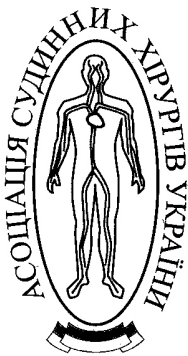


Том 6 1'2013

клінічна
ФЛЕБОЛОГІЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ ✕ CLINICAL PHLEBOLOGY
український науково-практичний журнал



оригінальні дослідження
стандарти лікування
огляди, дискусії
нестандартні ситуації хірургії судин
зарубіжний досвід
з'їзди, конгреси, конференції

ДУ «Національний Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова
НАМН України»

Асоціація судинних хірургів України

клінічна ФЛЕБОЛОГІЯ

Том 6

1'2013

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ №13964-2937Р від 8.05.2008,
видане Міністерством юстиції України

український науково-практичний журнал

Видавець – ГО «Рух за здоров'я нації»
Директор – Гаврилова О. В.
Відповідальний секретар – Соломченко О. В.
Літературний редактор – Кожухар І. А.
Коректор – Черненко В. М.

Головний редактор Чернуха Л. М.
Заст. гол. редактора Гуч А. О.
Секретар ред. колегії Ратушнюк А. В.

Підписано до друку з оригінал-макета
11.04.2013 р.
Формат А4
Папір офсетний
Ум. друк. арк. 17
Тираж 1 000 прим.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Безродний Б. Г.
Бобров О. Є.
Богачов В. Ю. (Москва, Росія)
Венгер І. К.
Губка О. В.
Гудз І. М.
Кириєнко О. І. (Москва, Росія)
Кобза І. І.
Мішалов В. Г.
Нікульников П. І.
Партч Хуго (Вена, Австрія)
Піптюк О. В.
Родін Ю. В.
Русин В. І.
Сморжевський В. Й.
Стойко Ю. М. (Москва, Росія)
Шайдаков Є. В. (Ст.-Петербург, Росія)
Шор Н. А.
Штутин О. А.

Усі права стосовно опублікованих статей
належать видавцеві.

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів,
опублікованих у цьому виданні, допускається
лише за письмовим дозволом редакції.

Відповідальність за достовірність інформації,
що міститься в матеріалах цього видання,
несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламно-
інформаційних матеріалів несе рекламодавець.

© Клінічна флебологія
© Клиническая флебология
© Clinical Phlebology
© Асоціація судинних хірургів України

ЗМІСТ

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

- 6 CURRENT RESULTS AND RUTURE NEEDS FOR CAROTID STENTING
K. Balzer

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Захворювання аорти та її гілок

- 13 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В КЛИНИКЕ МЕТОДА ТЕСТИРОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПОМОЩИ АТОМНО-СИЛОВОГО МИКРОСКОПА
Т. А. Алексеева, Д. Д. Дячук, Ю. М. Гупало, О. Н. Лазаренко, П. М. Литвин, И. В. Прокопенко, Е. А. Швед 81
- 17 СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
Е. А. Власенко, С. Н. Фуркало 84
- 22 ПРОБЛЕМА ІНФЕКЦІЇ ПРИ КАРОТИДНИХ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЯХ
І. М. Гудз, І. В. Дмитрів, Ю. М. Диб'як, О. І. Гудз 87
- 25 ДЕЯКИ АСПЕКТИ ЕТАПНОГО ФОРМУВАННЯ АРТЕРІО-ВЕНОЗНИХ ШУНТІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Д. Б. Домбровський, М. В. Ільчишин, Ю. В. Олінник 89
- 29 ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕСІВ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ПРИ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК
В ЕКСПЕРИМЕНТІ
Д. Б. Домбровський, Р. В. Салютін, В. В. Савін, Ю. Р. Пшиборовська 92
- 33 МУЛЬТИФОКАЛЬНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ, КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА
Д. Ш. Дюба, Ю. В. Родин 95
- 37 ЕНДАРТЕРЕКТОМІЯ З ЗОВНІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ: РАННІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ
І. І. Кобза, А. П. Мельнь, Т. І. Кобза, Р. І. Трутяк, Л. Ю. Гречух, С. А. Лебедева 98
- 41 ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ ВІЛІЗІЄВОГО КОЛА НА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СОННИХ АРТЕРІЙ
І. І. Кобза, Р. І. Трутяк, Т. І. Кобза, А. П. Мельнь, О. І. Трутяк, А. О. Ярка, І. І. Солонинко 99
- 44 СУЧАСНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ
В. І. Ляховський, О. Г. Краснов, О. М. Люлька, О. В. Запорожченко 100
- 46 ЗАСТОСУВАННЯ БАЛОННОЇ АНГІОПЛАСТИКИ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ КРОВОПЛИВУ ПО АРТЕРІЯХ НИЖНІХ КІНЦІВОК
В. І. Ляховський, Р. П. Сакевич, Г. А. Оксак, Дем'янюк Д. Г., О. М. Безкоровайний, А. Л. Боркунов 104
- 49 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОГОУРОВНЕВЫМИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ
П. И. Никульников, А. Н. Быцай, А. И. Яценко 109
- 51 ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ОБЛІТЕРУЮЧОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК, ЯКИЙ СУПРОВОДУЄТЬСЯ
ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ, НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ
О. В. Пиптюк, С. Б. Телемуха, В. О. Пиптюк 114
- 54 КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА И ЕЁ РОЛЬ В ВЫБОРЕ АДЕКВАТНОГО МЕТОДА ИНФРАИНГВИНАЛЬНОЙ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ
В. Н. Пшеничный 117
- 57 СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ НА ЧЕРЕВНОМУ ВІДДІЛІ АОРТИ ТА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)
В. М. Роговський, В. В. Яцун, О. М. Борківець, Ю. М. Олійник, О. С. Родіонов 119

Тромбози глибоких вен нижніх кінцівок і тазу

- 60 ТРОМБОТИЧНІ УСКОПЛДНЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ І ПОРОДІЛЬ (ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА)
Васильюк Я. І., Нестеренко В. Л., Чабан Р. І., Ковальчук В. В. 120
- 62 ВАРИКОЗ ТАЗОВИХ ВЕН І ЙОГО КЛІНІЧНА ЗНАЧИМІСТЬ
Гудз І. М., Генік Н. І., Волошин М. М., Гудз О. І. 125
- 65 РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН. ЧИ МОЖЛИВО ЗАПОБІГТИ РОЗВИТКУ ПОСТФЛЕБІТИЧНОГО СИНДРОМУ
Гупало Ю. М., Швед О. Є., Лазаренко О. М., Шамрай-Сас А. В., Наболотний О. І., Бондар С. Є. 126
- 68 РЕЦИДИВ ВАРИКОЗНОЇ БОЛЕЗНИ В БАСЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЇ ВЕНЫ
Гуч А. А., Чернуха Л. М., Тодосьев А. В., Боброва А. О. 144
- 71 ТРОМБЕКТОМІЯ З ЗАГАЛЬНОЇ СТЕГНОВОЇ ВЕНИ З НАКЛАДАННЯМ ОМЕГА-ПОДІБНОГО ШВУ
Діденко С. М., Субботін В. Ю., Куцин А. М., Дорошенко А. М. 145
- 74 ГІСТОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ ТРОФЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ
Домбровський Д. Б., Салютін Р. В., Олінник Ю. В., Ільчишин М. В. 146
- 78 ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОСЛОЖНЕННОЙ
ЛИПОДЕРМОСКЛЕРОЗОМ И ФАСЦИОКОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ
Дрюк Н. Ф., Евсеев В. Е., Закураева М. А. 147

- 81 ГИБРИДНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ФОРМЫ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Дрюк Н. Ф., Барна И. Е., Альтман И. В., Киримов В. И.
- 84 СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК
Косинський О. В., Бузманов Д. Л.
- 87 ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК: СТРУКТУРА ІНВАЛІДНОСТІ В УКРАЇНІ ЗА 2011 РІК
Косинський О. В., Бузманов Д. Л.
- 89 ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ЕМБОЛЕГЕННІ ТРОМБОЗИ В СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ
Костів С. Я., Венгер І. К.
- 92 МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК
Ляховський В. І., Дем'янюк Д. Г., Безкоровайний О. М., Боркунов А. Л., Ляховська Т. Ю.
- 95 ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Осауленко В. В., Наконечный С. Ю., Матерухин А. Н., Посудевский С. С., Полищук Д. В., Пономаренко А. В., Тория Р. Г., Матвеев С. А.
- 98 ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РИВАРОКСАБАНА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН
Роговський В. М., Яцун В. В., Борківець О. М., Олійник Ю. М., Родіонов О. С.
- 100 ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК
Рябушко Р. М., Ляховський В. І., Дем'янюк Д. Г., Сапун Л. В., Краснов О. Г., Крижановський О. А.
- 104 «ЗА» І «ПРОТИ» ЩОДО РІЗНИХ ДОСТУПІВ ДО САФЕНО-СТЕГНОВОГО З'ЄДНАННЯ
Сабодош Р. В., Сабодош В. А.
- 109 ЭНДОВАЗАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ И Р. I. N.-СТРИППИНГ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ – ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
Сергеев О. А., Люлько И. В., Соколов А. В., Рац И. Г.
- 114 ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗІВ ГЛИБОКИХ ВЕН СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ
Скупий О. М., Мітюк О. І., Хребтій Я. В., Юрець С. С., Татарін О. Є.
- 117 РОЛЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА КАК ФАКТОРА РИСКА В РАЗВИТИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
Сушков С. А.
- 120 МАРКЕРЫ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Сушков С. А., Коробов Г. Д., Скоморощенко В. А.
- 126 СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ
Сушков С. А., Небылицин Ю. С., Самсонова И. В., Мяделец О. Д., Козловский В. И.
- 136 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФУЗНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ: НАИБОЛЕЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ
Чернуха Л. М., Каширова Е. В., Гуч А. А., Влайков Г. Г., Альтман И. В., Тодосьев А. В., Кондратюк В. А.

З'їзди, КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ

Сухаревські читання – ангіологія і судинна хірургія сьогодні

Матеріали Всеукраїнської конференції з міжнародною участю, присвяченої пам'яті засновника судинної хірургії в Україні професора І.І. Сухарева

- 140 ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ВЕНОЗНИМ ТРОМБОЗОМ КЛУБОВО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ
Абрамова О. І., Махмуд Е.
- 141 ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Бойко В. В., Прасол В. А., Питык А. И.
- 141 ТРОМБОТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ І ПОРОДІЛЬ (ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА)
Василіук Я. І., Нестеренко В. Л., Чабан Р. І., Ковальчук В. В.
- 142 АНАЛІЗ УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК
Гошинський В. Б., Гаврилюк М. В.
- 143 ЕНДОВЕНОЗНА ЛАЗЕРНА АБЛЯЦІЯ ЧИ ВЕНЕКТОМІЯ. ЗА І ПРОТИ.
Гупало Ю. М., Швед О. Є., Лазаренко О. М., Шамрай-Сас А. В., Наболотний О. І.
- 144 НАРУШЕННЯ ТРОФИКИ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ
Гуч А. А., Чернуха Л. М., Сморжевский В. И., Тодосьев А. В., Боброва А. О.
- 145 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В БАССЕЙНЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ
Гуч А. А., Чернуха Л. М., Тодосьев А. В., Боброва А. О.
- 146 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАЗМИДНОЙ КОНСТРУКЦИИ С ГЕНОМ VEGF165 В КАЧЕСТВЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА
Деев Р. В., Бозо И. Я., Воронов Д. А., Червяков Ю. В., Староверов И. Н., Швальб П. Г., Калинин Р. Е., Гавриленко А. В., Киселев С. Л., Исаев А. А.
- 146 ДОСЯГНЕННЯ СУЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ
Дибкалюк С. В., Черняк В. А., Мішалов В. Г., Герцен Г. І.
- 147 СПІВВІДНОШЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ОРТОПЕДИЧНИХ СИНДРОМІВ В КЛІНІЧНОМУ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ
Дибкалюк С. В., Черняк В. А., Мішалов В. Г., Герцен Г. І.
- 147 ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВЕННО-РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Дрюк Н. Ф., Гришай С. Е., Киримов В. И.

- 148 РАЗВИТИЕ АРТРОГЕННОГО КОНГЕСТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕНОЗНОЙ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Жуков Б. Н., Каторкин С. Е., Сизоненко Я. В., Исаева Е. С., Жуков А. А. 171
- 149 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ГИБРИДНЫХ И СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ.
Исачкин Д. В., Турлюк Д. В., Янушко В. А. 172
- 150 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АКТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЕЧНО-ВЕНОЗНОЙ ПОМПЫ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Калачёв Е. В., Савинов С. Г., Савинов И. С., Савинова Ю. В. 173
- 151 БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИССЛЕДОВАНИИ МЫШЕЧНО-ВЕНОЗНОЙ ПОМПЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ
Кравцов П. Ф., Каторкин С. Е. 174
- 152 ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА НА ФОНЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ.
Крылов А. Ю., Шулутко А. М., Хмырова С. Е., Манукян И. Г., Серебрянский И. И., Верхоломова Ф. Ю., Кашатников К. В., Петровская А. А. 175
- 152 НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ МИКРОСКЛЕРОТЕРАПИИ
Куликова С. Е., Хлевцова Т. В., Мазайшвили К. В., Цыпляцук А. В., Суворов К. С., Акимов С. С. 176
- 153 К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ МИКРОПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ
Мазайшвили К. В., Куликова С. Е., Хлевцова Т. В., Суворов К. С., Цыпляцук А. В., Акимов С. С. 177
- 153 ТЯЖКА ПОЕДНАНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН
Матвійчук Б. О., Бохонко Р. Л. 178
- 154 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА
Мишалов В. Г., Маркулан Л. Ю., Бейчук С. В., Миргородский Д. С. 178
- 155 ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ВЕНОЗНИМИ ТРОМБОЗАМИ В ПІЗНІ СТРОКИ ЗАХВОРЮВАННЯ
Мишалов В. Г., Миргородський Д. С., Маркулан Л. Ю., Бейчук С. В., Ужанов О. Г. 179
- 156 АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІДІОПАТИЧНИХ ТРОМБОЗІВ
Мишалов В. Г., Селюк В. М., Малиновська Л. Б., Войтович О. І., Ужанов О. Г. 180
- 157 ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
Насыров М. В., Жуков Б. Н., Каторкин С. Е., Яровенко Г. В., Мельников М. А., Кравцов П. Ф. 182
- 158 ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ VEGF-ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ С БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВЫМИ ОККЛЮЗИЯМИ ПОСЛЕ РЕГУЛЯРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК
Никоненко А. С., Губка А. В., Волошин А. Н. 182
- 158 РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЇ АНЕВРИЗМ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ
Нікульніков П. І., Ліксунов О. В., Ратушнюк А. В., Влайков Г. Г., Бицай А. М., Данилець А. О. 183
- 159 ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ
Нікульніков П. І., Фуркало С. Н., Ратушнюк А. В., Власенко Е. В., Ліксунов А. В., Хасянова И. В., Быцай А. Н. 184
- 160 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ
Орлов А. Г., Родин Ю. В. 185
- 162 «НЕТИПИЧНЫЙ» ВАРИКОЗ ПОДКОЛЕННОЙ ОБЛАСТИ
Паринов М. А., Мазайшвили К. В., Хлевцова Т. В. 186
- 162 ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЕНЫ ТЪЕРИ И ФЕМОРОПОПЛИТЕАЛЬНОГО ТРАКТА: В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ?
Паринов М. А., Мазайшвили К. В., Хлевцова Т. В. 186
- 164 ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
Пичка В. В., Родин Ю. В., Дюба Д. Ш., Яснопольская Н. В., Юсупов Р. Ю. 188
- 165 ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЕ
Пичка В. В., Синяченко Ю. О., Кондаурова Т. Н. 188
- 166 ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
Родин Ю. В., Розин Ю. А., Кузьменко О. В., Свицкий Д. М. 188
- 167 ВЛИЯНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА ДИНАМИКУ ГЛАЗНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ.
Родин Ю. В., Коновалова Д. А., Белоусов В. И., Коновалова Е. А. 188
- 168 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Родин Ю. В., Орлов А. Г., Орлова Л. Л. 188
- ✓ 169 ДИСТАЛЬНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ
Русин В. І., Корсак В. В., Русин В. В., Попович Я. М., С. Айзенберг 188
- ✓ 170 КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ
Русин В. І., Корсак В. В., Митровка Б. А. 188
- ✓ 170 РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
Русин В. І., Корсак В. В., Русин В. В., О. А.. Носенко, Попович Я. М.. 188

- 171 СКЛЕРООБЛИТЕРАЦІЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ
Русин В. І., Корсак В. В., Болдіжар П. О., Ряшко М. І.
- 172 ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА
Семенов А. Ю., Румянцев А. Ю., Дробязго С. В.
- 173 ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ
Соломиенко А. О., Трегубенко Ю. А., Кузнецов Н. А.
- 173 ДЕНАТУРАЦИЯ БЕЛКОВ ВЕНОЗНОГО КОМПЛЕКСА В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ
Стойко Ю. М., Мазайшвили К. В., Максимов С. В., Цыплящук А. В., Игнатьева Н. Ю., Захаркина О. Л.
- 174 ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ И ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ.
Стойко Ю. М., Мазайшвили К. В., Хлевцова Т. В., Максимов С. В., Цыплящук А. В., Акимов С. С., Кутидзе И. А., Моренко Д. Н.
- 175 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ И ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ
Стойко Ю. М., Мазайшвили К. В., Хлевцова Т. В., Максимов С. В., Цыплящук А. В., Акимов С. С., Кутидзе И. А., Моренко Д. Н.
- 175 BASIC CLINICAL VARIANTS OF VERTEBRAL ARTERY SYNDROME IN PATIENTS WITH MYOTENOGENIC POSITION EXTRAVASAL COMPRESSION
Sulik V. V., Chernyak V. A., Mishalov V. G., Dybkalyuk S. V., Sulik R. V.
- 176 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕОККЛЮЗИЯХ
Трегубенко Ю. А., Тимофеев А. Ю., Гаврилов А. Н.
- 177 ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИВЫХ ДОНОРСКИХ АЛЛОГРАФТОВ ПАЦИЕНТАМ С ИНФЕКЦИЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ СОСУДИСТЫХ ПРОТЕЗОВ В РАЗЛИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ БАССЕЙНАХ
Турлюк Д. В., Романович А. В., Авдиевич А. Д., Шкода М. В., Кикоин Г. С., Янушко В. А., Бондарев И. Г., Забело О. И.
- 178 ОПЫТ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ДУГЕ АОРТЫ
Фуркало С. Н., Никульников П. И., Тодуров Б. М., Сморгневский В. И., Ратушнюк А. В., Хохлов А. В.
- 178 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 45 БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ II–III СТАДИИ ПО А. В. ПОКРОВСКОМУ-ФОНТЕЙНУ НОВЫМ ГЕННОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ «НЕОВАСКУЛГЕН» В СРОКИ ДО ДВУХ ЛЕТ
Червяков Ю. В., Староверов И. Н., Нерсисян Е. Г.
- 179 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ D-ДИМЕРА И РАСТВОРИМОГО ФИБРИНА ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН
Чернуха Л. М., Луговской Э. В., Платонова Т. М., Тодосьев А. В., Ковальчук В. Н.
- 180 ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ КАК ПРЕДИКТОР ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ИЛИ СЛУЧАЙНОСТЬ?
Чернуха Л. М., Щукин С. П., Тодосьев А. В., Арчакова Т. Н.
- 182 SCALENUS AND VERTEBRAL FASCIAL CANAL
Chernyak V. A., Mishalov V. G., Dybkalyuk S. V., V. Yu. Zоргach, Sulik V. V.
- 182 ОТКРЫТАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
Шайдаков Е. В., Царев О. И.
- 183 РЕГИОНАРНЫЙ КАТЕТЕРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ
Шайдаков Е. В., Царев О. И., Росуховский Д. А.
- 184 ГЕМОДИНАМІЧНА РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ У ВИБОРІ ТАКТИКИ ПРИ ПЛАНУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ
Швед О. Є., Гупало Ю. М., Шамрай-Сас А. В., Наболотний О. І., Бондар С. Є.
- 185 ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИЙ В ВИЗУАЛИЗАЦИИ БАССЕЙНА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ
Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Мазайшвили К. В., Яшкин М. Н., Шебряков В. В., Акимов С. С.
- 186 ГИБРИДНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОУРОВНЕВЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ
Янушко В. А., Ладыгин П. А., Турлюк Д. В., Исачкин Д. В., Черноглаз П. Ф.
- 186 ГИБРИДНЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АНЕВРИЗМ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ДУГИ И НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ
Янушко В. А., Михневич В. Б., Турлюк Д. В., Черноглаз П. Ф.

ДО УВАГИ АВТОРІВ

- 188 УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «КЛІНІЧНА ФЛЕБОЛОГІЯ»

ДИСТАЛЬНА РЕКОНСТРУКЦІЯ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ НИЖНИХ КІНЦІВКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ

В. І. Русин, В. В. Корсак, В. В. Русин, Я. М. Попович, С. Айзенберг

по лучевой или локтевой артерии. Перипреринальная дилатация симпатикомия дает выраженный длительный эффект, что позволяет рассматривать ее, как метод выбора при лечении акральной ишемии кисти. Непосредственное вмешательство на артериях альной дуге в ряде случаев позволяет восстановить магистральный кровоток, что значительно улучшает результаты лечения.

при переехлужении, боли в покое не беспокоили, 1 пациенту в связи с выраженным болевым синдромом и отсутствием эффекта от лечения была выполнена экзартикуляция пальца.

Выводы. Показаньями к операциям на ладонной артерияльной дуге могут быть верифицированные дистальные тромбозы и окклюзия артерий кисти с сохраненным магистральным кровотоком

підколінної артерії – у 12, трил задньої великої мілкової артерії – у 3 та передньої великої мілкової артерії – у 2 пацієнтів. Ендовазкулярне стентування поверхневої стенової артерії виконали у 5 пацієнтів, та підколінної артерії – у 3 хворих. Тривалість роздування балона під час ендовазкулярної чресшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики складоває 34±2,1 с.

У ранньому післяопераційному періоді до 1 року спостереження у 20 (80%) пацієнтів спостерігали задовільний результат, зокрема зменшення інтенсивності симптомів ішемії: відсутність болювого синдрому в спокої та збільшення дистанції ходи; при цьому спостерігали збереження прохідності зони реконструкції при ультразвуковому чи ангіографічному контрольному обстеженні. У 4 (80%) із 5 хворих з некротичними змінами стопи спостерігали тенденцію до обмеження та епіталізації некротичних ран.

У 3 (12%) пацієнтів після виконання чресшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики на протязі року спостерігали прогресування атеросклеротичного ураження артерій голілки та відсутність умов до виконання повторних ендовазкулярних втручань. У віддаленому післяопераційному періоді до другого року спостереження прохідність зони реконструкції спостерігали в 16 (64%) пацієнтів, при цьому зберегти кінцівку вдалося у 17 (68%) пацієнтів.

Висновки:

1. Використання комплексу клініко-інструментальних методів обстеження дає змогу ретельно обстежити хворого з дистальною формою оклюзії та обґрунтувати покази до ендовазкулярної чресшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики та стентування.

2. Застосування мініінвазивних ендовазкулярних втручань при локальному оклюзійно-стенотичному ураженні стеново-підколінно-гомілкового сегменту дозволяє відновити кровообіг та зберегти кінцівку у 68% пацієнтів до другого року спостереження.

стєження пацієнтів.

Матеріали та методи.

В роботі проаналізовано

результати обстеження та лікування 25 хворих із дистальною оклюзійно-стеново-підколінно-гомілкового сегменту (СІІС). Визначення ступені хронічної ішемії у всіх пацієнтів проводили за модифікованою клінічною класифікацією Фонтенна, відповідно хворих з III А ступенем було 7 (28%), III-B – 13 (52%), із IV – 5 (20%).

Всім пацієнтам виконали мініінвазивні ендовазкулярні втручання: чресшкірну транслюмінальну балонну ангіопластику артерії нижніх кінцівок, яку в 8 випадках поєднували з ендовазкулярним балонним стентуванням. Показом до ендовазкулярних мініінвазивних втручань були: локальні сегментарні критичні стенози СІІС довжиною до 10 см та оклюзії довжиною до 3–5 см. Показом до ендовазкулярного балонного стентування були розриви та відшарування інтими після виконання чресшкірної балонної ангіопластики, які небезпечні раним тромбозом зони ендовазкулярної реконструкції та дистальною емболізацією.

Результати та їх обговорення. З метою доступу до водили ангіографію катетеризацію стенової артерії за допомогою ангіопластики дистального сегменту Сельдінгером.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

В. І. Русин, В. В. Корсак, Б. А. Митровка

Венозні трофічні виразки зустрічаються у 2% дорослого населення. На якість життя впливають виразність больового синдрому (80%), безсоння (74%), утруднена гігієна (90%), необхідність підбору зручного взуття (78%). У хворих виникають повсякденні проблеми хворих: страх пошкодити ногу під час ігор із дітьми (26%), боязнь домашніх тварин (34%), припинення контактів із друзями та колегами (27%), активне статеве життя лише у 3% хворих із трофічними виразками, більшість із яких зберігають нормальну потенцію.

Мета: оцінити безпосередні та віддалені результати комплексного лікування хронічної венозної недостатності.

Матеріали та методи. На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака з 2006 року прооперовано 107 хворих з хронічною венозною недостатністю (С6) в стадії декомпенсації.

На основі комплексного ультразвукового обстеження з визначенням вертикального рефлюкса по глибоких та поверхневих венах нижніх кінцівок та горизонтального по перфорантних венах, хворі були розділені на дві групи. Першу групу склало 70 (65,4%) хворих з поверхневою, а другу – 37 (34,6%) хворих з глибокою формою венозної гіпертензії.

У 56 (52,3%) хворих першої групи виконувалася кросектомія, короткий стріпінг та склерооблітерація.

У 51 (47,7%) хворого (14 пацієнтів першої та 37 другої групи) виконували субфасціальну дисекцію перфорантних вен у класичному вигляді.

Усі 107 хворих на етапі доопераційної корекції венозного кровоплину лікувалися консервативно. З метою нормалізації флебогемодинаміки, функції венозної стінки та корекції порушень мікро- та макроциркуляції, реології, лімфообігу та запальних змін застосовували фармакотерапію та компресійне лікування за допомогою пов'язки Уна.

Етіологія трофічних виразок: варикозна хвороба нижніх кінцівок – у 90 (84,1%) пацієнтів, посттромбофлебітичний синдром нижніх кінцівок – у 17 (15,9%) хворих.

Результати та їх обговорення. Основна причина розвитку трофічних виразок полягає у формуванні стійкого патологічного «вертикального» рефлюксу в глибокій і поверхневій венозній системі, а також у наявності «горизонтального» рефлюксу на рівні

комунікантних і перфорантних вен, що розташовані в ділянці нижньої третини гомілки, особливо на її присередній поверхні. Особливості перебігу деструктивного процесу, що виникає внаслідок виражених порушень мікроциркуляції і тканинного обміну, вимагають особливого індивідуального і диференційованого підходу до вибору засобів місцевої терапії трофічних виразок. Низька ефективність існуючих засобів місцевого лікування трофічних виразок вимагає проведення тривалої терапії, яка часто не призводить до загоєння трофічного дефекту, що відтерміновує виконання оперативного втручання, спрямованого на корекцію патологічно зміненої венозної гемодинаміки.

У 50 (46%) хворих площа трофічної виразки становила від 2 до 5 см, у 31 (29%) – від 5 до 10 см, у 26 (25%).

Глибина ураження м'яких тканин за класифікацією Е. Я. Фістала: I – епідерміс; II – дерма, підшкірна жирова клітковина і/або фіброзна тканина; III – м'язи, сухожилля й судинно-нервові пучки; IV – кістково-суглобові структури.

Мікробне обсіменіння поверхневого шару виразки коливається від $7,4 \pm 0,5 \times 10^6$ до $9,9 \pm 2,1 \times 10^6$ і у середньому в 150–1000 разів більше ніж у її глибоких шарах.

Використано різноманітні методи консервативної терапії та хірургічної корекції трофічних виразок: компресія автоадгезивним або звичайним еластичним бинтом, використання гідрогелевих та гідроколоїдних пов'язок, автодермопластика за Яновичем-Чайнським, біологічна та хірургічна некректомія.

Хворим першої групи виконано короткий стріпінг у поєднанні зі склеро облітерацією, хворим другої групи – субфасціальну перевязку перфорантних вен у класичному варіанті.

У хворих другої групи виявлено втричі більше ускладнень, 37% проти 10%. І якщо до операції 64,5% хворих вважали себе працездатними, то через три місяці після проведеного лікування ця цифра зменшилася до 4,7%, а через рік практично усі хворі стали працездатними, 74,8% з них – за умови підтримуючих засобів у вигляді компресійного трикотажу II-III класу.

Висновки. Комплексне консервативне та хірургічне лікування хворих із хронічною венозною недостатністю у стадії декомпенсації корегує поверхневу та глибоку венозну гіпертензію і сприяє повному загоєнню трофічної виразки.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

В. І. Русин, В. В. Корсак, В. В. Русин, О. А. Носенко, Я. М. Попович.

Судинні реконструкційні операції у хворих на цукровий діабет (ЦД) відкривають широкі можливості у збереженні життя пацієнтів з критичною ішемією нижніх кінцівок.

Так, за даними статистики, смертність після реконструктивних судинних операцій у хворих на ЦД становить 2–45, в той час, як після ампутації на рівні стегна вона

коливається між 25–40%. За даними А. В. Покровської зі ст. (2002), через 2 роки після реконструктивної судинної операції у 90% випадків зберігається прохідність аорто-стенових шунтів, у 70% випадків – стеново-шідколінних і у 60% випадків – стеново-шідколінно-томіколінних шунтів. На їх думку, вік хворого і наявність супутніх захворювань самі по собі не є протипоказаннями до реконструктивної операції у хворих ПДІ з ішемічними порушеннями кровообігу нижніх кінцівок

Мета. Вивчити та оцінити результати реваскуляризації нижніх кінцівок при хронічній артеріальній ішемії у хворих на цукровий діабет.

Матеріали і методи: У роботі вивчено та проаналізовано результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 140 хворих, яким виконано прямі методи реваскуляризації у відділенні судинної хірургії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака із приводу хронічної ішемії на фоні діабета-них форм атеросклеротичних оклюзійно-стенозних уражень при цукровому діабеті.

Вік хворих, яким виконували операції втручання, становив від 42 до 74 років (середній вік 59,8±4,2 року), серед них 28 (20%) жінок та 120 (80%) чоловіків. У 32 хворих (22,9%) виявлено ПДІ I типу, у 108 (77,1%) – ПДІ II типу. У стадії компенсації поступило 39 пацієнтів, у стадії субкомпенсації – 101 пацієнт. У всіх хворих діагностовано хронічну ішемію різного ступеню. Згідно модифікованої класифікації Fontain III-A ступінь виявлено у 39 хворих, III-B – у 77 хворих, IV ступінь – у 24 хворих.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультрасунавну доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («Аюка-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; США); рентгеноконтрастну ангіографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспиральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина).

У дослідження не включали пацієнтів з обширними некротичними змінами стопи та голіки; обширними некротичними ураженнями п'яти; декомпенсованим цукровим діабетом.

Практично всіх хворих було переведено на інсулінотерапію до та після операції. Лише 5 хворих із декомпенсованим цукровим діабетом ПДІ було залишено на глюकोзознижучій терапії таблетованими препаратами.

Хворим у 53 випадках виконано ендартеректомію, а у 87 випадках – шунтуючі операції. При виявленні локальної атеросклеротичної бляшки виконували ендартеректомію з автовенною пластикою артерії. У 12 пацієнтів виконано реконструкцію загальної стенової артерії із автовенною пластикою і в 5 випадках додатково із пластикою початкового відділу поверхневої стенової артерії. У 27 пацієнтів виконано ендартеректомію із гунтерового каналу, у 14 пацієнтів – ендартеректомію із підколінної артерії нижче колінного судлобу. Шунтуючі операції у 75 пацієнтів виконано вище колінного судлобу, у 12 хворих – нижче колінного судлобу. У якості пластичного матеріалу використано аутовену у 78 випадках, у 9 випадках – алопротез Gore-Tex.

Тромбоз у ранньому післяопераційному періоді виник у 26 (18,6%) хворих. Причиною тромбозу у шести пацієнтів були технічні орхи, які успішно ліквідовані при повторній операції. У інших хворих незадовільний результат обумовлено оклюзійним процесом в артеріях голіки та стопи. Після виконаної ендартеректомії і збереження пульсації на підколінній артерії у 9 хворих не зникли «болі в спокої». Інфікування алопротезу та арозивна кровотеча виникла у 3 хворих. Загалом, це змусило нас виконати ампутацію кінцівки у 21 (15%) хворого. Померло 10 (5,8%) хворих.

У віддаленому післяопераційному періоді впродовж двох років ще у 14 хворих виконано ампутацію кінцівок. Таким чином, вивчення віддалених результатів прямих реконструктивних операційних втручань по-казало, що у 75% хворих вдалося зберегти кінцівку, а прохідність шунтів та реконструйованих артерій становила 61,4%.

Таким чином, у хворих із хронічною артеріальною ішемією та ПДІ прями реконструктивні операції у двох третилах випадків дають позитивний результат.

Висновки:

1. Обґрунтовуючи тактику хірургічного лікування різних форм ураження нижніх кінцівок у хворих на ПДІ, необхідно в першу чергу вирішувати питання про можливість збереження кінцівки та її опорної функції.
2. Результат використання прямих операційних втручань показав, що у 75% хворих впродовж двох років вдалося зберегти кінцівку, а прохідність шунтів та реконструйованих артерій становила 61,4%.

СКЛЕРОБЛІТЕРАЦІЯ В ЛІКВАННІ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ

В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар, М. І. Рашко

Львівна мета хірургічного лікування гострого варикотромбофлебиту – швидка зупинка тромботичного процесу у варикозних венах, попередження його розповсюдження по підшкірним та перфорантним венам. Б. С. Суковатих (2003), який використовує метод скле-роблітерації, вирізняє 4 форми гострого варикотромбофлебиту: 1) локальний тромбофлебіт – одного або

тотальний тромбофлебіт – охоплює велику і/або малу підшкірні вени на всьому протязі з розповсюдженням у сафено-стегнове і/або сафенопідколінне сполучення. Метод склерооблітерації, як перший етап хірургічного лікування, автор використав у хворих із локальним та розповсюдженим тромбофлебітом. Під час другого етапу через 4–6 тижнів виконувалась радикальна флектомія. Переваги двохетапного хірургічного лікування автор доводить зменшенням відсотку післяопераційних ускладнень.

Мета: вивчити можливість лікування гострого варикотромбофлебіту, використовуючи флектомію у поєднанні із стовбуровою склерооблітерацією.

Матеріал та методи. У відділенні судинної хірургії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака протягом 2009–2012 рр. прооперовано 658 хворих із гострим варикотромбофлебітом. Двадцять шість пацієнтів (3,95%) було відібрано для виконання флектомії з одночасною стовбуровою склерооблітерацією.

Усім пацієнтам виконано ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок із маркуванням неспроможних перфорантних вен гомілки розчином брильянтового зеленого на апаратах «Аloka-3500», Японія та «Zonare», США.

Результати та їх обговорення. Ми дотримуємося активної й радикальної хірургічної тактики у лікуванні гострого варикотромбофлебіту. Радикальне хірургічне лікування передбачає не тільки усунування загрози розвитку глибокого венозного тромбозу й легеневої емболії, але й ліквідацію як самого тромбофлебіту, так і варикозної хвороби.

Згідно із запропонованою нами класифікації при усіх типах гострого варикотромбофлебіту показано операційне лікування. Консервативна терапія

гострого варикотромбофлебіту на гомілці, на нашу думку, є виправданою, коли процес локалізований у басейні великої підшкірної вени, немає неспроможних перфорантів (тип I A) та немає загрози розповсюдження тромбозного процесу в проксимальному напрямку. Але вважаємо недоцільним при стовбуровій формі гострого варикотромбофлебіту залишати тромбовану варикозну велику підшкірну вену на стегні, чекаючи її реканалізації, оскільки не виключений рецидив тромбофлебіту. Необхідно виконати радикальну флектомію або стовбурову склерооблітерацію магістральної вени.

Виконано кросектомію, із окремих доступів на гомілці та стегні видалено тромбовані поверхневі вени. Наступним етапом введено катетер в дистальний відділ великої підшкірної вени на стегні. Хворим виконано стовбурову склерооблітерацію за методикою «foam-form». Використовуючи методику Tessari, переводили препарат в стан мілкодисперсної піни. У хворих із локальним тромбофлебітом стовбура вени піноподібний склерозант доходив тільки до місця тромбозу. Тому необхідно було виділити вену біля медіальної щиколотки і ввести склерозант в антеградному напрямку з метою попередження розповсюдження тромботичного процесу за ходом підшкірної вени та перфорантних вен. Після введення склерозанта накладено компресійний еластичний бинт на 7–9 діб. Одразу після закінчення операції проведено пасивне згинання-розгинання стопи протягом 7–10 хвилин із метою посилення кровотоку в глибокій венозній системі. У післяопераційному періоді хворим призначали нормовен.

Висновки. При локальному типі тромбофлебіту одночасне використання стовбурової склерооблітерації забезпечує припинення розповсюдження тромбозного процесу на глибокі вени, а операційне втручання відповідає принципам мініінвазивності та косметичності.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

А. Ю. Семенов, А. Ю. Румянцев, С. В. Дробязго

Радиочастотная абляция Venefit (РЧА) поверхностных вен может применяться у пациентов с острым варикотромбофлебитом. Приведены результаты лечения 62 пациентов (75% женщин; средний возраст 50 +/- 10 лет) с острым варикотромбофлебитом ствола большой или малой подкожной вены, прооперированных с апреля 2011 по январь 2013 года. Радиочастотная абляция дополненная минифлектомией по Варди выполнена у 61 пациента. У 16 пациентов (26%) уровень тромбоза БПВ доходил до верхней трети бедра. Кроссектомия была произведена лишь в одном случае.

Результаты: лечение проводилось в амбулаторных условиях. Антикоагулянтная терапия в профилактических дозах проводилась стандартно в течение 5 дней. Сроки наблюдения составили 8 месяцев (+/- 53 дня).

Полная облитерация ствола БПВ после РЧА была зафиксирована у 100% пациентов. Тромбоэмболических осложнений не было. Средние сроки нетрудоспособности составили 7 +/- 4 дня.

Заключение: применение метода РЧА позволяет проводить хирургическое лечение пациентов с острым варикотромбофлебитом в амбулаторных условиях. Лечение проводится в один этап, кроссектомия не требуется, даже при распространении тромбоза по стволу БПВ до уровня верхней трети бедра. Пациенты сохраняют полную активность, что является важным фактором для профилактики тромбоэмболических осложнений. Такой подход обладает рядом преимуществ перед традиционной хирургической или консервативной тактикой ведения пациентов с острым варикотромбофлебитом.