

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Воробьева Е. В.

Ижевский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Бабушкина К. А.

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена взрывным ростом индустрии красоты: по данным ISAPS, в 2019 году в мире проведено более 11,3 млн операций, а в 2022-м – уже около 13,9 млн, с устойчивым ежегодным ростом. Однако ключевая проблема, на которую указывает И. В. Плетянова, – это информационный вакуум. В России отсутствует официальная статистика смертности в эстетической хирургии. Причины: большинство операций выполняется в частных клиниках; в статистической форме № 42/14 нет графы для учета летальности по данному профилю; в частной практике отсутствует иерархия отчетности [1].

Цель. Анализ случаев смерти при эстетических операциях за 2010–2022 гг. и, главное, изучение дефектов оказания медицинской помощи, выявляемых в процессе СМЭ.

Методы исследования. Анализ документов – изучение заключений СМЭ, судебных актов [1]. Наукометрический метод – анализ отечественной и зарубежной литературы [1-3]. Сравнительно-аналитический метод – сопоставление российских и мировых данных [1-3]. Статистический метод – расчет процентных соотношений и частоты встречаемости [1-3].

Результаты и их обсуждение. Кто и на чем умирает? Пациенты: 86% – женщины, 66,7% – до 44 лет (самой младшей 22 года). Операции: Лидеры – вмешательства на туловище и молочных железах. В 5 случаях – симультанные операции, увеличивающие риск [1-2]. Причины смерти. ТЭЛА – 19% (пик – 2-е сутки). Токсическое действие лидокаина – 19% (российская особенность: в половине случаев доза не превышена). Прочие: аллергия, кровотечения, эмболия, сепсис. Проблема: в 22% причину смерти установить не удалось [1-3]. Дефекты оказания медицинской помощи. Масштаб: ДОМП в 55,5% случаев (в среднем 2 дефекта). Связь со смертью – в 90%. Структура: диагностические (75%): неполное обследование, отсутствие наблюдения; лечебно-тактические (90%): ошибки хирурга, дефекты анестезии; специфические (30%): помощь в ненадлежащем месте и неквалифицированными лицами (следствие слабого контроля) [1-3].

Выводы. Эксперту важно знать ТЭЛА и лидокаин [1]. Объективный анализ невозможен без комиссионного подхода с клиницистами [1, 3]. Особое внимание – «экзотическим» ДОМП (ненадлежащее место и лица) [1]. Документация – ключ, ее отсутствие скрывает дефекты [1, 3]. Нужен единый

регистр летальных случаев [1]. Вывод: Летальные исходы – результат цепочки дефектов [1–3]. Роль СМЭ – не только констатировать, но и выявлять «слабые места» отрасли [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанова, С. А. Судебно-медицинская оценка неблагоприятных исходов в пластической хирургии / С. А. Кабанова, А. А. Корсаков, П. О. Ромодановский, Е. Х. Баринов // Судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – Т. 64, № 3. – С. 45–49.
2. Плетянова, И. В. Экспертная характеристика летальных исходов, связанных с оперативными вмешательствами в эстетической пластической хирургии / И. В. Плетянова // Судебно-медицинская экспертиза. – 2023. – Т. 66, № 5. – С. 18–23.
3. Тимербулатов, В. М. Осложнения в эстетической хирургии / В. М. Тимербулатов, О. В. Галимов, Ш. В. Тимербулатов, А. О. Галимов // Клиническая медицина. – 2019. – Т. 97, № 6. – С. 27–32.

СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ И ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ЗОНЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНЕЙ: МЕТОДИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Воронов Д. А., Глизнуца А. С., Лагуттик И. В.

Гродненский государственный медицинский университет
Научный руководитель: канд. мед. наук Ославский А. И.

Актуальность. Трофические язвы венозной этиологии – тяжелое осложнение хронической венозной недостаточности (стадия С6). Частота рецидивов достигает 25–60% в первый год из-за неполного устранения венозного рефлюкса. Сохраняющийся сброс крови через несостоятельные перфорантные вены (горизонтальный рефлюкс) и МПВ (вертикальный рефлюкс) поддерживает гипертензию, препятствуя заживлению.

Цель. Оценить эффективность и безопасность сочетанной ультразвуковой склерооблитерации МПВ и патологических ПВ у пациентов с язвой правой голени.

Методы исследования. В исследование включены 8 пациентов с активной язвой (С6) и рефлюксом в МПВ и ПВ. Рандомизацией сформированы две группы:

1. Основная (n=4): Выполнена комбинированная УЗ-склеротерапия. Под контролем дуплексного сканирования проводили катетеризацию МПВ с введением 3% пены Полидоканола и прицельную склерооблитерацию всех несостоятельных ПВ (диаметр > 3,5 мм) в зоне язвы в сочетании с АДП трофической язвы.

2. Контрольная (n=4): проводилась стандартная консервативная терапия (флеботоники, компрессия, местное лечение) в сочетании с АДП трофической язвы.