

Послеоперационные осложнения развились у 11 (9,6 %) пациентов, перенесших аллопластику onlay. Это были серомы послеоперационной раны. Заживление ран достигнуто пункциями и перевязками, оперативного лечения осложнений не потребовалось, пациенты выписаны с выздоровлением на $11,7 \pm 2,7$ сут. Летальных исходов не было. После герниопластики sublay осложнений не зафиксировано.

Выводы

Расположение сетчатого эндопротеза на апоневрозе сопровождается более высоким риском послеоперационных осложнений. Способ аллопластики sublay имеет меньшее количество осложнений и пребывание пациента на койке, несмотря на большую продолжительность операции и потребность в раннем периоде в наркотических анальгетиках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Послеоперационные грыжи живота: распространенность и этиопатогенез / А. С. Ермолов [и др.] // Хирургия. 2017. № 5. С. 76–82. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/hirurgia2017576-82> Дата доступа: 12.03.2022 г.

2. Функционально обоснованные методы аллопластики при лечении больших и гигантских срединных грыж / А. А. Ботезату [и др.] // Вестник Приднестровского университета. 2017. № 2(56). С. 12–18.

УДК 616.147.3/.39-036.12-008.46-089

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Нариманидзе М. Д., Савченко Я. В.

Научный руководитель: ассистент Ю. К. Куликович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — это патологическое состояние, при котором нарушается венозный отток из нижних конечностей. По данным разных авторов, частота ХВН варьирует от 17,9 % в Азии до 28,9 % в странах Восточной Европы и в среднем составляет 24,3 % [1]. Основные факторы, способствующие развитию ХВН, являются снижение тонуса венозной стенки, патологические процессы в лимфатических сосудах и капиллярах, при которых формируется синдром лимфо-венозной недостаточности [2]. Для декомпенсированной стадии хронических заболеваний вен (ХЗВ) характерны прогрессирующие нарушения лимфоотока, которые усугубляют отек нижних конечностей. В хирургическом лечении ХВН выполняли следующие виды операций:

- ЭВАК (Эндовенозная лазерная коагуляция) — высокотехнологичный метод устранения патологического кровотока по магистральным подкожным венам, при помощи лазерного световода.

- Минифлебэктомия по Вареди — малоинвазивная методика лечения ХЗВ нижних конечностей, которая заключается в выведении и удалении варикозно расширенных венозных ветвей с помощью крючков Вареди из отдельных проколов кожи 1–2 мм.

- Флебэктомия по Бэбкокку — хирургическая методика лечения ХЗВ, заключающаяся в удалении стволов большой и малой подкожных вен зондом.

Вследствие прогрессирования хронических заболеваний вен, у пациентов развиваются трофические нарушения нижних конечностей [3]. Данное патологическое состояние является не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой по всему миру, поэтому проблема помощи данной

группе пациентов и анализ оптимального хирургического лечения остается актуальным [4].

Цель

Проанализировать хирургическое лечение и клинико-демографическую характеристику пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ медицинских карт 234 пациентов с хронической венозной недостаточностью, которые находились в отделении сосудистой хирургии учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр» в 2021–2022 гг. на стационарном лечении. Среди всех пациентов мужчины составляют 42,3 % (n = 99), женщин — 57,7 % (n = 135). Все пациенты в зависимости от варианта хирургического лечения были разделены на три группы. Первая группа (n = 38) — пациентам была выполнена эндовенозная лазерная коагуляция вен, вторая группа (n = 44) — пациентам была выполнена минифлебэктомия по Варادي, третья группа (n = 152) — была выполнена классическая флебэктомия по Бэбкокку.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета статистических программ «Statistica» 8.0. Сравнение количественных показателей в двух независимых группах проводилось с помощью критерия Манна — Уитни (U), в трех — Краскела — Уоллиса, данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1; Q3). Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди мужчин и женщин с хронической венозной недостаточностью не было выявлено статистически значимых различий по возрасту: мужчины — 47 (40; 55) лет, женщины — 52 (40; 60) года (U = 5783, $p = 0,08$). Также был проанализирован возраст пациентов в трех группах, который показал, что возраст пациентов 1-й группы составляет 50,5 (39; 58) лет, 2-й группы составляет 41,5 (37; 49,5) лет, 3-й — 51 (42,5; 59) год, различия данных статистически значимы (H = 12,5, $p = 0,0019$). Гендерная структура пациентов трех групп представлена на рисунке 1.

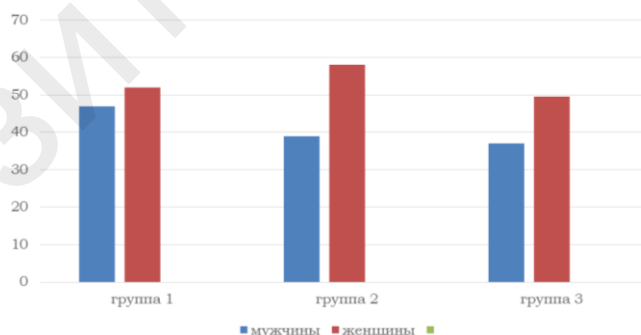


Рисунок 1 — Гендерная структура пациентов трех групп

Был произведен анализ клинических классов по классификации CEAP, по которой пациенты были распределены следующим образом: в 1-й группе преобладали пациенты с варикозным расширением вен и отеком нижних конечностей (C3) (100 %, n = 38), во 2-й группе — преобладали пациенты с C3 (86,4 %, n = 38), количество пациентов с варикозным расширением вен и гиперпигментацией нижних конечностей (C4) составляло 11,4 % (n = 5), среди пациентов, которым была выполнена минифлебэктомия, в 2,2 % (n = 1) случаев была выявлена зажившая венозная язва (C5), в 3-й группе также преобладали пациенты с

СЗ — 86,2 % (n = 131), в 11,5 % (n = 16) случаев у пациентов наблюдалось поражение кожных покровов (С4), в 2 % (n = 3) случаев была выявлена зажившая венозная язва (С5), открытая венозная язва (С6) наблюдалась в 1,3 % (n = 2) случаев.

Пациенты так же были распределены по месту жительства. Пациентов из города было 50,6 % (n = 98), из областных районов 35,2 % (n = 68), пациентов, живущих в деревне 14,8 % (n = 29).

Сравнительный анализ продолжительности оперативного вмешательства среди трех групп показал, что время, затраченное на эндовенозную лазерную коагуляцию вен нижних конечностей, составляло 70 (60; 85) мин, на минифлебэктомию — 100 (80; 115) мин, на классическую флебэктомию — 90 (75; 115) мин (H = 14,9, p = 0,0006). Также было проанализировано количество койко-дней, проведенных пациентами в стационаре. У пациентов первой группы количество койко-дней составляет 4 (4; 4) дня, второй группы — 11 (6; 13) дней, третьей группы — 10 (6; 12) дней (H = 12,5; p = 0,0019).

Выводы

Длительность эндовенозной лазерной коагуляции у пациентов с ХВН (70 (60; 85) мин) ниже, чем при выполнении минифлебэктомии по Варади и флебэктомии по Бэбкокку (p < 0,05). Наибольшая продолжительность стационарного лечения была у пациентов, которым выполнялась минифлебэктомию (11 (6; 13) дней), по сравнению с ЭВЛК и флебэктомии (p < 0,05). Среди пациентов, которым выполнялись оперативные вмешательства по поводу хронической венозной недостаточности, преобладали пациенты с варикозным расширением вен и отеком нижних конечностей СЗ (по классификации CEAP) в трех группах (100, 86,4 и 86,2 % соответственно).

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В. Ю. Особенности фармакотерапии хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В. Ю. Богачев // Амбулаторная хирургия: стационарозамещающие технологии. 2016. №3(4). С. 11-15.
2. Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg, 2015 Nov 17. pii:S1078-5884(15)00699-1. doi: 10.1016/j.ejvs.2015.09.024.Davies AH.
3. Management of chronic venous disorders of the lower limbs / A. Nicolaides [et al.] // Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2015. Vol. 33(2). P. 87-208.
4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2018. № 3. С. 146-240.

УДК 616.718.4-001.5-005.6-06-036.2

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Нариманидзе М. Д., Савченко Я. В., Батт Т. А.

Научный руководитель: ассистент Г. В. Дивович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Переломы проксимального отдела бедренной кости чаще всего встречаются у людей пожилого возраста. Около 30% этих пациентов умирают вследствие гипостатических осложнений, развивающихся из-за вынужденного обездвиживания [1]. Вследствие переломов проксимального отдела бедренной кости наиболее опасными и часто развивающимися являются тромбо-эмболические осложнения (ТЭО) на фоне имеющегося преморбидного статуса пациентов в виде нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также наличия варикозной болезни нижних конечностей (ВБН) и хронической веноз-