ISSN 2072-9367

№ 3 (23) 2014

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МОЗ УКРАЇНИ

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ISSN 2072-9367

№ 3 (23), 2014

Modern Medical Technology

Заснований у 2008 році
Реєстраційне свідоцтво
КВ №14053-3024Р
від 19.05.2008 р.

Засновник:
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Постановою Президії ВАК України від 14.10.09 № 1-05/4 журнал включено до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук

Рекомендовано
Вченою Радою ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»
Запоріжжя
Протокол №5 від 10.09.2014р.

Видавець:
ПП «Агентство Орбіта-ЮГ»
69001 м. Запоріжжя,
вул. Патріотична, 14

Періодичність — 6 разів на рік
Тираж — 500 прим.

Друк:
ТОВ «ВКФ «Арт-Прес»
49010 м. Дніпропетровськ,
Лоцманський узвіз, 10а

Ум. др. арк. — 7
Замовлення № 5413е

Адреса для листування:
Редакція журналу
«Сучасні медичні технології»
69096 м. Запоріжжя,
бул. Вінтера, 20,
Тел/факс: (061) 289-80-82
E-mail: mmtzmapo@gmail.com

Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст рекламних матеріалів — рекламодавці. Передрук опублікованих статей можливий за згодою редакції та з посиланням на джерело

© «Сучасні медичні технології», 2014
www.mmt.zmapo.edu.ua

СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

Державний заклад
«Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України»

Головний редактор: Никоненко О. С. (Запоріжжя)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Заступник головного редактора: Шаповал С. Д.

Балашов Г. В. (Запоріжжя)

Бараннік Н. Г. (Запоріжжя)

Березницький Я. С. (Дніпропетровськ)

Бойко В. В. (Харків)

Бучакчийська Н. М. (Запоріжжя)

Гринь В. К. (Донецьк)

Гриценко С. М. (Запоріжжя)

Гук І. І. (Відень, Австрія)

Гусаков О. Д. (Запоріжжя)

Дзяк Г. В. (Дніпропетровськ)

Завгородній С. М. (Запоріжжя)

Завгородня Н. Г. (Запоріжжя)

Запорожан В. М. (Одеса)

Калінін Р. Є. (Рязань, Росія)

Книшов Г. В. (Київ)

Коваленко В. М. (Київ)

Ковальов О. О. (Запоріжжя)

Ковальчук Л. Я. (Тернопіль)

Колесник Ю. М. (Запоріжжя)

Кошля В. І. (Запоріжжя)

Лазоришинець В. В. (Київ)

Лоскутов О. Є. (Дніпропетровськ)

Луценко Н. С. (Запоріжжя)

Милиця М. М. (Запоріжжя)

Мішалов В. Г. (Київ)

Мягков О. П. (Запоріжжя)

Ничитайло М. Ю. (Київ)

Овчаренко Л. С. (Запоріжжя)

Просвєтов Ю. В. (Запоріжжя)

Решетілов Ю. І. (Запоріжжя)

Русин В. І. (Ужгород)

Фуркало С. М. (Київ)

Фуштей І. М. (Запоріжжя)

Ярешко В. Г. (Запоріжжя)

Секретарі: Дмитрієва С. М., Рязанов Д. Ю.

Відповідальний секретар: Одринський В. А.

Зміст

4 Оригінальні дослідження

4 Стан судинного ендотелію та гістологічна структура м'язової тканині у хворих з хронічною ішемією кінцівок
Салютін Р. В., Паляниця С. С., Панченко Л. А., Борис Р. М., Шаблій В. А.

9 Роль прееклампсії в розвитку акушерських і перинатальних ускладнень
Лоскутова Т. О.

16 Дизрегуляционная патология у больных платинорезистентностным раком яичников
Дубинина В. Г., Рыбин А. И., Кузнецова О. В., Лысенко М. А.

22 Особливості мікробіоценозу піхви у жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки
Запорожченко М. Б.

27 Прогностическое значение экспрессии CD-34 в опухолях больных раком молочной железы
Щуров Н. Ф.

32 Роль АВС-кассетных транспортеров (pGp, MRP1, BCRP) в развитии первичной и приобретенной множественной лекарственной резистентности у больных ранним и метастатическим раком молочной железы
Ковалев А. А., Грудинская Т. В., Цветаева-Берест Д. А., Семенова Т. А., Кузнецова Т. П.

38 Анализ антибактериальной чувствительности микроорганизмов при несостоятельности толстокишечных анастомозов
Милица Н. Н., Солдусова В. В., Казаков В. С., Постоленко Н. Д., Маслов А. И., Тушинский К. С.

43 Особенности временного гемостаза при лапароскопических резекциях почек
Люлько А. А., Бурназ А. О., Сагань А. С., Никитюк И. Н., Варвашеня М. В., Макар Е. И.

48 Сравнительная оценка результатов трансуретральной резекции и трансвезикальной аденомэктомии у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров
Люлько А. А., Бурназ А. О., Никитюк И. Н., Сагань А. С.

54 Оценка эффективности лечения простых кист почек с использованием малоинвазивных методов
Варвашеня М. В.

58 Остеопения после перелома длинных костей
Побел Е. А.

63 Клиническая классификация осложненных форм хронического остеомиелита длинных костей
Побел А. Н., Трибушной О. В., Кляцкий Ю. П., Побел Е. А., Труфанов И. И.

66 Магнитно-резонансная томография в оценке вертебро-медуллярного конфликта при патологических компрессионных переломах позвоночника
Мягков А. П., Мягков С. А., Семенцов А. С., Наконечный С. Ю.

72 Стан системної гемодинаміки, пружно-еластичних властивостей артеріальних судин та варіанти медикаментозного впливу у пацієнтів з коморбідною кардіопульмональною патологією
Фуштей І. М., Мирний Д. П., Мирна А. І.

81 Тромбэктомия из нижней полой вены при флотирующем тромбе у пациента детского возраста*Никоненко А. А., Буга Д. А., Русанов И. В.*

85 Огляд

85 Репродуктивный потенциал. Состояние проблемы на современном этапе (обзор литературы)
Шаповал О. С.

92 Оригінальні дослідження

92 Досвід оцінки чутливості регіональних систем охорони здоров'я на підставі опитування домогосподарств
Крячкова Л. В.

99 Аналіз показників діяльності лікувально-профілактичних закладів первинного рівня з різною моделлю організації педіатричної допомоги
Фершал Я. Ю.

104 Профундопластика у поєднанні з непрямими методами реваскуляризації
Русин В. І., Корсак В. В., Русин В. В., Горленко Ф. В., Лангазо О. В., Машура В. В., Носенко О. А.

УДК: 616.13-004.6-007.271-031.38-089.168

В. І. Русин, В. В. Корсак, В. В. Русин, Ф. В. Горленко, О. В. Лангазо, В. В. Машура, О. А. Носенко
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ПРОФУНДОПЛАСТИКА У ПОЄДНАННІ З НЕПРЯМИМИ МЕТОДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ

Мета дослідження. Розробка та втілення в клінічну практику різних способів профундопластики в комбінації та без непрямих методів реваскуляризації при критичній ішемії нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Пластику глибокої артерії стегна (ГАС) виконали у 28 пацієнтів основної групи у поєднанні з реваскуляризуючою остеотрепанацією (РОТ) та у 24 пацієнтів контрольної групи, як первинне операційне втручання при оклюзії стегново-підколінно-гомілкового сегмента.

Результати. Проведений кумуляційний аналіз за Каплан-Майєром збереження кінцівок у віддаленому післяопераційному періоді показав, що в перші два роки майже 50% хворих втрачають кінцівку після виконання РОТ та РОТ–профундопластика. До трьох років спостереження РОТ+профундопластика дає 47,7%, а ізольована профундопластика тільки 42,4% збережених кінцівок.

Висновок. Профундопластика у поєднанні з непрямими методами реваскуляризації дає кращі клінічні результати.

Ключові слова: профундопластика, непрямі методи реваскуляризації.

Критична ішемія нижніх кінцівок є основним показанням до первинної реконструктивної операції, оскільки лише відновлення магістрального кровообігу може зберегти кінцівку та покращити якість життя пацієнтів [2, 3, 4]. Але у 17–70% хворих з критичною ішемією, внаслідок ураження дистального судинного русла, немає умов для виконання реконструктивних операцій, що обумовлює високу частоту первинної ампутації кінцівки – до 25–90% [4, 5, 6].

Відсутність умов для виконання реконструктивної операції при атеросклеротичних оклюзійно-стенотичних ураженнях стегново-підколінно-гомілкового сегмента змушує хірургів розробляти і впроваджувати непрямі хірургічні методи реваскуляризації, спрямовані на покращення колатерального кровообігу, збільшення об'єму мікроциркуляторного русла, стимуляції неоангіогенезу [5].

Мета дослідження. Розробка та втілення в клінічну практику різних способів профундопластики в комбінації та без непрямих методів реваскуляризації при критичній ішемії нижніх кінцівок.

Матеріали та методи

Пластику глибокої артерії стегна (ГАС) виконали у 28 пацієнтів основної групи у поєднанні з реваскуляризуючою остеотрепанацією (РОТ) та у 24 пацієнтів контрольної групи, як первинне операційне втручання при оклюзії стегново-підколінно-гомілкового сегмента.

Пластика ГАС за допомогою аутовенозної латки виконана у 40 пацієнтів. Забір сегмента великої підшкірної вени виконували в 10 випадках у нижній третині гомілки біля медіальної кісточки, у 30 випадках – в ділянці операційної рани.

У 2 хворих у зв'язку з відсутністю придатної вени для пластики виконано аутоартеріальну пластику. При цьому відсікали оклюзовану поверхневу стегнову артерію (ПСА) на відстані, виконували дезоблітерацію культі ПСА, з якої формували латку для пластики (рис. 1). У шести випадках виникли серйозні труднощі при виконанні ендартеректомії (ЕАЕ) із загальної стегнової артерії (ЗСА), біфуркації ЗСА та ГАС. У двох із шести випадків виконано резекцію ЗСА з алопротезуванням ЗСА та початкового сегмента ПСА та імплантацією ГАС в алопротез (рис. 2). У шести хворих виконана операція загально-стегново-глибокостегнового аутовенозного шунтування, у двох хворих – реімплантація РСА в поверхневу артерію стегна.

З 1991 року в практичній медицині широко використовують метод лікування ішемії нижніх кінцівок, що запропонував Ф. Н. Зусманович. Суть методу полягає у збільшенні кровообігу в кінцівці шляхом нанесення перфораційних отворів в трубчатих кістках ураженої кінцівки. Виконується трепанація кортикальної пластики до кістково-мозкового каналу, частіше стегнової і великогомілкової кісток, іноді кісток таза та стопи, таким чином, щоб в кожній кістці було по 6–9 отворів.

Основним показанням до РОТ вважали оклюзію підколінно-гомілкового сегменту при ураженні 2–3 артерій гомілки. Однак, при оклюзії артерій стопи, глибоких некротичних змінах стопи виконувати РОТ недоцільно.

Рис. 1. Протезування загальної стегново-поверхневої артерії з імплантацією ГАС в протез: а) схема патології; б) рівні відсічення біфуркації загальної стегнової артерії; в) загально стегново-поверхневе алопротезування з імплантацією ГАС в протез

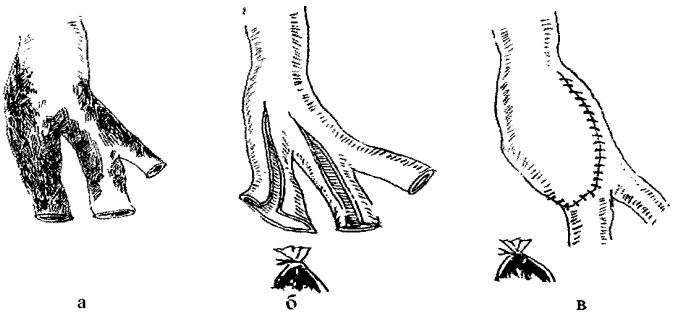

Рис. 2. Автоартеріальна профундопластика: а) схема патології; б) схема розрізів по поверхневій та глибокій артерії стегна після ендортеректомії; в) аутоартеріальна заплата вшита в ГАС

Результати досліджень та їх обговорення

При атеросклеротичному ураженні артерій стегново-підколінно-гомілкового сегмента ГАС може довгий час залишатися інтактною. Її чисельні колатеральні анастомози здатні до певної міри компенсувати кровообіг у гомілці та стопі. Однак колатеральний кровообіг не буде компенсованим за наявності ураження наступних ділянок: стеноз гирла ГАС, оклюзійно-стенотичне ураження гілок проксимальної частини ПА, оклюзія ПА та магістральних артерій гомілки.

Профундопластика об'єднує втручання, які розширюють просвіт початкового відділу ГАС. Виділяють два види ізольованої профундопластики залежно від типу пластичного матеріалу: аутовенозну та аутоартеріальну. Аутовенозна пластика полягає у закритті артеріотомного отвору латкою з аутовени (рис. 3), аутоартеріальна – за допомогою латки з початкового відділу оклюзованої поверхневої артерії стегна. Використання алопластичного матеріалу в якості латки більшість авторів відкидає.

При локальному стенозі гирла ГАС виконували операцію дисталізації з аутовенозною заплатою з переносом біфуркації в дистальному напрямку. При локальному стенозі >75% виконували тромбендартеректомію з гирла ГАС із аутовенозною заплатою загальної та глибоких артерій таким чином, щоб вона розширювала гирла обох стовбурів. При наявності неповної або повної оклюзії гирла ГАС з пролонгованим стенозом 7 см із подальшим збереженням просвіту артерії виконували профундопластику у вигляді стегново-глибокостегнового шунтування або реімплантацію дистальної прохідної частини у поверхневу артерію стегна (рис. 3 (а, б, в)).

При виконанні тромбендартеректомії із гирла ГАС, дисталізація виконувалась у «класичному вигляді» з переносом біфуркації дистальніше на 7 і більше сантиметрів. Коли бляшка в ГАС була більш пролонгованою і виникала небезпека можливого згортання бляшки в просвіт ГАС тромбендартеректомія не виконувалась, а по передній поверхні новосформованої біфуркації вшивалась аутовенозна заплата (рис. 3 (г)).

Основною особливістю профундопластики, як самостійної операції, було виділено ГАС дистальніше місця перекидування через останню глибокої вени стегна, яка пересікалась, прошивалась і перев'язувалась з обох кінців.

При локальному стенозі на грані оклюзії ГАС (стеноз > 75%) виконували операцію тромбендартеректомії з гирла ГАС з аутовенозною заплатою загальної стегнової та глибокої стегнової артерії, формуючи її таким чином, що вона клиноподібно розширила гирла обох стовбурів біфуркації (рис. 4). Вказана методика могла виконуватись і за рахунок декількох аутовенозних заплат.

При наявності майже повної або повної оклюзії гирла ГАС з пролонгованим стенозом до семи сантиметрів із подальшим збереженням просвіту артерії виконували профундопластику у вигляді стегново-глибокостегнового аутовенозного шунту-

вання/протезування або реімплантації дистальної прохідної частини відсіченої від гирла ГАС у поверхневу артерію стегна (рис. 5).

При локальному оклюзійно-стенотичному ураженні проксимальної частини глибокої артерії стегна профундопластика є необхідною і єдиною можливістю збільшити приплив крові до ділянки колінного суглоба і тим самим покращити кровопостачання нижньої третини гомілки та стопи. Профундопластика – це єдина артеріальна реконструкційна операція, яка не відновлює прохідність анатомічного судинного сегмента, але в комбінації з іншими операційними прийомами покращує кровопостачання гомілки та стопи і може підвищити свою ефективність і збільшити відсоток збережених кінцівок при критичній ішемії [2, 4].

Розвиток реконструкційної хірургії судин свідчить не тільки про можливість, але і необхідність виконання втручань на глибокій артерії стегна. Нерідко при дифузному оклюзійному ураженні артерій нижніх кінцівок у ГАС не виявляються грубі атеросклеротичні зміни. У таких хворих вважається ефективним відновлення кровопостачання через ГАС, що дозволяє усунути ішемію і зберегти кінцівку у 60–80% хворих, але навіть розширена реконструкція ГАС без врахування її гемодинамічних можливостей, у 38% хворих недостатня для усунення симптомів ішемії. Часто профундопластику поєднують з ЕАЕ з гирла ГАС та ПС і РОТ.

Умовами успіху профундопластики вважають: наявність об'ємного кровообігу по ГАС не нижче 150 мл/хв по даним флоуметрії, можливістю усунення стенозу в її проксимальній третині, діаметр ГАС не менше 4 мм з прохідністю її до 20–25 см, наявність колотеральних зв'язків з артеріями гомілки, зниження об'ємної швидкості при ультразвуковому обстеженні по підколінній артерії при компресії ГАС більше ніж на 70% [4].

Використання критеріїв функціональної спроможності ГАС дозволяє зменшити частоту тромботичних ускладнень в найближчому і ранньому післяопераційному періоді на 30–40% (табл. 1).

Лімфорея та крайові некрози шкіри зустрічались практично однаково в обох групах хворих. Кількість задовільних безпосередніх результатів була вищою при комбінованій профундопластиці з РОТ 71,4% проти 66,7% при ізольованій профундопластиці, це відображалось і на кількості ампутацій при незадовільних результатах 10,7% проти 12,5%.

Виконана профундопластика вдвічі збільшила показники ІКПТ, а при комбінації профундо-

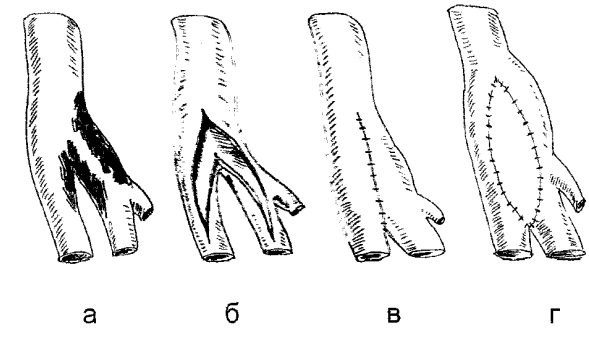

Рис. 3 Схема операції дисталізації біфуркації: а) схема патології; б) схема розрізів по ГАС та ПАС; в) схема дисталізації стегнових артерій; г) схема дисталізації з аутовенозною заплатою

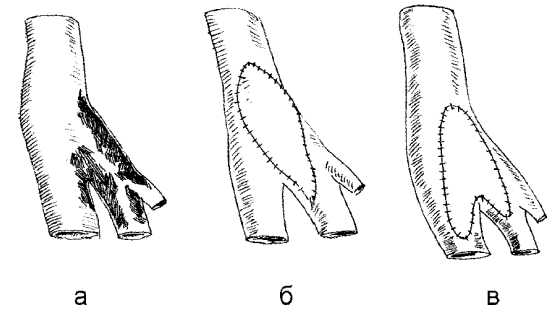

Рис. 4. Схема ендартеректомії з аутовенозною заплатою: а) схема патології; б) схема ендартеректомії з аутовенозною заплатою гирла ГАС; в) схема операції ендартеректомії з аутовенозною заплатою гирла ГАС та ПАС

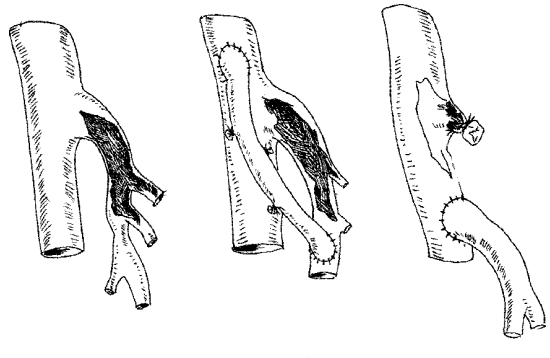

Рис. 5. Схема операції стегново-глибокостегнового шунтування: а) схема патології, б) схема операції стегново-глибокостегнового аутовенозного шунтування, в) реімплантація відсіченої ГАС в ПАС

Таблиця 1

Місцеві та безпосередні результати комбінованої та простої профундопластики

Групи хворих	Лімфорея	Крайовий некроз	Задовільні результати	Незадовільні результати	Ампутації при незадовільних результатах
Профундопластика + РОТ (n=28)	4 (14,3%)	3 (10,7%)	20 (71,4%)	8 (28,6%)	3 (10,7%)
Тільки профундопластика (n=24)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	16 (66,7%)	6 (33,3%)	3 (12,5%)

пластики із РОТ показники ІКПТ наближаються до 0,5.

Проведений кумуляційний аналіз за Каплан-Майєром збереження кінцівок у віддаленому післяопераційному періоді показав, що в перші два роки майже 50% хворих втрачають кінцівку після виконання РОТ та РОТ+профундопластика. До трьох років спостереження РОТ+профундопластика дає 47,7%, а ізольована профундопластика тільки 42,4% збережених кінцівок.

Висновки

Таким чином на сьогоднішній день методики профундопластики передбачають:

1. Ендартеректомія з автоартеріальною заплатою;
2. Ендартеректомія з аутовенозною заплатою;
3. Дисталізацію біфуркації стегнової артерії з тромбендартеректомією або без неї з аутовенозною заплатою, або без неї;
4. Тромбендартеректомію з гирла ГАС, ПАС із поодинокою або множинною заплатою;
5. Аутовенозне стегново-глибокостегнове шунтування;
6. Реімплантація відсіченої дистальної прохідної частини ГАС в поверхневу артерію стегна.

Профундопластика у поєднанні з непрямими методами реваскуляризації дає кращі клінічні результати.

Список літератури

1. Белов Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю. В. Белов. – Москва: ДеНово, 2000. – 448 с.
2. Никоненко А. С. Реконструктивные операции при атеросклеротическом поражении бедренно-подколенно-берцового сегмента / А. С. Никоненко, А. В. Губка, В. И. Перцов // Клінічна хірургія. – 1997. – № 7–8. – с. 68–70.
3. Пиптюк О. В. Досвід комплексного лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок / О. В. Пиптюк // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. С. 117–118.
4. Хірургія дистальних відділів термінальної аорти / В. І. Русин, В. В. Корсак, С. М. Чобей [та ін.] // Монографія. – Ужгород: Карпати, 2012. – 488+64 с.іл.
5. Шляхи стимуляції непрямої реваскуляризації в лікуванні хронічної ішемії нижніх кінцівок / В. К. Гринь, А. Г. Попандопуло, О. А. Штутін [та ін.] // Практична медицина. – 2008. – № 5 (Том XIV). – С. 35–38.
6. Vascular remodelling in atherosclerotic femoral arteries: three-dimensional US analisis / M. Gyondyosi, C. Strehblow, M. Haumer [et al.] // Radiology. – 2004. – Vol. 233, № 2. – P. 366–375.

Стаття надійшла до редакції 07.09.2014 р.

В. И. Русин, В. В. Корсак, В. В. Русин, Ф. В. Горленко, О. В. Лангазо, В. В. Машура, А. А. Носенко
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

ПРОФУНДОПЛАСТИКА В СОЧЕТАНИИ С НЕПРЯМЫМИ МЕТОДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Цель исследования. Разработка и внедрение в клиническую практику различных способов профундопластики в комбинации и без непрямых методов реваскуляризации при критической ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы. Пластика глубокой артерии бедра была выполнена у 28 пациентов основной группы в сочетании с реваскуляризующей остеотрепанацией (РОТ) и у 24 пациентов контрольной группы, как первичное операционное вмешательство при окклюзии бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Результаты. Проведенный кумуляционный анализ сохраненной конечности по Каплан-Майеру в отдаленном послеоперационном периоде показал, что в первые два года почти 50% больных теряют конечность после выполнения РОТ и РОТ + профундопластика. К трем годам наблюдения РОТ +

профундопластика дает 47,7%, а изолированная профундопластика только 42,4% сохранившихся конечностей.

Вывод. Профундопластика в сочетании с непрямыми методами реваскуляризации дает лучшие клинические результаты.

Ключевые слова: профундопластика, непрямые методы реваскуляризации.

V. I. Rusyn, V. V.Korsak, V. V.Rusyn, F. V. Horlenko, O. V. Langazo, V. V. Mashura, A. A. Nosenko
SHEI "Uzhhorod National University"

PROFUNDOPLASTYKA COMBINED WITH INDIRECT METHODS OF REVASCULARIZATION

The **purpose** of the study. Development and implementation of clinical practice different ways profundoplastyky combined and indirect methods without revascularization with critical limb ischemia.

Materials and methods. Plastic deep artery of the thigh performed in 28 patients of the main group in conjunction with revascularization osteotrepanation (ROT) and in 24 patients in the control group as primary surgeries occlusion of the femoral-popliteal-ankle segment. Conducted kumulyation analysis Kaplan-Meyer limb preservation in remote postoperative period showed that in the first two years, almost 50% of patients lost limb after a ROT and ROT + profundoplastyka. The three-year follow-ROT + profundoplastyka gives 47,7% and isolated profundoplastyka only 42,4% of saved limbs.

Conclusion. Profundoplastyka combined with indirect methods of revascularization provides better clinical outcomes.

Keywords: profundoplastyka, indirect methods of revascularization.