



МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ



НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ  
ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
ІМ. О.О. ШАЛІМОВА



Національна академія медичних наук України  
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України  
Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація судинних хірургів, флебологів та ангіологів України

**VI**

# З'їзд судинних ХІРУРГІВ, ФЛЕБОЛОГІВ ТА АНГІОЛОГІВ УКРАЇНИ

**МАТЕРІАЛИ З'їзду**

**Київ  
2022**

= 0,39). Якщо в перші 7 днів зменшення надмірної довжини кола складало 51,2% в ГП і 43,6% в ОГ, то на четвертий тиждень – 25,1% проти 18,3%. У всі аналізовані терміни зменшення надмірної довжини кола в основній групі були достовірно більші, ніж в ГП ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У хворих на Covid-19 середній вік був достовірно вищим (65 років проти 57 в групі порівняння),

також спостерігалася більша частота стадій C0 та C1 (34% проти 18%), також в цій групі переважали хворі з дистальними формами ураження (48,6% проти 23,1%). У хворих обох груп проведення ТЛТ призводить до повної реканалізації просвіту тромбованої судини у 37,5% (основна) проти 37,2% хворих (порівняння), часткової – у 25% проти 21,9%, реканалізації не відбувається у 37,5% проти 12,4%.

## Зміни гемодинаміки в венах тазу після ендovasкулярної та відкритої хірургічної корекції у пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я

А. О. Никоненко, Б. С. Гавриленко, Є. В. Ермолаєв, Д. Ю. Руденко, Д. А. Буга,  
Г. С. Подлужный, Р. М. Прочка

Запорізький державний медичний університет,  
КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР

Синдром тазового венозного повнокров'я – це форма варикозної хвороби, котра вважається однією з основних причин хронічного тазового болю у жінок, що пов'язано з порушенням гемодинаміки вен тазу. На сьогодні в діагностиці гемодинамічних порушень вен тазу наряду з МСКТ основне місце посідає трансагінальне УЗДС, що в свою чергу в комплексі дозволяє спланувати хірургічну інтервенцію тим чи іншим методом.

**Мета роботи.** Оцінити гемодинамічні зміни при УЗДС тазу після хірургічної корекції відкритим та ендovasкулярним методом у пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я.

**Матеріали та методи.** У дослідження включено 28 пацієнтів пролікованих у період з 2018 по 2021 рік з синдромом тазового венозного повнокров'я, котрим була виконана хірургічна корекція, в тому числі: лікування лівої оваріальної вени – 17 пацієнтам, ендovasкулярна емболізація з склеротерапією – 11 пацієнтам. Всім пацієнткам виконано стандартний діагностичний алгоритм в об'ємі МСКТ (64 зрізи), трансагінальне УЗД вен тазу, трансабдомінальне УЗД ниркової вени. Середній вік пацієнток склав  $43,5 \pm 9$  років (від 27 до 55 років). Індекс маси тіла склав  $20,0 \pm 3,1$ . Оцінка болю до операції за Visual Analogue Scale (VAS) склала 5 (від 4 до 8) балів. Больовий синдром мав такі прояви: абдомінальний біль у 60%, поперековий біль у 18%, біль в лівому верхньому квадранті – 40%, біль по лівому фланку – 25%, тазовий біль спостерігався у 80% пацієнток та, як правило, посилювався після фізичного навантаження.

При проведенні трансагінального УЗ дослідження до операції були отримані такі результати: діаметр здухвинних вен справа –  $11,3 \pm 1,6$  мм, зліва –  $11,4 \pm 1,6$  мм, діаметр вен параоваріального сплетіння справа  $5,9 \pm 1,6$  мм, зліва –  $7,6 \pm 1,6$  мм. Діаметр вен параметрального сплетіння справа  $5,4 \pm 1,6$  мм, зліва –  $7,0 \pm 1,8$  мм. Діаметр правої гонадної вени –  $5,9 \pm 1,6$  мм, діаметр лівої гонадної вени склав  $8,4 \pm 1,8$  мм з наявністю гемодинамічно значущого рефлюксу у всіх випадках (100%).

**Результати.** Після проведення стандартного діагностичного протоколу всім пацієнтам ( $n=28$ ) було проведено хірургічне втручання для корекції тазового венозного повнокров'я. 60% ( $n=17$ ) пацієнтам було виконано хірургічне лікування відкритим способом в об'ємі лікування лівої оваріальної вени з подальшим введенням 3% – 2 мл етоксісклеролу в дистальне гирло. 40% ( $n=11$ ) пацієнткам була виконана корекція тазового повнокров'я ендovasкулярним методом з використанням емболізуючої спіралі з подальшим введенням 3% – 2мл етоксісклеролу в місце встановлення спіралі. У 3 випадках виникла потреба встановлення додаткової спіралі через великий діаметр гонадної вени.

Контрольне обстеження всіх пацієнтів було виконано в термін 3 та 6 місяців, включало проведення МСКТ та трансагінального УЗДС вен тазу. VAS в післяопераційному періоді склав 1 (від 0 до 2). При проведенні трансагінального УЗДС дослідження вен тазу були отримані такі результати: Діаметр правої здухвиної вени –  $11,1 \pm 1,6$  мм, лівої –  $11,4 \pm 1,0$  мм. Діаметр вен параоваріального сплетіння справа  $5,2 \pm 1,2$  мм; зліва –  $5,7 \pm 1,4$  мм. Діаметр вен параметрального сплетіння справа  $5,4 \pm 1,3$  мм; зліва –  $4,6 \pm 1,8$  мм. Діаметр правої гонадної вени –  $5,6 \pm 1,0$  мм; ліва гонадна вена не візуалізована в зв'язку з її облітерацією. Рефлюкс по венам тазу у пацієнток після втручання не відмічався.

**Висновки** Трансагінальне УЗДС вен є обов'язковим діагностичним методом у всіх пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я.

Проведення УЗДС вен тазу є обов'язковим для оцінки гемодинаміки вен тазу, що повинно враховуватись для планування хірургічної інтервенції.

У всіх пацієнтів як після відкритого так і після ендovasкулярного втручання відмічався стійкий регрес захворювання по УЗДС картині.

Застосування склеротерапії в лікуванні тазового венозного застою сприяє більш стійкому регресу симптоматики та отриманню найкращих результатів після хірургічного втручання в віддаленому періоді.

<b>Карпенко Л. М., Акулов А. В.</b> Хірургічне лікування особливих видів травм кровоносних судин	32
<b>Кобза І. І., Нестеренко І. Р., Нестеренко В. Л.</b> Синдром «лускунчика»: сучасні підходи до вибору лікувальної тактики	33
<b>Колотило О. Б., Русак О. Б., Іваніцький А. В.</b> Особливості системи гемостазу у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому при реконструктивних операціях на судинах нижніх кінцівок	34
<b>Колотило О. Б., Русак О. Б., Іваніцький А. В.</b> Попередження розвитку реперфузійних ускладнень при реваскуляризації нижніх кінцівок	35
<b>Кополовець І. І., Берек П., Сіготські В., Франковічова М., Русин В. І., Корсак В. В.</b> Реваскуляризація магістральних артерій нижніх кінцівок при багатоповерховому атеросклеротичному ураженні у пацієнтів із критичною ішемією	37
<b>Корсак В. В., Русин В. В., Філіп С. С., Болдіжар П. О., Гаджега І. І.</b> Притоковий варикотромбофлебіт	38
<b>Косинський О. В., Бузмаков Д. Л.</b> Оцінка стану електрофізіологічної активності м'язів гомілок у хворих на післятромботичну хворобу	39
<b>Костів С. Я., Венгер, І. К., Сельський Б. П., Орлов М. П., Цюприк Н. І., Ковальський Д. В., Фарина І. В.</b> Гемостаз при ревакуляризації інфраінгвінального артеріального сегменту в умовах стенозно-оклюзивного процесу гомілкових артерій	40
<b>Кузьменко О. В., Маркулан Л. Ю., Миргородський Д. С.</b> Торцевий світловод – чи є йому місце в «радіальну» епоху?	43
<b>Малиновська Л. Б., Селюк В. М.</b> Венозний тромбоемболізм у хворих з онкопатологією та covid-19	43
<b>Мачуський С. М., Волошин О. М., Суздальченко О. В., Губка В. А., Павліченко В. Д., Расул-заде С. Т., Попова О. Г.</b> Профілактика гіпепігментацій після ендовенозної лазерної абляції епіфасціальних варикозних притоків	45
<b>Миргородський Д. С., Маркулан Л. Ю., Бурка А. О., Кузьменко О. В., Зайцев М. А.</b> Досвід лікування гострих венозних тромбозів нижніх кінцівок у хворих з COVID-19	46
<b>Никоненко А. О., Гавриленко Б. С., Ермолаєв Є. В., Руденко Д. Ю., Буга Д. А., Подлужний Г. С., Прочка Р. М.</b> Зміни гемодинаміки в венах тазу після ендоваскулярної та відкритої хірургічної корекції у пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я	47
<b>Никоненко А. О., Ермолаєв Є. В., Руденко Д. Ю., Никоненко О. С., Буга Д. А., Подлужний Г. С.</b> Власний досвід ендоваскулярного лікування ішемії нижніх кінцівок при ураженні аорто-здухвинного сегменту	48
<b>Нікульников П. І., Данилець А. О., Ліксунов А. В., Северин В. Л., Сікаленко Є. С.</b> Ішемічні ускладнення кишківника після реконструктивних втручань на черевній частині аорти	49
<b>Нікульников П. І., Данилець А. О., Ратушнюк А. В., Бабій О. Л., Сікаленко Є. С.</b> Фактори ризику розвитку спінальної ішемії після реконструктивних операцій на черевній аорті	49
<b>Нікульников П. І., Ліксунов О. В., Ратушнюк А. В., Данилець А. О., Бічер А. Г., Гоменюк А. В., Ліксунов Д. О., Є. С. Сікаленко</b> Пенетруючі виразки абдомінальної аорти, ускладнені розривом	51
<b>Нікульников П. І., Пічка В. В., Каширова О. В., Максимов І. Г.</b> Особливості неврологічного статусу у пацієнтів дитячого віку при патологічній звивистості внутрішніх сонних артерій	52
<b>Нікульников П. І., Пічка В. В., Каширова О. В., Максимов І. Г.</b> Патологічна звивистість внутрішніх сонних артерій у дитячому віку	53
<b>Нікульников П. І., Фуркало С. М., Ратушнюк А. В., Ліксунов О. В., Данилець А. О., Нагребецький О. А., Бабій О. Л., Северин В. Л., Яценко А. І., Бічер А. Г.</b> Лікування аневризми вісцеральних артерій	54
<b>Орел Ю. Г., Бешлей Д. М., Пілюх А. А., Хоркавий Ю. З., Вихтюк Т. І., Слабий О. М.</b> Аневризми ділянки відходження черевного стовбура: розбір клінічних випадків	55
<b>Орлов А. Г., Узун Д. Ю., Фоменко Д. Ю., Орлова Л. Л.</b> Ендопротезування черевного відділу аорти при розриві аневризми аорти	56
<b>Пиптюк О. В., Пиптюк В. О., Телемуха С. Б.</b> Реперфузійний синдром у хворих із загрозливою ішемією на фоні цукрового діабету	57
<b>Попова О. М., Гуменюк К. В.</b> Пошкодження мезентеріальних судин внаслідок бойової травми живота при контамінації черевної порожнини: серія клінічних випадків	58
<b>Прасол В. О., Іванова Ю. В., Зарудний О. О., М'ясоєдов К. В., Чинілін А. В.</b> Фотодинамічна терапія у лікуванні синдрому стопи діабетика	59
<b>Пузирьов Г. С., Ляховський В. І., Сидоренко А. В.</b> Оцінка результатів ендоваскулярного лікування хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи	60
<b>Пуляєва І. С., Прасол В. О., М'ясоєдов К. В.</b> Артеріалізація глибоких вен стопи у хворих з облітеруючим ендартеріїтом з формуванням артеріо-венозної фістули	62