

компресії брахіоцефальних артерій, що сприяли діагностиці синдрому TOS;

– позитивними були проби на клінічне визначення позиційної компресії хребтових артерій;

– на відміну від класично позитивного впливу субакроміальної ін'єкції місцевого пошкодженням ротаторної манжети плеча, у наших хворих, вплив такої блокади на амплітуду та інтервал дуги болю під час відведення кінцівки був короточасним або відсутнім;

– у хворих з клінікою ШПС синдрому та компресією хребтової артерії, трункусно–гангліонарні та вагосимпатичні блокади шийно–грудного рівня позитивно впливали на результати тестів, давали тривалий ефект, в тому числі, і на зменшення інтервалу, або зникнення больового синдрому при відведенні кінцівки;

– порушення функцій в плечовому суглобі в значній мірі залежало від того, яким чином ці функції приймали участь у формуванні позиційної компресії судинно–нервових утворень;

– результати тестів залежали від постанови голови та протилежної кінцівки по відношенню до положення тулуба під час тестування;

– попереднє тривале незручне положення та статично не вигідне положення хворого під час випробування погіршувало результати тестів;

– попереднє протезування верхньої кінцівки з обмеженням рухів у плечовому суглобі, а також вибір комфортної статичної позиції для хворого покращувало результати тестів;

– результати тестів змінювались в залежності від вираженості вертебробазиллярних порушень на момент випробування;

– попередня фізична динамічна активність, як правило, покращувала результати тестування;

– погіршення функцій плечового суглоба супроводжувалось, здебільшого, зменшенням інтенсивності та плавності складних рухів, спостерігалась скутість, сповільненість, до рухів підключалися м'язи тулуба при обмеженій участі лопатки;

– під час тестування функцій плечового суглоба спостерігалось порушення синергізму в роботі груп м'язів, так званих міотонічних одиниць, відзначався феномен декомпозиції рухів (рухи поділялись на окремі послідовні компоненти), біометрії (неадекватність амплітуди), дісдіадохокінезу (сповільнене виконання швидких, альтернуючих рухів).

Ранговий коефіцієнт кореляції вираженості синдромів ВБН та ШПС був розрахований для 212 хворих I групи та 106 хворих II групи з клінічно верифікованим брахіоцефальним синдромом і становив:

I група (n=212) $r=(-0,79)$, $mr=0,037$, $t>3,37$, $p<0,05$;

II група (n=106) $r=(-0,73)$, $mr=0,032$, $t>3,37$, $p<0,05$.

Це свідчило про сильний зворотній кореляційний зв'язок між рефлекторно–тонічними контрактурами в області плечового суглоба та вираженістю ВБН у хворих з СКХА.

Висновки. Проведене обстеження дозволило визначити, що дегенеративні зміни в ШВХ та області плечового суглоба виникають до клінічної маніфестації ШПС у хворих з СКХА, про що свідчать результати інструментальних методів дослідження (Rg, МРТ) на момент визначення перших клінічних проявів ШПС у хворих з підтвердженням СКХА. Характер клінічного перебігу СКХА знаходить відображення в комплексі клінічних симптомів ШПС при наявності сильної негативної кореляції: I група (n = 212), $r = (-0.79)$, $p < 0.05$; II група (n = 106), $r = (-0.73)$, $p < 0.05$.

Клінічний випадок успішного комбінованого хірургічного лікування тромбозу поверхневих вен: інноваційний підхід через поєднання різних методик

Дружкін М. В., Клименко А. В.

Запорізький державний медико–фармацевтичний університет

Актуальність. Тромбоз поверхневих вен нижніх кінцівок є поширеною проблемою, що може призвести до серйозних ускладнень та негативно впливати на якість життя пацієнтів. Розробка та впровадження ефективних та безпечних методів лікування є критично важливими для поліпшення клінічних результатів.

Матеріали і методи. Цей досвід описує лікування пацієнта 60 років з гострим тромбозом великої підшкірної вени (ВПВ) та малої підшкірної вени (МПВ) на тлі хронічної венозної недостатності (ХВН), С4 клінічним класом за СЕАР. За даними проведення УЗАС було підтверджено наявність флотуючого тромбу ВПВ на рівні коліна, з довжиною флотуючої голівки 5см.

В цьому випадку було використано комбінований операційний підхід, який включав перивенозну інфільтрацію фізіо-

логічного розчину проксимальніше від голівки тромбу з метою компресії ВПВ та попередженню венозної тромбоемболії (ВТЕ), радіочастотну абляцію вільного від тромбів ствола ВПВ з пункційним імпортуванням катетера в антеградному напрямку під ультразвуковим (УЗ) контролем, флебектомію МПВ, тромбектомію з сафено–поплітеального з'єднання, з одномоментним виконанням мініфлебектомії тромбованих притоків. Операція проводилась під спінальною анестезією. Втручання виконано в термін до 10 днів від початку скарг, за ургентним порядком. Пацієнт був виписаний на наступний день від дати операції з позитивним ефектом та подальшим регресом симптомів ТПВ в термін до 7 діб. Через 3 місяці у пацієнта спостерігалися УЗ ознаки фіброзу ВПВ. Ускладнень не відмічено.

Результати. Представлений варіант операції показав позитивні результати, включаючи ефективну абляцію уражених вен, відновлення венозного відтоку та поліпшення симптоматики тромбозу. Комбіноване використання радіочастотної абляції та відкритих хірургічних методик забезпечило ефективне управління станом пацієнта з мінімальними ускладненнями та коротким терміном відновлення.

Висновки. Метод підкреслює значення комбінованого підходу у лікуванні тромбозу поверхневих вен, демонструючи його ефективність, безпеку та перевагу в скороченні часу відновлення для пацієнтів. Метод, застосований в цьому випадку, може бути взятий за основу для подальшого вивчення та застосування у клінічній практиці.

Об'єктивізація оцінки місцевого кровообігу при мікроангіопатіях стоп

Каніковський О. Є., Сандер С. В., Бондарчук О. І.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Вступ. На амбулаторний прийом до ангіологів часто звертаються хворі із скаргами на мерзлякуватість пальців стоп і парестезії. При цьому пульсація на магістральних артеріях збережена. Неврологи через відсутність грубої неврологічної симптоматики виключають «свою» патологію. Задача ангіолога об'єктивно визначити зв'язок судинних розладів з цими скаргами.

Зазвичай це вирішують ґрунтуючись на клінічних (часто суб'єктивних) ознаках: мерзлякуватість, парестезії, біль, скутість у суглобах, трофічні зміни шкіри (стандартна методика). Але, ці зміни не завжди є проявами порушення місцевого кровообігу. Стандартним додатковим методом є реовазографія (РВГ) з нітрогліцериновою пробою. Але, РВГ не спроможна оцінити стан кровопостачання пальців стопи. При стандартній методиці не можливо точно визначити ступінь порушення місцевого кровообігу. Прийом нітрогліцерину часто протипоказаний або супроводжується побічними явищами.

Мета. Об'єктивізація оцінки стану місцевого кровообігу стопи.

Матеріали і методи. Обстежено 112 пацієнтів (18 – 73 років). Обстеження кожного пацієнта проводили і за стандартною, і за оптимізованою (фотоплетизмографія, індекс перфузії, проби з навантаженням та охолодженням) методикою. Використовували пульсоксиметри, що визначали індекс перфузії та реєстрували фотоплетизмограму. Порівнювали показники стопи та кисті. Проби з навантаженням та охолодженням проводили у спірних випадках.

Проба з навантаженням (модифікація проби Гольдфлама): індекс перфузії та фотоплетизмограму реєстрували перед та після навантаження (хворий на спині виконував 15 згинань та розгинань у гомілковостопних суглобах).

Проба з охолодженням – індекс перфузії та фотоплетизмограму реєстрували перед та після охолодження (водогінна вода впродовж 1 хв зимою, 2 хв літом).

Результати. У 23 пацієнтів були відсутні ознаки мікроангіопатії стопи (контрольна група). Мерзлякуватість стоп від-

мічали 89 обстежених, парестезії – 68, біль у різних ділянках стопи і гомілки – 25, переміжну ходу – 14, скутість у суглобах – 12. Трофічні зміни шкіри виникали у 37 пацієнтів, сповільнення (понад 5 сек) «капілярної» відповіді – у 78, гіпотермія шкіри – у 82.

В нормі (контрольна група) плетизмограма була високоамплітудною, показники стопи становили 90 – 120% від показників кисті і зростали при навантаженні понад 30%. При компенсованих порушеннях реєстрували високоамплітудну плетизмограму, показники стопи становили 90 – 120% і зростали при навантаженні менше, ніж на 30%. При субкомпенсованих порушеннях реєстрували низькоамплітудну плетизмограму, показники стопи становили 50 – 90% показників кисті і при навантаженні не змінювались або зменшувались. При декомпенсованих порушеннях реєстрували низькоамплітудну плетизмограму, показники стопи становили менше 50% показників кисті і зменшувались при навантаженні.

За стандартної методики мікроангіопатію діагностували у 84 (94,4%) пацієнтів. Виключити мікроангіопатію вдалось лише у 5 (5,6%) пацієнтів. За оптимізованої методики мікроангіопатію діагностували у 71 (79,8%) пацієнта (компенсована – 43 (60,6%), субкомпенсована – 22 (31,0%), декомпенсована – 6 (8,4%). Альтернативну патологію діагностовано у 18 (20,2%) пацієнтів.

При обстеженні за стандартною методикою визначення ступеню порушення місцевого кровообігу практично не можливе. Визначення індексу перфузії, проведення плетизмографії та проб з навантаженням та охолодженням дозволяють об'єктивувати оцінку стану місцевого кровообігу, визначити ступінь їх розладів, уникати необґрунтованої діагностики мікроангіопатії. Завдяки цьому вдавалось аргументовано встановити зв'язок між скаргами та розладами кровообігу.

Висновки. Діагностика патології місцевого кровообігу має ґрунтуватись на об'єктивних критеріях, зокрема плетизмографія та індекс перфузії, що дозволить визначити роль змін гемодинаміки у розвитку патології стопи.