

Середній і похилий вік пацієнтів, наявність супутніх захворювань, післяопераційна гіподинамія, гіперкоагулятивні властивості крові являлись фактором ризику виникнення тромбофлебітів неоперованої кінцівки. Звичайно найбільш ефективним засобом профілактики таких тромбофлебітів являлось бинтування другої нижньої кінцівки еластичним бинтом, при цьому особливу увагу слід звертати на ретельність і адекватність бинтування. Було помічено, що саме недостатня компресія і розшарування турів еластичного бинта, а в деяких випадках погана якість еластичних бинтів призвели до післяопераційних тромбофлебітів на протилежній кінцівці у 11 (4,5%) хворих. У всіх цих пацієнтів на 3 – 6 день після венектомії ми були змушені виконати операцію – Троянова-Тренделенбурга.

В ранньому післяопераційному періоді всім хворим проводилась антикоагулянтна та дезагрегантна терапія (гепарин або клексан підшкірно, а також трентал та аспірин в таблетованому вигляді).

Таким чином, для профілактики післяопераційних тромбофлебітів значну увагу слід приділяти якості та адекватності еластичного бинтування контралатеральної кінцівки, а також важливе значення має раннє вставання хворих, застосування антикоагулянтних та дезагрегантних препаратів.

ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНА ТОРАКОПЛАСТИКА В ХІРУРГІЇ СУЧАСНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

І.Д. Дужий, В.П. Шевченко, Г.І. П'ятикоп (Суми)

Торакопластику в її екстра плевральному варіанті було запропоновано майже 100 років тому Багером, а втілено в життя Фрідріхом. В ті часи, за відсутності антибактеріальних препаратів, поряд з пневмотораксом ця операція була основним методом лікування інфільтративних та деструктивних форм туберкульозу легень. Ера антибіотиків сприяла розвитку резекційної хірургії. Останні два десятиріччя минулого століття характеризувались розвитком первинної і вторинної стійкості мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних засобів. Частіше почали зустрічатись розповсюджені та задвлені форми туберкульозу легень. Успіхи резекційної хірургії зменшились. Але ж лікувати хворих та боротись із джерелом туберкульозної інфекції потрібно. У зв'язку з цим ми розширили показання до операції і бачимо їх такими: 1) форми туберкульозу легень, обтяжувальні обставини при яких не дозволяють виконати резекційні втручання; 2) дисеміновані форми туберкульозу із розпадом на верхівці однієї з легень; 3) дисеміновані форми туберкульозу з каверною більше 5 см на верхівці однієї і не більше 2 см на верхівці іншої легені; 4) залишкові порожнини після часткової резекції легень; 5) хронічні форми верхівкового плевриту за протипоказань до плевректомії; 6) емпієма плеври після пневмо – та плевропневмонектомії.