

УДК 616.14-089-008.815-009.613

А. Д. Парахневич, Б. А. Маслянский

Научный руководитель: к.м.н. М. Л. Каплан

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПАРЕСТЕЗИЙ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН

Введение

Варикозная болезнь нижних конечностей – заболевание, характеризующееся первичной варикозной трансформацией поверхностных вен: что приводит к застою крови, деформации сосудистой стенки с образованием варикозных узлов. При отсутствии лечения могут развиваться осложнения: пигментация и утолщение кожи, нарушение кровоснабжения тканей, кровотечение, тромбофлебит, трофические язвы.

По литературным данным этим заболеванием страдает до 25% населения развитых стран [1].

Одним из принципов хирургического лечения варикозной болезни считается ликвидация вертикального рефлюкса по магистральным подкожным венам. Это можно выполнить несколькими способами: традиционная флебэктомия (стриппинг), эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), радиочастотная абляция (РЧА), криофлебэктомия, стволовая склеротерапия [3].

Золотым стандартом лечения варикоза вен нижних конечностей является термооблитерация (ЭВЛК и РЧА), достоинством которой является малая инвазивность, высокая косметичность и низкая частота осложнений [1].

При проведении хирургического лечения данным способом имеется риск развития осложнений, которые принято разделять на клинически незначимые: экхимозы и гематомы небольших размеров, лазер индуцированный тромбоз (ЭХИТ 1–2 степени по классификации Л. Кабника), пигментация и клинически значимые: тромбозы глубоких вен, включая лазер-индуцированный тромбоз (ЭХИТ 3–4 степени), тромбофлебиты, ожоги кожи, лимфостазы и формирование артерио-венозного соустья. Нередким осложнением является парестезия, которая, являясь клинически незначимой, тем не менее доставляет дискомфорт пациентам снижая качество жизни [2].

Цель

Установить частоту встречаемости и причины развития парестезий после проведении хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей методом ЭВЛК.

Материал и методы исследования

Хирургическое лечение проводилось на базе 2-го хирургического отделения УГОКБ в период с 01.01.2021г по 31.12.2023 г. Проанализированы протоколы 534 пациентов, перенесших 643 операции. Оценивались пол, возраст, клинический класс, уровень пункции. Для оценки качества жизни использованы данные интерактивного опроса по шкале CIVIQ во время контрольных визитов в сроки от 3 до 12 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пролеченных пациентов 171 (32%) мужчина и 363 (68%) женщины.

Преобладали люди молодого 214 (40%) и среднего возраста 176 (33%). Четверть всех пациентов составили люди пожилого 114(21,3 %) и старческого возраста 30 (5,6%)

По клиническим классам пациенты распределились следующим образом: класс C₂–101(19%), C₃–352(66%), C₄–51 (9,4%), C₅–15 (2,8%), C₆–15 (2,8%).

Жалобы на парестезии предъявили 69 пациентов (12,9%). Из них 19 мужчин (27,5%) и 50 женщин (72,5%). Чаще всего парестезии возникали при локализации пункции в верхней трети голени 286 (53,6%) и средней трети голени 173(32,4). У 43 пациентов (62,3%) жалобы на онемение исчезли спустя 3 месяца, у 26 пациентов (37,7%) жалобы на онемение сохранялись в течении полугода.

Из 69 пациентов 27 имели сопутствующий диагноз остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

У 50 пациентов (72.5%) степень выраженности симптома не превышала 2 баллов (слегка беспокоит) по шкале CIVIQ. У 19 пациентов (27.5%) она составила 3 балла – (умеренное беспокойство).

ПАЦИЕНТЫ С ЖАЛОБАМИ НА ОНЕМЕНИЕ

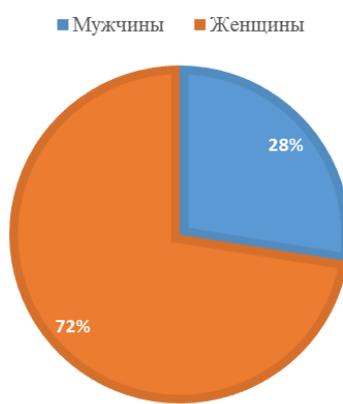


Рисунок 1 – Распределение пациентов с парестезиями по полу

Среди пролеченных пациентов жалобы на парестезии (гипестезии) чаще предъявили женщины, что можно объяснить более запущенным течением заболевания, которое способствовало развитию распространённого вертикального рефлюкса и как следствие требовало более низкой пункции. Случаев гиперестезии не было установлено, что обусловлено адекватно проведенной тумесцентной анестезии во время операции. Также отмечается наличие более частая встречаемость нарушений чувствительности у пациентов, страдающих остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Локализация пункции n=534

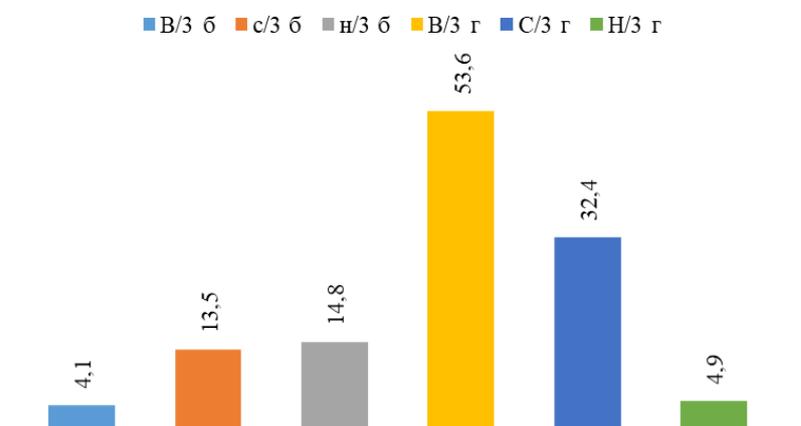


Рисунок 2 – Частота встречаемости парестезий в зависимости от локализации пункции

Отмечается зависимость между локализацией пункции и частотой встречаемости парестезий в послеоперационном периоде. При локализации пункции в нижней и средней третях голени чаще встречается развитие парестезий, это связано с прохождением в этих областях ветвей подкожного чувствительного нерва.

Выводы

1. Парестезии как послеоперационное осложнение лечения варикозного расширения вен нижних конечностей встречается редко (12,9%), не требует дополнительного лечения и существенно не влияет на Качество жизни.

2. Чаще всего парестезии встречаются после ЭВЛК при пункции в верхней трети и средней трети голени.

3. При подготовке пациентов к хирургическому лечению методом ЭВЛК следует предупреждать пациента о возможных осложнениях, одним из которых являются парестезии.

4. Пациентов с длительными жалобами на парестезии следует обследовать на наличие остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

5. Пациентами не было предъявлено жалоб на повышенную чувствительность что свидетельствует о хорошо проводимой тумесцентной анестезии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, К. Варикозное расширение вен: Методы лечения и профилактика / К. Александров. – М.: Невский проспект, 2023. – 128 с.
2. Малышева, И. С. Варикоз. Ранние симптомы, профилактика, лечение / И.С. Малышева. – М.: Вектор, 2023. – 160 с.
3. Степанова, О. В. Варикозное расширение вен. Современный взгляд на лечение и профилактику / О. В. Степанова. – М.: Весь, 2022. – 182 с

УДК 616.24-074.9

Н. М. Пырх, М. И. Астапенко

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Введение

Термин “канцероматоз” обозначает распространение злокачественных опухолевых клеток лимфогенным путем на серозные оболочки организма (плевру и брюшину). В дальнейшем поражаются органы, покрытые данными оболочками. Данная патология не является самостоятельным новообразованием, а лишь является продолжением уже существующего. Наиболее подвержены данной патологии лица мужского пола, пожилого возраста [1,2,3].

Цель

Представлено клиническое наблюдение пациента с генерализованным милиарным канцероматозом легких. Обсудить вопросы сложности дифференциальной диагностики данной патологии с другими заболеваниями и выявить наиболее оптимальный метод диагностики канцероматоза легких.