний анастомоз та не створює турбулентність у місці анастомозу, не знижуючи таким чином лінійну швидкість кровотоку по артеріям нижче його накладання. Нами розроблений і запатентований пристрій для швидкого перетину синтетичного протезу під вибраним кутом [13]. При використанні аутопротезу (здебільшого використовувалась реверсована ділянка великої підшкірної вени), остання перетиналась під вибраним кутом за допомогою розроблених та запатентованих нами пристроїв [14, 15, 16, 17, 18, 19]. При формуванні судинного анастомозу за допомогою безперервного судинного шва синтетичним шовним матеріалом використовувались розроблені та запатентовані нами пристрої [20], які дають змогу проведення інтраопераційного контролю над кутом сходження утворюючих судинний анастомоз.

Усім пацієнтам перед реконструктивною операцією та на 7-8 добу після неї проведене УЗКАС нижніх кінцівок з визначенням гомілково-плечового індексу (ГПІ). При цьому оцінювались такі показники, як прохідність артерій, ало-аутопротезів, лінійна швидкість кровотоку нижче дистального анастомозу, візуалізувались кути нахилу ало-аутошунтів відносно артерій.

Отримані дані піддані статистичній обробці, яку проводили за допомогою пакета прикладних статистичних програм SPSS for Windows 10.0 та STATISTICA 5,5.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі проведених досліджень встановлено, що серед пацієнтів першої групи було 37 (90,2%) чоловіків та 4 (9,8%) жінки, а у другій – 32 (91,4%) чоловіка та 3 (8,6%) жінки. Середній вік хворих першої групи становив $65,8 \pm 4,52$, а другої – $63,9 \pm 5,01$ років. Клінічні прояви атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок у осіб обох груп спостерігались від 5 до 16 років. Згідно класифікації Фонтейна-Покровського (1979) хронічна ішемія нижніх кінцівок III ст. спостерігалась у 28 (68,3%) хворих першої і у 23 (65,7%) – другої груп, а IV ст. – відповідно у 13 (31,7%) та у 12 (34,3%) пацієнтів.

Усі хворі обох груп страждали на супутні захворювання, серед яких основне місце належало ішемічній хворобі серця, гіпертонічній хворобі, розладам мозкового кровообігу в анамнезі та іншим проявам генералізованого атеросклерозу. У вибірку не включалися пацієнти з цукровим діабетом. Отже, за статтю, віком та супутньою патологією пацієнти обох груп дослідження були взаємопорівнянними. Перед початком лікування усім хворим визначався ГПІ на боці ураженої кінцівки. Середні показники, отримані при цьому, у хворих групи порівняння становили $0,61 \pm 0,19$, а у основної групи – $0,60 \pm 0,18$ ($p < 0,05$).

Усім пацієнтам також проводилось УЗКАС при надходженні до стаціонару. У осіб першої групи дослідження середні показники лінійної швидкості крові (см/с) за даними УЗКАС по артеріям нижніх кінцівок становили: загальна стегнова – $71,3 \pm 6,12$, глибока стегнова – $70,1 \pm 5,26$, підколінна – $29,6 \pm 7,91$, задня великогомілкова – $22,3 \pm 5,14$, тилу ступні – $20,6 \pm 5,92$. А у другій групі ці середні показники на відповідних артеріях були наступними: $70,6 \pm 7,56$ ($p > 0,05$), $70,2 \pm 4,78$ ($p > 0,05$), $26,9 \pm 6,98$ ($p < 0,05$), $20,9 \pm 7,11$ ($p > 0,05$), $20,8 \pm 6,86$ ($p > 0,05$).

За результатами проведення УЗКАС нижніх кінцівок виділяли наступні види атеросклеротичних уражень: дифузні стенози поверхневої стегнової та підколінної артерій, що звужують їх просвіт більше, ніж на 70%, оклюзії поверхневої стегнової та підколінної артерій та поєднання дифузних стенозів більше 70% просвіту та ділянок оклюзії поверхневої стегнової та підколінних артерій, які спостерігалися пропорційно у пацієнтів обох груп дослідження. Середні показники сумарної довжини (см) оклюзійно-стенотичних уражень артерій нижніх кінцівок у хворих першої групи становили: поверхневої стегнової – $18,2 \pm 2,49$, підколінної – $9,0 \pm 1,78$, поверхневої стегнової та підколінної – $25,1 \pm 2,76$. У пацієнтів другої групи на цих артеріях середні показники сумарної довжини (см) оклюзійно-стенотичних уражень артерій нижніх кінцівок відповідно були: $17,9 \pm 3,01$ ($p > 0,05$), $8,6 \pm 1,23$ ($p > 0,05$), $25,6 \pm 2,55$ ($p > 0,05$).

При визначенні ГПІ у ранньому післяопераційному періоді відмічається його збільшення у хворих обох груп дослідження. Середні показники ГПІ у хворих першої групи на 7-8 добу після проведення реконструктивної операції становили $0,87 \pm 0,19$, а у хворих другої групи – $0,89 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). При повторному огляді через місяць після оперативного лікування середні показники ГПІ дещо зменшились у хворих обох груп дослідження, зокрема у пацієнтів групи порівняння вони становили $0,83 \pm 0,21$, а у хворих основної групи дослідження – $0,88 \pm 0,17$ ($p < 0,05$). Необхідно зазначити, що середні показники ГПІ хворих другої групи дослідження були вищими, ніж у першій групі, як у ранньому післяопераційному періоді, так і через місяць після проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

При проведенні контрольного УЗКАС пацієнтам обох груп дослідження через 7-8 діб після виконання відновного оперативного лікування відмічалось зростання лінійної швидкості кровотоку по артеріям нижньої кінцівки нижче місця накладання дистального артеріального анастомозу, особливо у пацієнтів другої групи дослідження. Середні показники лінійної швидкості крові (см/с) за даними УЗКАС по артеріям нижніх кінцівок у пацієнтів першої групи становили: загальна стегнова – $74,6 \pm 5,36$, глибока стегнова – $74,2 \pm 5,11$, підколінна – $63,9 \pm 5,67$, задня великогомілкова – $39,7 \pm 6,62$, тилу ступні – $35,6 \pm 7,98$. У другій групі дослідження ці середні показники на відповідних артеріях були наступними: $75,3 \pm 4,58$ ($p > 0,05$), $73,3 \pm 4,64$ ($p > 0,05$), $68,2 \pm 4,82$ ($p < 0,05$), $43,6 \pm 5,31$ ($p < 0,05$), $38,9 \pm 5,21$ ($p < 0,05$). У 5 (6,6%) хворих (3 (7,3%) пацієнтів з першої та 2 (5,7%) – з другої груп спостереження) у ранньому післяопераційному періоді спостерігались утворення гематом післяопераційних ран, поява яких ми пов'язуємо з проведенням антикоагулянтної терапії. Їх видалення провели шляхом додаткового дренивання післяопераційних ран. Утворення даного ускладнення не вплинуло на процес реабілітації пацієнтів у післяопераційному періоді. Летальних випадків серед пацієнтів обох груп дослідження ми не спостерігали.

Висновки

1. Проведення ультразвукового кольорового ангіосканування нижніх кінцівок з визначенням ГПІ дає змогу достовірно визначити локалізацію, характер та довжину оклюзійно-стенотичного ураження артерій нижніх кінцівок та спроможність дистального артеріального русла, що дає

можливість визначити показання для проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

2. При проведенні УЗКАС з визначенням ГПІ ураженої нижньої кінцівки відмічене покращення показників, особливо у пацієнтів другої групи дослідження. Отже, при формуванні судинних анастомозів необхідно враховувати кут сходження складових при формуванні судинних анастомозів, що позитивно впливає на покращення результатів проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок при їх оклюзійно-стенотичних ураженнях атеросклеротичного генезу, а даний спосіб дослідження може бути рекомендований для оцінки якості проведення реконструктивних операцій на артеріях нижніх кінцівок.

Список літератури

1. Aluhanyan O. A. Osobennosti hirurgicheskoy taktiki pri kriticheskoy ishemii nizhnih konechnostey u bolnyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta / O. A. Aluhanyan [i dr.] // *Angiologiya i sosudistaya hirurgiya*. – 2003. – Tom 3, No. 4. – S. 106–109.
2. Belov Yu. V. Taktika hirurgicheskogo lecheniya bolnyh s diffuznym porazheniem arteriy nizhnih konechnostey / Yu.V. Belov [i dr.] // *Hirurgiya*. – 1999. – No. 4. – S. 4–9.
3. Byivaltsev V. A. Primenenie shkal i anket v obsledovanii patsientov s degenerativnym porazheniem poyasnichnogo otdela pozvonochnika: metodologicheskie rekomendatsii / V.A. Byivaltsev, E.G. Belyih, N.V. Alekseeva [i dr.] // – Irkutsk: FGBU «NTsRVH» SO RAMN, - 2013. – 32 s.
4. Dibirov M. D. Hirurgicheskoe lechenie bolnyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s hronicheskoy ishemiey pri distalnykh okklyuziyah / M.D. Dibirov [i dr.] // *Vestnik hirurgii*. – 2000. – Tom 159. – No. 4. – S. 85–88.
5. Kohan E. P. Poyasnichnaya simpatektomiya pri obliteriruyuschem ateroskleroze arteriy nizhnih konechnostey i vozrast patsientov / E. P. Kohan [i dr.] // *Hirurgiya*. – 2000. – No. 11. – S. 41–43.
6. Krotovskiy G. S. Lechenie bolnyh s hronicheskoy kriticheskoy ishemiey nizhnih konechnostey s primeneniem prostaglandina E1 na fone soputstvuyushey ishemicheskoy bolezni serdtsa / G. S. Krotovskiy [i dr.] // *Hirurgiya*. – 2004. – No. 3. – S. 31–34.
7. Mishalov V. G. Mesto intraoperatsionnoy otsenki distalnogo rusla v hirurgii obliteriruyushego ateroskleroza arteriy nizhnih konechnostey 3 i 4 stadii / V. G. Mishalov, V. A. Chernyak // *Hirurgiya Ukrainy*. – 2008. – No. 4 (dopolnenie). – S. 208–210.
8. Pokrovskogo A. V. Klinicheskaya angiologiya: Rukovodstvo / A.V. Pokrovskogo // – M.: OAO «Izdatelstvo meditsina», - 2004. – T.2. – 888 s.
9. Skobtsov Yu. A. Modelirovanie i vizualizatsiya povedeniya potokov krovi pri patologicheskikh protsessah / Yu.A. Skobtsov, Yu.V. Rodin, V.S. Overko // – Donetsk: Izdatel Zaslavskiy A.Yu.,- 2008. – 212 s.
10. Savelev V. S. Patogenez i konservativnoe lechenie tyazhelykh stadiy obliteriruyushego ateroskleroza arteriy nizhnih konechnostey / V. S. Savelev, V. M. Koshkin, A.V. Karalkin // M.: - 2010. – 216 s.
11. Rosenthal D. Remote superficial femoral artery endarterectomy and distal vein bypass for limb salvage: initial experience / D. Rosenthal [et al.] // *J. Endovascular*. – 2003. – Vol. 10 – P. 121–125.
12. Tiia S. Jamsen. Long-term Outcome of Patients with Claudication after Angioplasty of Femoropopliteal Arteries / Tiia S. Jamsen [et al.] // *Radiology*. – 2002 – Vol. 225, N2. – P. 345–352.
13. Patent 88049 Ukraina, MPK A61V 17/3211. Prystrii dlia pererizu protezu sudyn pry formuvanni sudynnykh anastomoziv / Zhdan V.M., Liakhovskiy V.I., Demianiuk D.H., Liulka Ye.M., Borkunov A.L.; zaiavka № u 2013 12142; opubl. biul. № 4 vid 25.02.2014.
14. Patent 101228 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122, 17/125. Prystrii dlia peretynu sudyn velykoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 600 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Bezkorovainyi O.M., Liulka O.M., Liakhovska A.V.; zaiavka № u 2015 03579; opubl. biul. № 16 vid 25.08.2015.
15. Patent 101229 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122. Prystrii dlia peretynu sudyn velykoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 450 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Bezkorovainyi O.M., Oksak H.A.; zaiavka № u 2015 03581; opubl. biul. № 16 vid 25.08.2015.
16. Patent 101230 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122. Prystrii dlia peretynu sudyn velykoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 300 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Borkunov A.L., Liakhovska A.V., Liulka O.M.; zaiavka № u 2015 03582; opubl. biul. № 16 vid 25.08.2015.
17. Patent 101231 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122. Prystrii dlia peretynu sudyn serednoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 600 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Borkunov A.L., Oksak H.A., Liakhovska T.Iu.; zaiavka № u 2015 03584; opubl. biul. № 16 vid 25.08.2015.
18. Patent 101232 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122. Prystrii dlia peretynu sudyn serednoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 450 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Shcherban D.A., Sapun L.V., Liakhovska T.Iu.; zaiavka № u 2015 03585; opubl. biul. № 16 vid 25.08.2015.
19. Patent 101483 Ukraina, MPK A61V 17/11, 17/122. Prystrii dlia peretynu sudyn serednoho diametra pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” pid kutom 300 / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Borkunov A.L., Sapun L.V., Riabushko R.M.; zaiavka № u 2015 03583; opubl. biul. № 17 vid 10.09.2015.
20. Patent 89089 Ukraina, MPK A61V 17/122. Prystrii dlia vyznachennia velychyny kuta skhodzhennia utvoriuiuchykh pry formuvanni sudynnoho anastomozu za metodom “kinets u bik” / Liakhovskiy V.I., Liulka Ye.M., Liulka O.M.; zaiavka № u 2013 12977; opubl. biul. № 7 vid 10.04.2014.

Реферати

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
 Люлька Е.Н., Оксак Г.А., Боркунов А.Л., Люлька А.Н.,
 Ляховский В. И.

ULTRASOUND EVALUATION OF THE ARTERIAL ANASTOMOSIS FORMATION EFFECTIVENESS IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD
 Liulka Ye. M., Oksak H. A., Borkunov A.L., Liulka O. M., Liakhovskii V. I.

Произведён анализ 76 историй болезни стационарных больных с явлениями критической ишемии нижних конечностей (III-IV стадии по классификации Фонтейна-Покровского), которым произведены соответствующие оперативные вмешательства на бедрено-подколенном и бедрено-голеностопном сегментах артерий по поводу облитерирующего атеросклероза артерий. Пациенты были разделены на две группы. Для контроля эффективности проведения реконструктивных операций всем больным перед операцией и на 7-8 сутки после проводилось ультразвуковое цветное ангиосканирование нижних конечностей. В результате исследования доказана эффективность данного диагностического метода и он может быть рекомендован для оценки качества проведённых реконструктивных операций на артериях нижних конечностей.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, восстанавливающие операции, ультразвуковое исследование, эффективность использования.

Стаття надійшла 25.06.2017 р.

The analysis of the medical records of 76 patients with symptoms of lower extremities critical ischemia (stage III-IV by the classification of Fontaine-Pokrovskiy) who underwent open reconstructive surgery on the arteries of femoral-popliteal and femoral-ankle segments for the atherosclerotic lesions of lower extremities arteries has been performed. Patients were divided into 2 groups. To monitor the efficiency of reconstructive surgery all patients before surgery and 7-8 days after it conducted a color ultrasound of lower extremities. As a result of research efficacy of this diagnostic method was proved, thus it can be proposed to assess the quality of reconstructive surgery on the arteries of the lower extremities.

Key words: arteriosclerosis obliterans, reconstructive surgery, ultrasound, efficacy.

Рецензент Ляховський В.І.

DOI 10.26724 / 2079-8334-2017-3-61-36-40

УДК 616.992.28:611.986:656.2-051]-085

К. А. Мамедов

Центральная Железнодорожная больница г. Баку

РАЗРАБОТКА ТАКТИКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

e-mail: lyuba.nauchnaya@yandex.ru

В исследование были включены 110 больных с микозами стоп, в возрасте от 20 до 65 лет. При комплексном лечении традиционной терапией (десенсибилизирующей, антигистаминной, витаминотерапией) и Вобэнзином излечилось 89,7±3,7% больных, в том числе 92,8±4,0% больных с хронической формой и 85,6±6,6% больных с острой формой микозов стоп. При комплексном лечении практически стирается разница в достижении итогового эффекта между острой формой и хронической. Скорее всего, оно связано с тем, что иммунокоррекция, реабилитируя защитные функции организма, повышает эффективность лечения. Иммунотерапия ускоряет темпы выздоровления и исчезновения клинических проявлений заболевания. При полилечении, по сравнению с монологением, достоверно повышается эффективность лечения как острой формы ($p < 0,05$), так и ($p < 0,001$) хронической формы микозов стоп. На сегодняшний день имеется настоятельная необходимость для разработки системы управления риском для здоровья работников железнодорожного транспорта, включающая общеоздоровительные, медицинские, санитарно-гигиенические и лечебно-реабилитационные мероприятия, которые направлены на улучшение функционального состояния, оптимизацию условий труда, повышение общей резистентности организма, а также уменьшение риска профессиональных заболеваний, позволяющий достичь высокой медико-профессиональной и экономической эффективности.

Ключевые слова: терапия, стопы, микозы, работники железнодорожного транспорта.

В последние годы микозы стоп (МС) превратились в важнейшую клиническую проблему. Примерно треть жителей планеты страдает от грибковых заболеваний, наибольшее из них - это микозы стоп, и заболеваемость ими постоянно имеет рост. Наряду с исследованиями, направленными на профилактику, раннее выявление профессиональных заболеваний кожи, установление этиологических факторов развития последних, важнейшим научным направлением является изучение их распространенности, а также связи между возникновением болезней и воздействием факторов внешней среды [1, 2, 3].

В комплексе с общеукрепляющей, симптоматической и иммунокорректирующей терапией, патогенетическая терапия обеспечивают эффективное лечение инфекции, по крайней мере, не допускают ее обострений и реинфекций. Однако недостаточность рандомизированных исследований в этой области ограничивает широкое использование современных методов лечения МС среди обследуемого контингента [4, 5, 6].

Лечение должно быть комплексным и строго индивидуализированным. Это обеспечивается путем учета тяжести и периода болезни, индивидуальных особенностей больного, в частности — переносимости отдельных медикаментов [7, 8].

В связи с этим нами проведены исследования по возможности использования и истинной эффективности комплексной специфической, общеукрепляющей и иммунокорректирующей терапии среди работников железнодорожного транспорта с учетом выявленных изменений, обусловленных их профессиональной деятельностью.