

N 5
2015

ISSN 0023 - 2130

ДЖК

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

5 травень 15

Ліга-Інформ

Передплатний індекс 74253

© Літні – Інформ, 2015
© Клінічна хірургія, 2015

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Надруковано з готових форм
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Косвітчинська, 73.
Тел./факс (- 044) 417.21.70.

Надруковано з готових форм
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 463.73.01.

Свідчення про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Підписано до друку 28.05.15. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10.
Обл. вид. арк. 9,79. Тираж 1 000.
Замов. 124.

Передплатити індекс 74253
Підписано до друку 28.05.15. Формат 60 × 90/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 10.
Обл. вид. арк. 9,79. Тираж 1 000.
Замов. 124.

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.
Свідчення про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgia.com.ua>
e - mail: info@hirurgia.com.ua
ics@tm.com.ua

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Sciverse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.
Журнал реферований у PubMed.

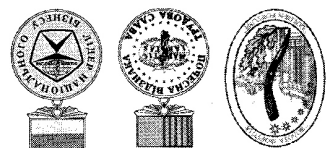
О. П. Заржницька
Коректор

Г. В. Остроумова
Редактор

«Золота Фортуна»
Рейтингових технологій та соціології

Міжнародної Академії
«Групова Служба» та «Лідер Національного Бізнесу»

«Кришталевим ротом достатку»
Нагороджений



Заснований у червні 1921 р.

Шомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 5 (873) травень 2015

Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
Імені О. О. Шалімова

Міністерство охорони здоров'я України

ISSN 0023-2130

№ 5 (873) травень 2015

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ



журнал
КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ
1921

- Л. С. Вільняський
- С. О. Возіанов
- В. Г. Гетьман
- О. І. Дронов
- М. Ф. Дрюк
- Я. П. Заруцький
- М. П. Захараш
- Г. В. Книшов
- Г. П. Козинець
- В. М. Копчак
- О. І. Котенко
- В. В. Лазоринишинець
- О. С. Ларін
- С. Є. Подпратов
- Ю. В. Поляченко
- А. П. Радзіховський
- А. В. Скум
- Я. П. Фелештинський
- П. Д. Фомін
- В. І. Цимбалюк
- С. О. Шалімов
- П. О. Шкарбан

- В. П. Андрущенко
- Я. С. Березницький
- В. В. Бойко
- М. М. Велітоцький
- В. В. Ганжкий
- В. С. Запорожченко
- І. В. Іоффе
- П. І. Кондратенко
- І. А. Криворучко
- В. І. Лупацьов
- О. С. Ніконенко
- В. В. Петрушенко
- В. І. Русин
- В. М. Старосек
- А. І. Суходоля
- С. Д. Шаповал
- І. М. Шевчук

РЕДАКЦІЙНА КОЛІЄТІЯ

Головний редактор
О. Ю. Усенко
Заступники
С. А. Андрущенко
М. Ю. Ничитайло

РЕДАКЦІЙНА РАДА



ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 5-9 Криворучко І. А., Гончарова Н. М., Андреев С. А., Яворська Т. П. Стан печінкового і спланхнічного кровооток за різних типів ускладнених псевдокіст підшлункової залози
- 10-11 Іванюк В. М. Роль мікрофлори ексудата брюшної порожни в виникненні ангіогенної інтоксикації у больных при ослюженном остром холецистите с сопутствующей сердечной недостаточностью ишемического генеза
- 12-14 Кизимов И. Л., Тахмазова Ч. Т. Обсужденность Н. Рубин у пациентов при различных формах холецистита
- 15-16 Юфе О. Ю., Тарасюк Т. В., Степанко О. П., Цюра Ю. П., Кривошустов М. С. Минимальные технологии в лечении ислеперационных тромбов из нижней полой вены
- 17-19 Андринова П. Р., Алиев Е. А. Применение fistula ring с фибриновым клеем при лечении свищей прямой кишки
- 20-22 Колесник О. О., Буртака А. А., Лукашенко А. В., Приймак В. В., Жуков Ю. О., Махмудов Д. Е., Войк М. О., Щепотін І. Б. Фактори прогнозування тривалості життя хворих на метастатичний колоректальний рак за синхронного ураження печінки після хірургічного лікування
- 23-26 Кудрявцев А. В., Крышень В. П. Лапароскопическая герниопластика при ущемленных паховых грыжах
- 27-30 Брек О. О. Морфометричні та гістологічні зміни тканин у хворих після операції з приводу іслеперационних гриж черевної порожнини
- 31-33 Премобещкава Е. М. Продольное сегментарное смешение стенок левого желудочка у больных при стенозе клапана аорты
- 34-36 Бабяк О. Д., Ялинська Т. А., Скороход Т. М. Негативний вплив мікроелектричного хромосоми 22q11 на результати лікування пацієнтів з приводу конотрункальних вад серця та великих аорто-легеневих колатеральних артерій
- 37-40 Шукін Д. В., Лесовой В. Н., Таратый И. А., Харба Г. Г., Поляков Н. Н. Хирургическая техника контроля почечной артерии при удалении опухольных тромбов из нижней полой вены
- 41-43 Никольников П. И. Опыт применения генного индуктора фактора роста эндотелия сосудов в лечении пациентов по поводу ишемии тканей нижних конечностей атеросклеротического генеза
- 44-47 Рсин В. І., Корсак В. В., Попович Я. М., Войко С. О. Выбор метода хірургічного лікування тромбозу глубоких вен системы нижней порожности вены
- 48-51 Гринь В. К., Кондратенко П. Г., Мелеховец Ю. В., Синяченко Ю. О., Синяченко О. В. Эффективность хірургического лечения варикозной болезни в зависимости от асборпционнно-реологических свойств крови
- 52-54 Острась О. В., Жовнір В. А. Влияние перинатальной тактики на перебіг іслеперационного перитоніту при хірургічному усуненні коарктации аорты у новорожденных
- 55-57 Аветиков Д. С., Гутник А. А., Войко І. В., Іваницька О. С., Цветкова Н. В. Вомеханичне обірунтування односторонньої деформации шкідно-жировых клаптів скроневої та вилічної ділянок при виконанні верхньої риторіектомії
- 58-60 Усенко О. Ю., Ромак Р. П. Сучасні методи прогнозування рецидивів після хірургічного лікування доброякісних пухлин грудної залози
- 61-64 Шуров Н. Ф. Роль стромы опухоли в прогнозировании тяжести течения рака грудной железы у больных при гиперэкспрессии p53
- 65-67 Дронова В. Л. Метод кольпозооза при экстропии мочевого пузыря
- 68-69 Рудь О. А., Назменко О. В. Порівняння частоти виникнення нудоти та блювання після черезшкірної іслеперационної севолуран чи пропологи Вучок О. О. Влияние методу дренажирования верхних сечевых путей на відновлення функції нирок у хворих при гострому обструктивному піелонефриті
- 73-76 Дячук М. Д. Оцінка клінічної ефективності модифікованої лазерної вапоризації іслеперационної залози з приводу і доброякісної гіперплазії
- 77-80 Коваленко О. М. Метаболічна інтоксикація при термічній травмї

ЗМІСТ



ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ГЛИБОКИХ ВЕН СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, С. О. Бойко

Ужгородський національний університет, медичний факультет

THE CHOICE OF SURGICAL TREATMENT METHOD FOR THE DEEP VEINS THROMBOSIS IN SYSTEM OF VENA CAVA INFERIOR

V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Popovych, S. O. Boyko

У загальній популяції на 100 000 населення щороку у 160 хворих виявляють ТГВ, у 50 — тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) [1]. У загальній структурі причин раптової смерті масивна ТЕЛА посідає третє місце [1].

Лікуванню ТГВ в системі НПВ присвячені численні дослідження, вивчені причини виникнення, механізми патогенезу, клінічні прояви, методи діагностики, показання та протипоказання до застосування різноманітних видів терапії. Лікування тромбозу в системі НПВ не стандартизоване, немає єдиного погляду як на схеми консервативної терапії (використання низькомолекулярних гепаринів, системного і регіонарного тромболізу), так і хірургічні методи лікування (плікація НПВ, тромбектомія на тлі прискореного кровотоку або без такого, імплантація қава-фільтрів тощо) [1, 2 — 4].

Показання та протипоказання до їх призначення часто суперечливі, а результати лікування незадовільні. ТЕЛА вважають однією з основних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих, у яких виникають тяжкі форми хронічної венозної недостатності (ХВН), збільшується [5, 6].

Деяким пацієнтам використання фармакологічної профілактики протипоказане через високу імовірність виникнення тяжких ускладнень антикоагулянтної терапії. Проте, навіть за відсутності протипоказань до використання антикоагулянтів чітких стандартів антикоагулянтної терапії немає, у більшості си-

Реферат
Проаналізовані результати обстеження й лікування 455 хворих з приводу тромбозу глибоких вен (ТГВ) у системі нижньої порожнистої вени (НПВ), з яких оперовані 175 (38,5%). Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне сканування — УЗДС, рентгеноконтрастна флебографія — РКФГ, мультиспіральна комп'ютерна томографія — МСКТ з внутрішньовенним контрастуванням) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити порушення параметрів магістрального та колатерального венозного кровотоку при ТГВ, обґрунтувати показання та вибір способу оперативного лікування.
Ключові слова: тромбоз глибоких вен; венозний колектор; магістраль; нижня порожниста вена; радіоізотопна флебосцинтиграфія; тромбектомія.

Abstract
There were analyzed the results of examination and treatment of 455 patients, suffering deep veins thrombosis in a system of vena cava inferior, of whom 175 (38.5%) were operated on. Inclusion of ultrasound duplex scanning, roentgencontrast phlebography, multispiral computer tomography with intravenous contrasting, radionuclide phleboscintigraphy into complex of clinic—instrumental examination of the patients gives possibility to estimate the disorders of the main trunk and collateral venous blood flow in the deep veins thrombosis, as well as to substantiate indications and choice of the operative treatment method.
Key words: deep veins thrombosis; venous collector; main trunk; vena cava inferior; radionuclide phleboscintigraphy; thrombectomy.

туації при оцінці переваг і недоліків антикоагулянтів їх призначають лише на розсуд хірурга.

Прихильники оперативного лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії суттєвим покращенням відтоку, навіть за локального тромбозу, завдяки включенню нових колатералей. Проте, навіть включення 10 — 12 колатералей практично не компенсує об'єм венозного відтоку від нижньої кінцівки. Не досліджені параметри кровотоку при ТГВ під час та після лікування, функціональний стан колатерального кровотоку при ТГВ нижніх кінцівок.

Мета дослідження: обґрунтувати показання до хірургічного лікування ТГВ у системі НПВ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 455 хворих з приводу ТГВ у системі НПВ, у відділенні хірургії магістральних судин та урології Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака у 2003 — 2013 р. Вік хворих від 34 до 82 років, у середньому ($45 \pm 2,3$) року.

Під час обстеження хворих застосували лабораторні та інструментальні методи дослідження: ультразвукову доплерографію (УЗДГ), УЗДС ("Алока-3500", Японія; "My Lab-50", Італія; "HDI-1500" ATL-Philips; "SIM-5000", Радмір; "ULTIMA PRO-30, z.one Ultra", ZONARE Medical Systems Inc., США); РКФГ

Таблиця 1. Вибір методу лікування ТГВ у системі НПВ залежно від локалізації тромботичного ураження

Сегмент НПВ	Межі тромботичного ураження		Лікування
	магістраль (+/-)	колектор (+/-)	
Гомілково-підколінний	+	-	Медикаментозне / лігування тромбованої судини
	+	+	Тромболізіс
Підколінно-стегновий	+	-	Медикаментозне / лігування
	+	+	Тромболізіс
Стегново-клубовий	+	-	Тромбектомія
	+	+	Тромбектомія + АВН*
Клубово-кавальний	+	-	Тромбектомія + АВН*
	+	+	Каваплікація
Кавальний			
інфраренальний	+	-	Тромбектомія
	+	+	Тромбектомія
інтрааренальний	+	-	Тромбектомія
	+	+	Тромбектомія + каваплікація
супраренальний	+	-	Тромбектомія + каваплікація
	+	+	Тромбектомія з ниркових вен та НПВ + каваплікація
Піддіафрагмальний	+	-	Тромбектомія з НПВ / ниркових вен + каваплікація
	+	+	Тромбектомія з НПВ / печінкових вен / передсердя

Примітка. АВН – артеріовенозна нориця.

Таблиця 2. Оперативні втручання з приводу ТГВ в системі НПВ

Втручання	Кількість пацієнтів	
	абс.	%
Катетерний тромболізіс	18	10,3
Тромбектомія з підколінної вени та литкових синусів, лігування литкових синусів у місці впадіння в підколінну вену	11	6,3
Лігування тромбованих стовбурів гомілкових вен у місці впадіння в підколінну вену	15	8,6
Тромбектомія з поверхневої стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени	28	16
Тромбектомія з загальної стегнової вени, лігування поверхневої стегнової вени нижче впадіння глибокої стегнової вени	14	8
Тромбектомія з загальної стегнової вени, лігування глибокої стегнової вени у місці впадіння у загальну стегнову вену	2	1,1
Тромбектомія з загальної стегнової та зовнішньої клубової вен з формуванням дистальної артеріовенозної нориці	48	27,4
Тромбектомія з інфра- та/або інтрааренального відділу НПВ	7	4
Тромбектомія з супраренального відділу НПВ + апаратна каваплікація НПВ	22	12,6
Тромбектомія з НПВ та ниркових вен + апаратна каваплікація НПВ	8	4,6
Тромбектомія з піддіафрагмального відділу НПВ та правого передсердя	2	1,1
Разом ...	175	100

Найбільш тяжкий клінічний перебіг ТГВ спостерігають при приєднанні до тромботичної оклюзії двох венозних колекторів та колатералей аж до формування сисної флегмазії кінцівки через відсутність компенсації венозного кровотоку навіть через контралатеральну кінцівку.

В такій ситуації єдиною можливістю відновити магістральний та

значно покращити колатеральний венозний кровоток є оперативне втручання. Застосування ізольованої антикоагулянтної терапії в таких ситуаціях неефективне. Використання тромболітичної терапії як регіонарної, так і системної, небезпечно високим ризиком виникнення тяжких геморагічних ускладнень, особливо зважаючи на те, що у більшості пацієнтів спостерігають виражені

супутні захворювання. При цьому антикоагулянтну терапію доцільно і можливо безпечно продовжити і після операції. Доцільність оперативного лікування безсумнівна за наявності флотажі верхівки тромбу, а також фрагментованих тромбів. За такої ситуації показання до оперативного втручання з приводу ТГВ стають абсолютними. Залежно від залучення у тромботичний процес



1. Промоблізис при эмболии легочной артерии у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей / Е. В. Кунгурцев, И. П. Михайлов, О. В. Никитина [и др.] // Флебология. — 2012. — № 1. — С. 48 — 51.
2. Функциональная анатомия венозного русла нижних конечностей и обоснование хирургического вмешательства при острых флоротромбозах / А. В. Дубровский, А. В. Каракин, А. В. Альбицкий [и др.] // Грудная и сердечная сосуда. Хирургия. — 2004. — № 4. — С. 34 — 39.
3. Прямі методи парцільної оклюзії нижньої порожнистої вени / В. І. Русин, В. В. Корсак, Ю. А. Левчак, О. М. Тернушак // Наук. Вісн. Ужгород. Ун-ту. Серія Медицина. — 2012. — № 2 (44). — С. 106 — 111.
4. Benefit-to-harm ratio of thromboprophylaxis for patients undergoing major orthopaedic surgery. A systematic review / R. D. Hull, J. Liang, D. Bergqvist [et al.] // Thromb. Haemost. — 2013. — N 24. — P. 111 — 112.
5. Incidence and predictors of venous thromboembolism after debulking surgery for epithelial ovarian cancer / B. Mokri, A. Mariani, J. A. Heit [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. — 2013. — Vol. 23, N 9. — P. 1684 — 1691.
6. Mirpuri—Mirpuri P. G. Venous thromboembolic disease: Presentation of a case / P. G. Mirpuri—Mirpuri, M. M. Alvarez—Cordoves, A. Perez—Monje // Semergen. — 2013. — Vol. 39, N 5. — P. 15 — 19.

ЛІТЕРАТУРА

анатомічних структур венозного колектора ми виділили такі методи лікування (табл. 1).

При нефатальній тромбоемболії рибічних гілок легеневої артерії та рецидиві ТТВ у 12 (2,6%) хворих здійснене ендovasкулярне накла-дання кава-фільтра.

Оперативне втручання виконане у 175 (38,5%) пацієнтів (табл. 2).

Таким чином, використання мета-тодій, що забезпечують об'єктивну характеристику стану венозного русла і функції венозного повернення, дозволяє з нових позицій оцінювати можливість та показання до хірургічного втручання з приводу ТТВ з системи НПВ, які могли б заповнити не тільки виникненню масивної ТЕЛА, а й тяжких форм ХВН та хронічної легеневої гіпертензії.

ВИСНОВКИ

1. Використання радіоізотопної флєбосцинтиграфії в комплексі обстеження пацієнтів при ТТВ у системі НПВ дозволяє визначити основні шляхи та можливість компенсації матримального та колатерального венозного кровотоку у венозному колекторі.

2. Виявлення компенсаторних можливостей колатерального кровотоку у венозному колекторі за допомогою рентгенографічного патогенетично обґрунтувати показання і протипоказання до оперативного лікування.

3. Залучення в тромболітичний процес двох венозних колекторів слід вважати прямим показанням до виконання оперативного втручання з приводу ТТВ нижньої кінцівки.