

2. Как защитить эндотелий? / В. В. Сабельников [и др.] // Третий Международный хирургический конгресс: материалы конгр., Москва, 21-24 февр. 2008 г. – С. 252-253.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОИТРУЮЩИМИ ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кондратьева В.И.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. Небылицин Ю.С.

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаются важнейшими клиническими проблемами [1, 2].

Цель: выработка оптимальной тактики лечения пациентов с флотирующими тромбозами глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы исследования. В исследование включено 66 пациентов с флотирующими ТГВ. В зависимости от проводимого лечения все пациенты были разделены на три группы. В группе 1 (25 пациентов) применялось консервативное лечение. В группах 2 (11 пациентов) и 3 (30 пациентов) пациентам с эмбологенным флотирующим тромбозом производилось соответственно перевязка магистральной вены и тромбэктомия из магистральных вен.

Результаты. При отсутствии угрозы отрыва тромба (конусообразная головка и широкое основание флотирующей части тромба) проводилось стандартное консервативное лечение. При эмбологенном флотирующем тромбозе выполняли оперативное лечение. В раннем послеоперационном периоде прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось ни в одном случае. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза регрессировали с небольшими остаточными явлениями. В группе пациентов, которым проводилась перевязка бедренной и наружной подвздошной вены, наблюдались стойкий отек нижней конечности, усиливающийся после физической нагрузки, а также боли ноющего характера в икроножных мышцах. Эпизодов ТЭЛА не наблюдалось.

Выводы:

1. Тромбэктомия и перевязка магистральных вен позволяет ликвидировать эмболоопасный флотирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

2. Выбор метода лечения флотирующего тромбоза должен определяться локализацией и распространением патологического процесса, размером флотирующей части тромба, а также временем начала заболевания.

Литература

1. Клецкин, А.Э. Тактические особенности лечения острых флеботромбозов нижних конечностей / А.Э. Клецкин, М.Н. Кудыкин, А.С. Мухин,

П.Ю. Дурандин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2014. – Т.20, №1. – С.117-120.

2. Тромбоэмболия легочных артерий. Как лечить и предотвратить / Под ред. А.И. Кириенко, А.М. Чернявского, В.В. Андрияшкина. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2015. – 280 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кондричина Д.Д., Солонец К.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ассист. Шило Р.С.

Актуальность. Пластика паховых грыж является одной из наиболее частых операций в общей и абдоминальной хирургии в любой стране. Например, в США выполняется более 700000 таких операций каждый год, в России – 200000, во Франции – 110000, в Великобритании – 80000. Высокий процент рецидивов у трудоспособного мужского населения после операции, который увеличивается при гигантских пахово-мошоночных грыжах, заставляет задуматься о наиболее рациональном способе герниопластики. Методику «тотальная экстраперитонеальная герниопластика» (ТЭП) в 1991 году предложил проф. J. Dulucq (Франция). Для исключения возможных повреждений внутренних органов и осложнений, связанных с введением инструментов в брюшную полость и манипуляциями в ней, хирург высказал идею о полностью внебрюшинном методе лечения паховых грыж с использованием лапароскопических инструментов[1]. Исследования и сравнение разных методов лечения при паховых грыж проводились в разных странах, и по-прежнему не удовлетворяют хирургов, т.к. не дают однозначных ответов, а иногда противоречат друг другу.

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической полностью экстраперитонеальной герниопластики у пациентов с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В 2016 г. на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» была выполнена эндоскопическая операция ТЭП 6-ти пациентам мужского пола с односторонними первичными паховыми грыжами. Возраст пациентов был от 24 до 41 года. Размер грыжевых ворот от 3 см до 7 см в диаметре.

Результаты. Время операции варьировало от 50 минут до 1,5 часа. Пациенты были выписаны из стационара на 3-4 сутки после вмешательства, им была разрешена неограниченная физическая активность через 8-10 дней. Все они не нуждались в наркотическом обезболивании. Наиболее частых осложнений при ТЭП пластике - транспозиции сетчатого трансплантата - в ходе наших наблюдений не выявлено.

Выводы. Эндоскопическая операция ТЭП является безопасным и эффективным методом герниопластики паховых грыж. Для ее выполнения