

реканализированной пупочной вены проводился позади желудка через брыжейку поперечной ободочной кишки к верхней брыжеечной вене. Анастомоз «конец в бок» непрерывным швом с использованием монофиламентной нити 6-0.

Результаты и обсуждение. Средняя длина пупочной вены составила 15 см, средняя длина реканализированной пупочной вены – 10 см. Успешной реканализации удалось добиться в 8 (80%) пупочных венах. 2 пупочные вены не были реканализированы из-за сращения интимы и субинтимальной диссекции. Средний диаметр реканализированной пупочной вены составил 0,5 см до реканализации и 1,2 см после механической и гидравлической реканализации. 8 образцов пупочной вены были направлены на гистологическое исследование. Просвет 6 (75%) из 8 образцов был выстлан эндотелиальными клетками.

Выводы. Проведенное нами исследование подтверждает возможность использования пупочной вены в качестве аутотрансплантата для выполнения Meso-Rex шунтирования.

Длина реканализированной пупочной вены позволяет выполнить прямой анастомоз с верхней брыжеечной веной.

Использование пупочной вены с одним анастомозом в качестве шунта – несомненное преимущество, позволяющее избежать разрезов на шее и бедре.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Дубровщик О. И., Красницкая А. С., Гузень В. В.,
Хильмончик Я. И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей регистрируется у 10-15% взрослого населения. В Республике Беларусь варикозной болезнью сосудов нижних конечностей страдают 2,5-3 млн. человек, т.е. 25-30%

населения. Из них у 10-15% развивается ХВН и примерно 40000 человек страдают трофическими язвами (ТЯ) венозного генеза. У 1-3% пациентов отмечается ежегодная стойкая потеря трудоспособности, а у 10-12% – временной нетрудоспособности, обусловленной развившимися осложнениями. Грозным осложнением ХВН является тромбоз глубоких вен (ТГВ) и как следствие – посттромбофлебитический синдром (ПТФС), развивающийся у 20-50% пациентов, перенесших ТГВ нижних конечностей, у 7-10% случаев заболевание протекает в тяжелой форме, с образованием трофических язв. У 60% пациентов с ПТФС развиваются постоянные прогрессирующие отеки нижних конечностей, рецидивирующие трофические язвы, дерматиты, которые становятся причиной длительных страданий пациентов. Современные подходы к лечению, несмотря на ожидаемое улучшение результатов лечения ТЯ венозного генеза, не удовлетворяют хирургов и диктуют необходимость поиска возможных способов улучшения трофики мягких тканей нижних конечностей и эпителизации ТЯ.

Цель: на основе изучения собственных данных оценить эффективность комплексного лечения пациентов с ТЯ нижних конечностей венозной этиологии для его оптимизации и профилактики осложнений.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 731 пациента с ТЯ нижних конечностей при ХВН и ПТФС, госпитализированных в клинику общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с 2013 по сентябрь 2018 гг. Мужчин было 185 (25,3%), женщин – 546 (74,7%), средний возраст 57 ± 3 года, длительность заболевания пациентов была в пределах от 5 до 20 лет. У 541 (74%) пациента ТЯ открылись на фоне ПТФС, у 243 (45%) из них ПТФС развился как осложнение тромбофлебита в бассейне подколенно-бедренного сегмента глубокой венозной системы нижних конечностей, у 152 (28%) пациентов – тромбофлебита вен голени и у 146 (27%), как осложнение тромбофлебита на уровне подвздошно-бедренного сегмента венозной системы. У 190 (26%) пациентов ТЯ открылись на фоне ХВН нижних конечностей в стадии декомпенсации. Язвенно-некротические дефекты

локализовались преимущественно на передне-внутренней поверхности голени в 63% случаев, у 11% – наблюдали циркулярные язвенно-некротические дефекты голени, у 17% – в области голеностопного сустава и у 9% – на стопе. У всех исследуемых пациентов с ХВН и ПТФС нижних конечностей при поступлении в стационар диагностический комплекс включал: оценку анамнестических данных и клиники, УЗИ с доплероскопией вен и артерий нижних конечностей (рац. предложение №23 от 09.11.2017), реовазографию, общеклинические и биохимические исследования крови, микробиологическое исследование качественного состава микрофлоры, по показаниям – цитологические отпечатки с поверхности язв и определение в динамике чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Результаты и обсуждение. Лечебная тактика строилась на принципе взаимосвязанных этапов лечения ТЯ венозной этиологии, включала комплексное медикаментозное и хирургическое лечение, компрессионную терапию нижних конечностей. Первый этап лечебной тактики включал первичную хирургическую обработку и санацию ТЯ в динамике. После купирования гнойно-воспалительного процесса и удовлетворительной санации, лечение ТЯ включало, по возможности, устранение флебогипертензии. Оперативное лечение заключалось в проведении этапных некрэктомий и вскрытия гнойных затеков, после проведения которых у 257 (35,2%) пациентов на 10-13 сутки отмечалось очищение ТЯ. Флебэктомия выполнена у 95 (13%) пациентов, у 26 (3,6%) – аутодермопластика ТЯ голени, у 9 (1,2%) из них наступил некролиз кожного трансплантата, повторные попытки дермопластики у этих пациентов были безуспешными. Заживление язв отмечено 472 (64,6%) пациентов, у 259 (35,4%) заживление язв не наступило, пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы. Проблема лечения ТЯ нижних конечностей венозного генеза далека от разрешения. Определяя тактику лечения пациентов с осложненными формами ХВН нижних конечностей необходимо учитывать, что радикальная коррекция

флебодинамики невозможна у подавляющего большинства пациентов. Современные подходы к лечению, несмотря на ожидаемые новации, трофических язв венозного генеза неразрывно связаны с пожизненным обязательным проведением курсов комплексной медикаментозной терапии с включением немедикаментозных и физических факторов. Лечение данной сложной категории пациентов должно быть комплексным, систематическим в условиях поликлиники и стационара, 3-4 раза в год, с обязательным ношением компрессионного трикотажа II-III класса компрессии. Большое значение следует придавать позиции и информированности пациентов в отношении прогрессирования заболевания для своевременного обращения за врачебной помощью и выполнения рекомендаций лечащего врача поликлиники и стационара.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

Игнатович И. Н., Володкович Н. Н., Черноморец В. В.,
Малиновский М. В., Храпов И. М., Корниевский Д. В.,
Качан Л. Н.

БГМУ, УЗ «10-я ГКБ г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. До настоящего времени остаются спорными вопросы, касающиеся необходимого объема вмешательства при венозных язвах. Ряд авторов считает необходимым в дополнение к хирургии стволов и притоков подкожных вен проводить вмешательства на перфорантных венах. Другие авторы предлагают устранять только вертикальный рефлюкс путем вмешательств на большой подкожной вене (БПВ), малой подкожной вене (МПВ) или других подкожных магистральных венах, создающих венозную гипертензию. Ряд авторов рассматривает компрессионную терапию в качестве ведущей опции в лечении венозных язв и считают эндовенозные