

НАДІЄВІЙ ВІСНИК

Ужгородський університет

серія

МЕДИЦИНА

випуск 4

1997

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ УКРАЇНИ
УЖГОРОДСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАУКОВИЙ ВІСНИК
УЖГОРОДСЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ

серія МЕДИЦИНА

Випуск 4

*Випуск присвячено
100-річчю з дня народження професора Олександра ФЕДИНЦЯ*

Ужгород
1997

	10-й день народження О.В. ФЕДИНЦЯ	
✓	ЕФЕКТИВНІСТЬ - до 100-річчя з дня народження професора Олександра Фединця	3
✓	ПРОФЕСОРА ФЕДИНЦЯ до 100-річчя з дня народження	5
✓	ПРОФЕСОР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ ФЕДИНЕЦЬ штрих до портрету	6
✓	НАЙВАЖЛИВІЙ ЕТАП НА ШЛЯХУ РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ НА ЗАКАРПАТТІ	7
	ХІРУРГІЧНІ ХВОРОБИ	
✓	ГАНИЧ М.М., ПАНАЙТ В.І., КАЧАЛА Т.М. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	8
✓	ІВАНЬО О.М., ФАБРИ З.Й., КАЛАБІГА І.Е. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПОФолу ТА КАЛІПСолу у ПРАКТИЦІ "ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ"	10
✓	КОВАЛЬЧУК І.О., БОЙКО С.О., БІЛЯК С.Т., ПЕЦКАР О.Г. РАК ДИВЕРТИКУЛА СЕЧОВОГО МІХУРА	12
✓	КОВАЛЬЧУК І.О., БОЙКО С.О., БІЛЯК С.Т., ПЕЦКАР О.Г., КОВАЛЬЧУК Д.І. ПИТАННЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА.	13
✓	КОРСАК В.В., ГАНИЧ М.М., КАЛІЙ В.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	15
✓	КОРСАК В.В., РУСИН В.І., ЧОБЕЙ С.М., ЛИПЧЕЙ О.С. ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ В СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОМУ СЕГМЕНТІ	17
✓	ЛІНГІРДА Н.Ф. ПОЛІНЕОПЛАЗІ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ	19
✓	МАЛЯР В.А., МАЛЯР В.В. КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СПОНТАННОЇ АКТИВНОСТІ І ТОНУСУ МАТКИ ШЛЯХОМ ЕЛЕКТРОРЕТАКЦІЇ У ЖІНОК ПРИ ДИСКООРДИНОВАНИЙ ПОЛОГОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	21
✓	ПОТАПЧУК А.М. ЕНДОСАЛЬНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИ ІМПЛАНТАТИ З БІОКЕРАМІЧНИМ ПОКРИТТЯМ	23
✓	РЕЗНІЧЕНКО Г.І., РЕЗНІЧЕНКО Ю.Г. ПРОФІЛАКТИКА ПАТОЛОГІЧНОЇ КРОВОВТРАТИ ТА УСКЛАДНЕНЬ В ПОЛОГАХ	27
✓	РІШКО Н.М. ДЕЖІ ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО ПЛАСТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ БАРІАННОЇ ПЕРЕТЯЖКИ ПЕРІ І-МУ ТИПІ ТИМПАНОПЛАСТИКИ	28
✓	САДЯК М.М., САДЯК В.М. ЕВАГУАЦІЯ ШИЙКИ МАТКИ З ЗАСТОСУВАННЯМ БОРНОЇ КИСЛОТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСТРОФІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ-	31
✓	СИМОДЕЙКО А.А. ОЦІНКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРИПТОРХІЗМУ	34
✓	СТОЦЬКИЙ С.С. ЗАСТОСУВАННЯ ОКСИТОЦИНУ ПРИ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	35
✓	ФАЛЬБУШ О.О. ОЛАСЮК О.І. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПРИ КОМБІНАЦІЇ ГЛАУКОМИ І КАТАРАКТИ	37
✓	ФОМІН П.Д., ПЕРЕШ С.Є., ШЕРЕМЕТ П.Ф., ПАЦКАНЬ Б.М. НОВЕ У ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ	40
✓	ШИМОН В.М., ТРОМПАК О.М., СИМОДЕЙКО А.А., ОВВАДІ В.І., ЯЦИНА Ю.Ю. КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН У ХРЕБТІ ПІСЛЯ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБЦІВ.	41
✓	ШИМОН В.М., СИМОДЕЙКО А.А., ТРОМПАК О.М., ОВВАДІ В.І. РОЛЬ ВРОДЖЕНИХ АНОМАЛІЙ В ГЕНЕЗІ ПЕРЕДНІХ ЗМІЩЕНЬ ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБЦІВ	43
✓	ШЕРЕМЕТ П.Ф., КРИВАНИЧ Д.В., КУРАХ І.І., ГАЙЧИЙ В.В., ФАТУЛА Ю.М., ЛАВЕР П.Г. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ	45
✓	ШЕРЕМЕТ П.Ф., ШПРЯХА Я.С., КРИВАНИЧ Д.В., ВОРОНИЧ М.В. ЛІМФОГЕННІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	49
✓	ШИМКО Е.П., ДОНЧЕНКО В.Л., НЕМЕШ А.А. ПРО ВПЛИВ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ НА ПОКРАЩЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СТАНУ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ЗАКАРПАТТІ	51
✓	ЯЦИНА Ю.Ю. СЕРЕДНЬО-МОЛЕКУЛЯРНІ ПЕПТИДИ СИРОВАТКИ КРОВІ ТА ЇХ ЕКСКРЕКЦІЯ З СЕЧЕЮ ПРИ РІЗНІЙ ВАЖКОСТІ ОПІКОВОЇ ТРАВМИ	53
	ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ	
✓	АЛЕКСАНДРОВИЧ Т.А., ЛЕМКО І.С., КОПИНЕЦЬ І.І., ЛЕМКО О.І., МЕЛЕГА О.О., ГОЛОВАЦЬКИЙ Т.А., РУДАКОВА С.О., НЕКРАХА С.О. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	55
✓	АЛЕКСАНДРОВИЧ Т.А., КОПИНЕЦЬ І.І., ЛЕМКО О.І., МЕЛЕГА О.О., РУДАКОВА С.О. МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ МЕХАНІЗМУ ОБСТРУКЦІЇ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ШЛЯХОМ ВВЕДЕННЯ ПРОБ З БРОНХОДИЛЯТОРАМИ	59
✓	ЖУКІЙ Е.Й., ЖЕЛТВАЙ В.В., МАНДРИК З.І., РОСУЛ М.В. РЕЗУЛЬТАТИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ІМУНОЛОГІЧНОЮ РЕАКТИВНІСТЮ В ДИНАМІЦІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІСТІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	61
✓	КАЧАЛА Т.М. КОРТИЗОЛЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, В ПРОЦЕСІ СПЕЛЕОТЕРАПІЇ	64
✓	КОРСАК В.В. СТАН ВНУТРІСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ І РЕОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІЗХОДНІХ СТЕНОКАРДІЄЮ ПРИ ТРИЗАЛОМУ ЛІКУВАННІ ПРОПРАНОЛОЛОМ	66
✓	ПАЦКАНЬ Б.М. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ІЗХОДНІХ СТЕНОКАРДІЄЮ	68
✓	ПАЦКАНЬ Б.М. ХАРАКТЕРИСТИКА МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ АЛКОГОЛІЗМІ	70
✓	ПАЦКАНЬ Б.М., ГАНИЧ О.М., ГАНИЧ М.М. МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ: ВІШНІ	70

10. Степанов В.Н., Перельман В.М., Абдухакімов А.Ф. // Урологія і нефрологія.- 1991.- № 2.- С.33-37.
11. Шаповал В.І., Арнольд Е.К., Козін Ю.І. Цистоскопія.- К., 1984.
12. Jewett H.J. J.Urol. (Baltimor).- 1959.- Vol.82.- p.92-100
13. Milner W.A. // J.Urol. (Baltimor). – 1953.- Vol.69.- p. 657-664.
14. Reuter H.J. // Krebsarzt.- 1965.- Bd 20.- 165-175.

SUMMARY

PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSTICS OF BLADDER CANCER

J.O.Kovaltchuk, S.O.Boyko, S.T.Bilyak, O.G.Petskar, D.J.Kovaltchuk

The experience of treatment of 369 patients became the basis of our investigation. Haematury was observed in 83.7 per cent of occasions. Also the case of bladder cancer complicated with perforation and purulent peritonitis was observed.

All the patients with haematury should be examined in the urological room. The usage of sonography and cystoscopy is of great importance in the process of an early diagnostics of bladder cancer.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Корсак В.В., Ганич М.М., Калій В.В.

Серед багатьох причин самовільного передчасного переривання вагітності однією з найбільш частих є істміко-цервікальна недостатність [2]. Виявлення причин істміко-цервікальної недостатності та їх попередження, своєчасне раціональне лікування і удосконалення профілактичних заходів у боротьбі з даною патологією дають можливість вишукати невикористані резерви для збереження бажаної вагітності та подальшого покращення антенатальної охорони плода [1, 3, 4, 5].

Нами проведено лікування істміко-цервікальної недостатності у ста вагітних жінок. Діагноз істміко-цервікальної недостатності ставився на основі даних анамнеза, об'єктивних і лабораторних досліджень, метросальпінгографії до вагітності, ультразвукового дослідження. Клінічний ступінь недостатності внутрішнього маткового вічка оцінювався за шкалою В.І.Бодяжиної з співавт. (1973).

За віком вагітні жінки розподілилися таким чином: до 20 років були 4 жінки, від 21 до 25 років – 40, 26-30 років – 39, 31-35 років – 13, старших 35 років – 4. Таким чином, більшість обстежених вагітних (79%) була у віці від 20 до 30 років.

При розподілі жінок за фахом виявлено наступне: робітниць було 40, службовців – 52, домогосподарок – 5.

Першовагітних було 6, повторновагітних – 94 жінки. Першородячих було 31 жінка, з них у 17 (54.8%) жінок істміко-цервікальна недостатність спостерігалася у віці від 21 до 25 років, а у 8 (25.8%) – у віці від 26 до 30 років. У 30 повторнородячих жінок істміко-цервікальна недостатність виявлена у віці від 26 до 30 років (43.5%), у 13 – у віці 31-35 років (18.8%) і лише у 22 – у віці 21-25 років (31.9%).

Перша вагітність завершилася своєчасними родами у 36 жінок, передчасними родами – у 14 жінок, самовільними викиднями – у 23 жінок та артифіціальними абортами – у 21 жінки. У жінок з істміко-цервікальною недостатністю в минулому було 318 вагітностей, які закінчились: своєчасними родами – у 48 жінок, передчасними родами – у 30 жінок, самовільними викиднями – у 81 жінки. Причому, звичне невиношування було у 48 жінок, штучні аборти – у 52, в тому числі у 15 жінок – два і більше штучних абортів.

Аналіз перебігу попередніх вагітностей і родів у жінок з істміко-цервікальною недостатністю показав, що в більшості з них (86%) мало місце вишкрібання стінок порожнини матки в зв'язку з самовільним викиднем або штучним абортотом. Заслуговує на увагу і те, що у 74% жінок в анамнезі відмічалися пізні самовільні викидні, причому у 37% з них мали по два аборти і більше. Ці дані, на нашу думку, свідчать про шкідливу роль абортоту як травмуючого фактора в етіології та патогенезі істміко-цервікальної недостатності. Крім цього, етіологічними факторами істміко-цервікальної недостатності виявилися післяродові розриви шийки матки (48% жінок), оперативні втручання (20% жінок), макросомія (17%), стрімкі роди (12%). У 14 жінок була проведена діатермокоагуляція з приводу дисплазії шийки матки.

Разом з тим встановлено, що 18 жінок мали тільки пізні самовільні аборти і передчасні роди, що дає підставу вважати про наявність у них функціональної істміко-цервікальної недостатності. У цих хворих нами виявлено ряд патологічних змін в організмі, котрі могли бути причиною істміко-цервікальної недостатності. Так, 12 жінок хворіли дитячими інфекційними захворюваннями, що, на нашу думку, неблагоприємно

вплинуло на формування і розвиток їх статевої системи. В групі жінок з органічною істміко-цервікальною недостатністю таких хворих було 10 ($P < 0.001$). Проведений аналіз менструальної функції у жінок з функціональною істміко-цервікальною недостатністю виявив пізній початок менструацій у 27%, в той час як в групі з органічною істміко-цервікальною недостатністю таких жінок було в сім разів менше ($P < 0.05$). Відповідно, рясними, болючими і нерегулярними менструаціями страждали майже кожна друга вагітна з функціональною істміко-цервікальною недостатністю (44%), а при органічній істміко-цервікальній недостатності таких було в три рази менше (14.6%), $P < 0.02$, що свідчить про наявний причинний зв'язок функціональної істміко-цервікальної недостатності з ендокринними порушеннями.

Всім вагітним з істміко-цервікальною недостатністю проводилася хірургічна корекція недостатності шийки матки шляхом накладання циркулярного кисетного шва за Макдональдом. Разом з тим, призначалася симптоматична терапія за загальноприйнятою методикою з використанням препаратів, направлених на забезпечення психічного спокою, зняття підвищеного тонуусу матки, проведення гормональної корекції, посилення матково-плацентарного кровообігу.

Ефективність хірургічного лікування істміко-цервікальної недостатності в залежності від ступеню вираженості приведена в табл. 1.

Ефективність хірургічного лікування істміко-цервікальної недостатності в залежності від терміну вагітності представлена в табл.2.

Як видно з даних табл. 1, серед жінок, яким циркулярний шов на шийку матки накладався з профілактичною метою ще до прояву клінічних ознак істміко-цервікальної недостатності, самовільний аборт мав місце у 1 (2.2%) вагітної, тоді як серед жінок, яким хірургічна корекція проводилася уже при прояві клінічних ознак – у 12 (22.2%) вагітних, $P < 0.01$. Разом з тим, своєчасне розродження настало у 42 (91.3%) вагітних, котрим хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності проведена профілактично, порівняно з 39 (72.2%) вагітними, котрим циркулярний шов на шийку матки накладено за клінічними показниками, $P < 0.01$.

Таблиця 1

Ефективність хірургічного лікування істміко-цервікальної недостатності в залежності від ступеню клінічної вираженості

Ступінь вираженості ІЦН	Вагітність закінчилась		
	Своєчасними родами	Передчасними родами	Самовільним викиднем
0 ступінь	42 (91,3%)	3 (6,5%)	1 (2,2%)
I ступінь	25 (78,1%)	2(6,3%)	5 (15,6%)
II ступінь	13 (72,2%)	0	5 (27,8%)
III ступінь	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)
IV ступінь	0	0	1(100%)
Всього	81 (81%)	6 (6%)	13 (13%)

Таблиця 2

Ефективність хірургічного лікування істміко-цервікальної недостатності в залежності від терміну вагітності

Термін вагітності	Вагітність закінчилась		
	Своєчасними родами	Передчасними родами	Самовільним викиднем
до 16 тижнів вагітності	29 (82,9%)	1 (2,9%)	5 (14,3%)
16 – 20 тижнів вагітності	23 (76,7%)	2(6,7%)	5 (16,7%)
21 – 25 тижнів вагітності	21 (91,3%)	0	2 (8,7%)
після 25 тижнів вагітності	8 (66,7%)	3 (25%)	1 (8,3%)
Всього	81 (81%)	6 (6%)	13 (13%)

Як видно з даних табл. 2, з 65 жінок, котрим хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності проведена до 20 тижнів, вагітність удалось зберегти у 85.6% жінок. Разом з тим, частота передчасних родів у жінок, котрим циркулярний шов на шийку матки накладено в строки до 16 тижнів вагітності, складала 2.9%, а у тих, що були прооперовані в строки після 25 тижнів вагітності,- у 25%, $P < 0.01$.

Отже, отримані дані свідчать про те, що ефективність хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності під час вагітності в більшій мірі залежить від ступеню вираженості анатомічних та функціональних змін шийки матки, ніж від строку вагітності, при якому ця корекція проводилася. Очевидно,

що у жінок з клінічними проявами мають місце глибокі патологічні зміни в органах жіночих геніталій, котрі прогресують з розвитком вагітності і недостатньо піддаються корекції загальноприйнятими методами лікування. Тому найбільш ефективно профілактичне накладання циркулярного кисетного шва на шийку матки в строки до 20 тижнів вагітності. Хірургічна корекція недостатності шийки матки після 25 тижнів вагітності хоч і менш ефективна, але також сприяє пролонгуванню вагітності до строку народження життєздатної дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голота В.Я., Макаренко Г.Г., Мельников С.М. Оцінка ефективності хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності у жінок зі звичним невиношуванням вагітності. В сб.: Невиношування вагітності.- Київ, 1997.- С. 45-48.
2. Золотухін М.С., Дебіжа Л.П., Мацинін О.М. Профілактика недоношування вагітності у жінок з істміко-цервікальною недостатністю з застосуванням антимікробного клею МК-14 1. В сб.: Невиношування вагітності.- Київ, 1997.- С.145-148.
3. Колгушина Т.Н. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности // Здоровоохранение Белоруссии.- 1991.- № 6.- С. 56-57.
4. Мельников С.М. Оцінка ефективності хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності з застосуванням окцеленових ниток // Х з'їзд акушерів-гінекологів України.- Одеса.- 1996.- С.90.
5. Ониськів Б.О., Бегош Б.М., Шадріна В.С. Лікування істміко-цервікальної недостатності у жінок з невиношуванням вагітності. в сб.: Невиношування вагітності.- Київ, 1997.- С.223-225

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF ISTMICO-CERVICAL INSUFFICIENCY

Korsak V.V., Hanich M.M., Kaliy V.V.

One hundred pregnant women being sick with istmico-cervical insufficiency have been treated. It has been proved that putting in the profilactic circular stitch on the cervix of the uterus is the most effective during 20 weeks of pregnancy.

ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ В СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОМУ СЕГМЕНТІ

Корсак В.В., Русин В.І., Чобей С.М., Липчей О.С.

Незважаючи на технологічний прогрес в розвитку судинної хірургії, використання нових матеріалів для протезування, проблема ретромбозів та повторних операцій в стегново-підколінному сегменті залишається актуальною і поки що до кінця не розв'язаною. Можна виділити декілька факторів, що впливають на успіх системно-підколінних шунтувань: багатоперховість ураження, ангиографічні дані, показання до операції, ступінь ураження судин, матеріал, що застосовується для шунта, техніка виконання операції, рівень виконання дистального анастомоза, супутній цукровий діабет.

Важливими провідниками поганої прохідності трансплантата незалежно від ангиографічних даних являються висхідні (до 0,3) показники кісточково-плечового індексу. Виявлено прямий взаємозв'язок між поганим підколіном і незадовільною прохідністю шунтів [1, 2]. Найбільш важливим фактором, що сприяє ефективності системно-підколінного шунтування є матеріал що використовується як трансплантат. На протязі 50 років хірурги застосовують велику підшкірну вену нижньої кінцівки і в реверсійній, і в in situ позиціях [1].

За ці роки були спроби застосувати різноманітні матеріали для заміщення атерії: протези Gore – Тех, дакронові, політетрафторетилєнові, фторлонілавансанові протези, заморожені гомовени, гомологічні артерії, тощо. Brewster на протязі десяти років вивчав віддалені результати стегново-підколінних шунтувань і показав, що при використанні аутовени шунти функціонують до 5 років у 73% випадків, якщо дистальний анастомоз накладався нижче колінного суглоба і у 70% випадків, якщо анастомоз накладався вище колінного суглоба. При використанні різних протезів прохідність відповідно складала 29 % та 46% [3]. Автор, таким чином, доводить, що прохідність венозних трансплантатів нижче підколінної артерії не залежить від судинного відтоку: задовільний, чи поганий, і навпаки, алотрансплантати мають більш низьку прохідність, якщо відток був поганий. 5-річні спостереження показали, що прохідність протезів Соке-Тех навіть при задовільному відтоці була приблизно така ж, як і при поганому відтоці після застосування венозного шунта [3, 4]. Одним із важливих факторів, що впливають на успіх дистальної реконструкції, являється співвідношення високого опору потоку крові та низької швидкості відтоку. По математичним розрахункам