

субъективной оценке оперированных частота движений плода как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде составила 10-15 движений в час с 3-4 часами спокойного периода, характеристика его движений не изменена. Болевой синдром в послеоперационном периоде имел тенденцию роста в первые 8 часов в пределах 50-80 мм у 20,2% оперированных; 10% из этой группы были вынуждены однократно принимать анальгетики; у 79,8% оперированных боль по шкале ц-ВАШ была в пределах 40-74 мм. После 8-ми часов интенсивность болевого синдрома имела тенденцию к снижению у всех оперированных и через 24 часа после операции была в пределах 10-30 мм.

Выводы. Выполненное плановое оперативное вмешательство под тумесцентной анестезией, использующее хирургическую гемодинамическую технику «консервации стволов сафеновых вен» при ППХЗВ вен нижних конечностей во II-III триместрах беременности, является безопасным как для беременной, так и для плода в 100% случаев и не влияет на течение беременности и родов. Все дети родились согласно сроку вынашивания и здоровыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОФИСНОЙ ХИРУРГИИ

Антонюк-Кисель В. Н., Кучерук Е. Ф., Кучерук А. Ф.,
Дундюк И. В.

Поликлиника № 1 Центральной городской больницы,
г. Ровно, Украина

Введение. В последние годы в мире имеется тенденция переноса плановых хирургических вмешательств, в том числе флебологического профиля, в амбулаторные условия. Это стало возможным благодаря точной диагностике, использующей дуплексное сканирование, сочетанию адекватных безопасных методов анестезии, малотравматичной хирургической технике.

Цель: проанализировать результаты хирургического лечения осложненных форм первичного хронического заболевания вен (ПХЗВ) нижних конечностей в условиях офисной хирургии (по терминологии IAAS).

Материал и методы. Анализ базировался на результатах хирургического лечения 320 пациентов с ПХЗВ бассейна сафеновых вен в условиях офисной хирургии на базе хирургического отделения поликлиники №1 Центральной городской больницы г. Ровно с начала 2013 г. по первый квартал 2018 года. Оценка общего физического состояния всех оперированных пациентов была не выше второго класса по классификации ASA. Возраст оперированных пациентов – от 19 до 86 лет, средний возраст $-45,9 \pm 15,2$ года.

В группе оперированных было 198 женщин и 112 мужчин. В плановом порядке прооперированы 280 пациентов (87,5%): 246 из них – из-за болей по ходу вен, что вынуждало пациентов регулярно употреблять анальгетики, судорог по ночам, зуда кожи по ходу варикозных вен, несмотря на проводимую консервативную терапию; 34 пациента – из-за трофической язвы венозного генеза голени площадью до 10 см^2 на глубину до поверхностной фасции. В ургентном порядке было прооперировано 39 пациентов (22,5%): 9 в связи с кровотечением из трофической язвы голени; 12 – из-за разрыва варикозного узла; 18 – по поводу острого варикотромбофлебита. Всем пациентам до оперативного вмешательства произведено дуплексное сканирование как поверхностных, так и глубоких вен с определением их проходимости, состояния клапанного аппарата, наличия рефлюкса и его распространения.

Характер развития ПХЗВ нижних конечностей у 170 пациентов (53,1%) носил нисходящий характер, восходящий – у 52 пациентов (16,2%), а у 98 (30,6%) – смешанный. Анализ причин выбора офисной хирургии показал, что 154 пациента (48,1%) выбрали данный вариант в связи с семейными обстоятельствами (необходимость ухода за тяжелыми лежачими больными родственниками или детьми); 62 (19,3%) – из-за нежелания пребывать в условиях любого стационара; 51 (15,9%) – по экономическим соображениям; 53 (16,6%) – в связи с профессиональной деятельностью.

Оперативные вмешательства производились после получения информированного согласия. Использовали только тумесцентную анестезию по Кляйну без использования адреналина. У 170 пациентов (53,1%) с нисходящим характером развития ПХЗВ использовали методику хирургического вмешательства по типу CHIVA, при восходящем характере заболевания у 52 пациентов (16,2%) применили методику ASVAL, у 98 пациентов (30,6%) при смешанных формах заболевания использовали обе указанные методики.

Результат и обсуждение. В своей работе использовали алгоритм и этапность оказания хирургической помощи этим пациентам, рекомендованные Ю.М. Стойко (2014 г.). Кроме того, нами выработаны условия, при которых возможна офисная хирургия вен, а именно: согласие пациента на оперативное вмешательство в амбулаторных условиях при удовлетворительных бытовых и санитарно-гигиенических домашних условиях, адекватная оценка своего состояния до и после операции, возможность самообслуживания в послеоперационном периоде в домашних условиях, комплаентность пациента, согласие и готовность принять меры при возникновении возможных осложнений со стороны послеоперационной раны, стойкий психологический комфорт пациента из-за отсутствия постоянного врачебного наблюдения, обязательное наличие двухсторонней телефонной связи в течение всего послеоперационного периода.

Проведя анализ результатов оперативных вмешательств, было отмечено отсутствие интраоперационных осложнений. Тумесцентная анестезия создавала хорошие условия для выполнения оперативного вмешательства в запланированном объёме, не влияла на гемодинамику пациента, не вызывала аллергических осложнений. Удовлетворительные результаты хирургического лечения (отсутствие боли, судорог, зуда) получены у 95,3% пациентов в ближайшем послеоперационном периоде. Стабильная положительная динамика заболевания на протяжении 3-х лет наблюдения отмечена у 89,9% пациентов. Трофические раны голени площадью до 10 см² зажили на протяжении 10-15 дней у всех пациентов.

У 18 оперированных (5,6%) отмечены осложнения: у 6 –

осложнения со стороны послеоперационных ран (серома – 4 пациента, нагноение послеоперационной раны – 2); у 12 пациентов возник тромбофлебит изолированных ветвей сафеновых вен (8 – на бедре, 4 – на голени). Все пациенты на протяжении 5-7 дней употребляли антибиотики, флеботропные лечебные препараты на протяжении месяца и носили эластический трикотаж (гольфы или чулки) второго класса компрессии.

Выводы. Использованный нами комплекс для хирургического лечения пациентов с общей оценкой их физического статуса, не выше второго класса по ASA с осложненными формами ПХЗВ в условиях офисной хирургии, сочетающий тумесцентную анестезию, строго индивидуальные, малотравматические гемодинамические операции, использование внутридермальных швов, которые не удаляются, является оптимальным вариантом лечения этой патологии. Получен положительный результат у 95,3% пациентов, со стабильной положительной динамикой – у 89,9% пациентов заболевания на протяжении 3 лет наблюдения, у 5,6% пациентов отмечены осложнения на оперированной конечности.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУПОЧНОЙ ВЕНЫ В КАЧЕСТВЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ MESO-REX ШУНТИРОВАНИЯ

Гордионик Д. М., Денисов С. Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Внепеченочная обструкция воротной вены – основная причина портальной гипертензии у детей. Традиционные оперативные вмешательства применяют при неэффективности консервативной терапии или при наличии клинически значимого синдрома гиперспленизма. Разработка и внедрение метода Meso-Rex шунтирования, для перенаправления