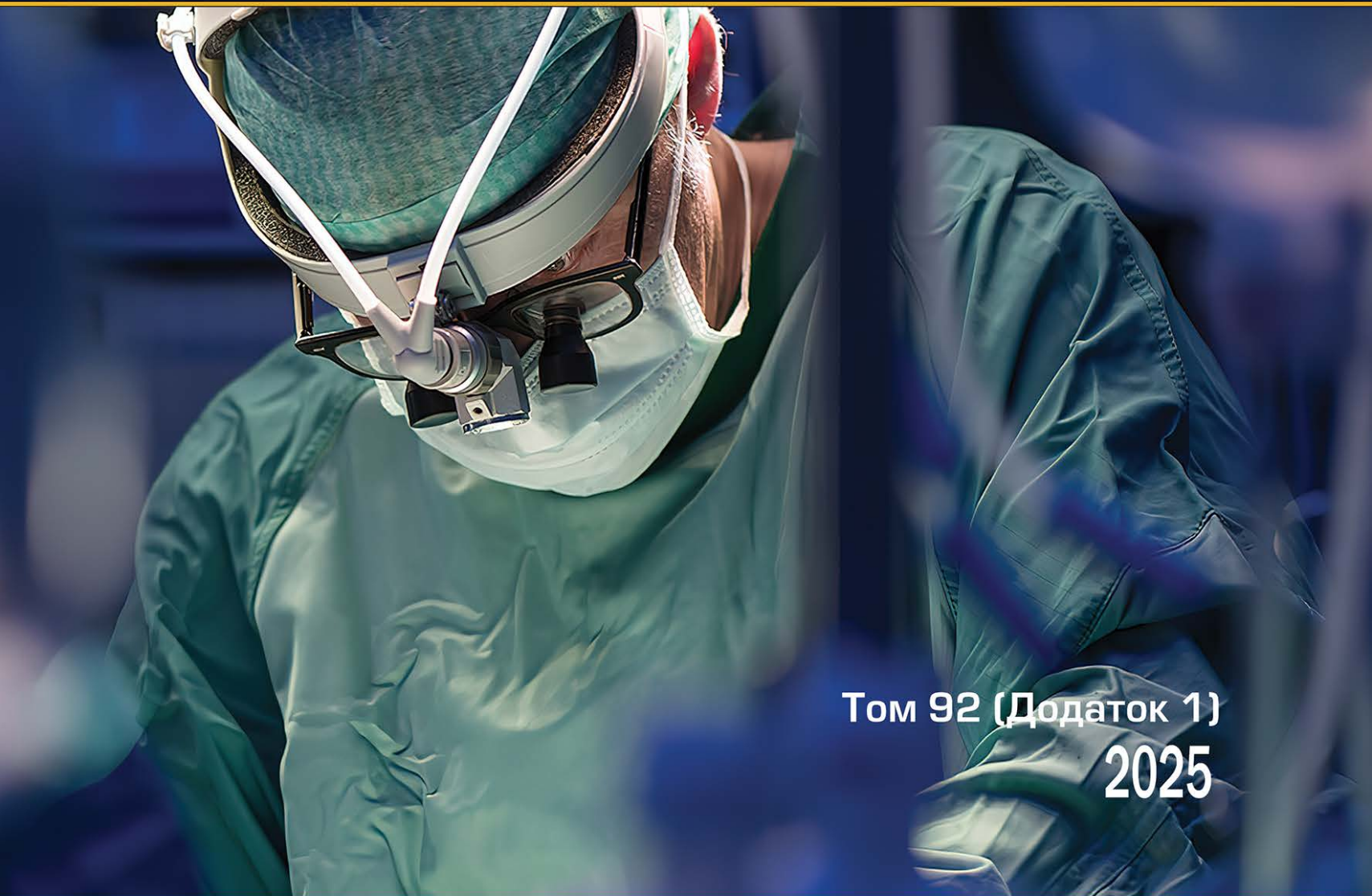


p-ISSN: 2786-8311
e-ISSN: 2786-832X

Український журнал КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

The Ukrainian Journal of Clinical Surgery



Том 92 (Додаток 1)
2025

www.hirurgiua.com.ua

Ліга-Інформ

кового сегменту збільшився в 1,5 – 2 рази. До групи В були віднесені 64 пацієнта, у яких дебіт ПКА після БАП артерій гомілкового сегменту підвищився більше ніж в 2 рази.

Всім пацієнтам в залежності від ступеня збільшення дебіту ПКА після БАП, показників $TcPO_2$, варіанту ревазуляризації згідно ангіосомної концепції була нарахована певна кількість балів та співставлена з якістю та термінами загоєння ран у групах. Середня кількість балів на одного хворого у виділених групах: А – 0,59, Б – 3,41, В – 5,47. Вважаємо, що розрахунок кількісних змін дебіту ПКА після виконання БАП достатньо точно визначає перспективу загоєння ран стопи після некректомії у хворих на ЦД з ІФ СДС на тлі СОУ артерій гомілкового сегменту з загрозовою ішемією нижньої кінцівки та некрозами стопи ішемічного генезу та може бути критерієм формулювання подальшої тактики: або термінове шунтування в артерії гомілково–стопового сегменту чи ампутація кінцівки на оптимальному рівні для подальшого протезування, або довготривале і високо затратне лікування ран стопи з метою їх повного загоєння.

Висновки. Вимірювання $TcPO_2$ та визначення варіанту ревазуляризації (пряма, колатеральна та опосередкована) за результатами БАП дозволяє нарахувати пацієнтам груп А, Б та В відповідну кількість балів, сума яких по-

казує прогноз загоєння ран стопи та терміни застосування інших методів ревазуляризації або виконання ампутації. Середня кількість балів на одного хворого у виділених групах: А – 0,59, Б – 3,41, В – 5,47. Вірогідність загоєння ран стопи: 5–6 балів – висока, 4 бали – помірна, 3 бали – низька, менше 3 балів – відсутня;

Розподіл хворих на групи А, Б та В, згідно зростання дебіту ПКА після БАП гомілкових артерій дозволяє визначити тактику та терміни лікування ран стопи у групах: А – перспектив загоєння ран стопи майже немає (1 міс – 0%, 3 міс – 3,5%), показане термінове шунтування в артерії гомілково–стопового сегменту або ампутація кінцівки на оптимальному рівні для подальшого протезування; Б – перспективи загоєння ран стопи сумнівні (1 міс – 27,3%, 3 міс – 50,0%), показане лікування ран стопи протягом 1 місяця, при відсутності, як мінімум, часткового загоєння ран стопи – шунтування в артерії гомілково–стопового сегменту або ампутація; В – перспективи загоєння ран стопи добрі (1 міс – 70,3%, 3 міс – 82,8%), показане лікування ран стопи до 3 місяців, при відсутності, як мінімум, часткового загоєння ран стопи – шунтування в артерії гомілково–стопового сегменту або ампутація.

Роль комбінованих і відкритих хірургічних методів у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок: аналітичний огляд результатів

Дружкін М. В.

Запорізький державний медико–фармацевтичний університет

Актуальність. Ендовенозна абляція як спосіб лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) отримала визнання за рахунок своєї ефективності, мінімальної інвазивності та безпеки. Проте, у деяких випадках хірурги змушені застосовувати відкрите оперативне лікування, яке може бути як повністю остаточним, так і доповнювати ендовенозні методи абляції в якості етапу комбінованого лікування.

Мета роботи. Встановити роль і місце відкритого оперативного лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Проведено дослідження результатів лікування 139 пацієнтів на ВХНК на базі ТОВ «Крам інвест» («UniClinic», м. Запоріжжя) за 2024 рік. Група складалась із 92 (66,19%) жінок та 47 (33,81%) чоловіків, а середній вік становив $49,83 \pm 14,41$ роки (від 19 до 75 років). За джерелом венозного рефлюксу встановлено наступні варіанти: неспроможне сафено–феморальне співв'язтя (СФС) мали 87 (62,59%), неспроможне сафено–поплітеальне співв'язтя (СПС) – 29 (20,86%), неспроможні гомілкові перфоранти (НГП) – 23 (16,55%) пацієнтів.

В залежності від способу хірургічного лікування хворі розподілені на 3 групи. У I групі (n=73, 52,52%) застосо-

вано ендовенозну радіочастотну абляцію (РЧА). У II групі (n=18, 12,95%) виконувались відкриті оперативні втручання, з яких у 12 (60,00%) в якості остаточного способу застосовані кросектомія, стріпінг стовбура великої (ВПВ) і/чи малої підшкірної вени (МПВ) з мініфлебектомією притоків стовбурів, у 8 (40,00%) – перев'язка НГП і висічення притоків під інтраопераційною ультразвуковою навігацією. У III групі (n=48, 34,53%) застосовано комбіноване хірургічне лікування, яке полягало в одномоментному виконанні ендовенозної РЧА стовбура ВПВ і/чи МПВ з мініфлебектомією притоків стовбурів, і/чи перев'язкою НГП. Групи хворих були співставні за основними критеріями. Планові огляди та УЗ–дослідження пацієнтів проводились через 1, 3 та 6 місяців після хірургічного втручання. Оцінка результатів включала динаміку хронічної венозної недостатності за шкалою VCSS, інтенсивність болю за шкалою VAS, післяопераційні ультразвукові показники, ускладнення та якість життя за шкалою CIVIQ20.

Результати. При аналізі отриманих даних встановлено, що відкриті оперативні втручання в якості:

– остаточного способу лікування виконувались при: технічній неможливості виконання ендовенозної РЧА (підви-

щена звитість або наявність великих за розміром (>15мм у діаметрі) або множинних (≥3) варикозних вузлів стовбура ВПВ і/чи МПВ); наявний або перенесений гострий тромбоз стовбура ВПВ і/чи МПВ; ін'єкційна наркоманія із задіяним у запальний процес стовбуром ВПВ; рецидив варикозної хвороби після раніше виконаних операцій; наявність НППГ; наявність анатомічних особливостей будови венозної системи поверхневих підшкірних вен (загальне сафено-феморальне співустя стовбура ВПВ та передньої додаткової сафенової вени; рефлюкс в систему вени Джіакоміні із верхньої третини стовбура МПВ; високе впадіння вени Джіакоміні у стовбур ВПВ); імплантований штучний водій серцевого ритму;

– комбінованого лікування – при технічній можливості і відсутності протипоказань до ендовенозної РЧА стовбура ВПВ і/чи МПВ у сполученні з одним із перелічених станів: наявний або перенесений гострий тромбоз притоків стовбура ВПВ і/чи МПВ; високе впадіння передньої додаткової сафенової вени або її значна склеротична трансформація;

значні склеротичні зміни притоків стовбура ВПВ і/чи МПВ і наявні трофічні зміни шкіри із прогнозованою неефективністю естетичного ефекту лікування; наявний великий за розміром (>15мм у діаметрі) варикозний вузол із прогнозованою можливістю його гострого тромбозу після РЧА; наявний низький горизонтальний вено-венозний рефлюкс із неспроможними (патологічними) перфорантами гомілки.

Висновок. Незважаючи на поширеність ендовенозних методів, відкрите оперативне лікування залишається актуальним як в якості остаточного, так і етапу комбінованого лікування пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок. Показання до застосування відкритого оперативного втручання встановлюються після комплексної оцінки даних зовнішнього огляду кінцівки, анамнезу хвороби, клінічного класу і наявних гострих або хронічних ускладнень захворювання, даних ультразвукової доплерографії венозної системи кінцівки, раннього та віддаленого прогнозу ефективності лікування.

Адвентиційна кіста підколінної артерії

Єрмолаєв Є. В.

Запорізька обласна клінічна лікарня

Вступ. Адвентиційна кіста артерії (АКА) є рідким судинним неатеросклеротичним захворюванням, вперше описаним Atkins HJ. і Key JA. в 1947 році як випадок міксоматозної пухлини в лівій зовнішній здухвинній артерії. Всього в літературі описано близько 360 випадків лікування АКА. Існують декілька теорій розвитку АКА: а) муцинозна дегенерація, яка пов'язана з системним розладом; б) кістозна дегенерація адвентиції судини в наслідок травми; в) формування АКА з синовіальних структур суглоба; г) порушення ембріогенезу – поміщення мезенхімальних клітин, що секретують муцин, в адвентицію судин. Захворювання характеризується формуванням артеріальної оклюзії в наслідок утворення кістозної маси в середині зовнішнього (субадвентиційного) шару, переважним ураженням підколінної артерії, типовою клінікою хронічної ішемії кінцівки. Діагноз підтверджується за допомогою методів візуалізації, таких як ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) та ангіографія. Варіанти лікування включають хірургічне втручання, черезшкірну аспірацію та консервативну тактику спостереження.

Мета. Аналіз клінічного випадку АКА.

Матеріал та методи. Проведено аналіз діагностики та хірургічного лікування пацієнта з адвентиційною кістою підколінної артерії. Діагноз верифіковано методом МСКТ ангіографії (Toshiba Aquilion 64) та МРТ (MAGNETOM Amira A BioMatrix System «Siemens»), післяопераційному періоді контроль ангіодіагностики забезпечено ультразвуковими дуплексним скануванням (General Electric Logiq P6).

Результати. Клінічний випадок. В червні 2022 року на лікуванні знаходився 48-річний чоловік, у якого поступово розвинулась переміжна кульгавість лівої нижньої кінцівки та біль в ділянці колінного суглобу. При огляді пульсація артерій правої нижньої кінцівки пацієнта була в межах норми, ліворуч пульсація підколінної артерії та артерій стопи не визначалась. Первинно пацієнт спостерігався лікарем – артрологом та планувався на хірургічне втручання з приводу патології меніска. При МРТ обстеженні колінного суглобу діагностовано новоутворення лівої підколінної ямки. При ультразвуковому дослідженні виявлено гіпоехогенне параваскулярне утворення лівої підколінної ямки, тісно пов'язане з лівою підколінною артерією, що викликало циркулярну компресію артерії. МСКТ ангіографія показала гіподенсне новоутворення 4×8 см, що викликало сегментарну оклюзію лівої підколінної артерії протяжністю до 4 см, біфуркація артерія мала ознаки атеросклеротичного ураження. Диференційний діагноз виключав периферичну емболію.

Проведено хірургічне лікування. Був виконаний повний медіальний хірургічний доступ до підколінного судинно-нервового пучка (без перетину медіальної головки ікроножного м'яза). Виявлена кіста в стінці лівої підколінної артерії. Кісту відкрили з евакуацією в'язкого, желеподібного матеріалу янтарного кольору. Вся стінка кісти була висічена. Після цистектомії спостерігалось відновлення задовільного пульсу на підколінній артерії. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Контроль доплерівського ультразвукового дослідження який був проведений че-

ЗМІСТ

Абраменко А. В., Масуді А. В., Шульга В. М., Верещагін С. В., Слободянюк О. В. Розрив аневризми черевного відділу аорти: наш досвід роботи в умовах військового часу та реформ НСЗУ	3
Атаманюк О. Ю., Рибак В. В. Статичні розлади стопи як фактор ризику варикозної хвороби нижніх кінцівок	3
Бицай А. М. Особливості хірургічного лікування хворих на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок з дистальними оклюзійними ураженнями на тлі критичної ішемії	4
Булатова Л. В., Чехлов М. В., Триморуш Д. С. Сучасні можливості зменшення проявів і повного уникнення ускладнень склеротерапії	5
Ю. Г. Вагіс, С. М. Фуркало Застосування внутрішньосудинної візуалізації для оптимізації лікування пацієнтів з критичною загрозливою ішемією нижніх кінцівок	5
Вовк М. С., Роговський В. М., Коваль Б. М., Щепетов М. В., Яцун В. В., Борківець О. М., Родіонов О. С. Комплексне хірургічне лікування поранених при бойовій травмі магістральних судин кінцівок на III та IV рівні медичного забезпечення	6
Волошин О. М., Суздальченко О. В., Губка В. О., Павличенко В. Д., Мачуський С. М., Расул Заде С. Т. Порівняння одномоментного та етапного лікування варикозу	7
Герасимов В. В. Реалії та контраверсії тромбопрофілактики при сучасному хірургічному лікуванні ХЗВ	7
Герасимов В. В. Ціанакрилатна облітерація – «попелюшка» сучасної флебології. Як подолати страх до застосування методики	9
Герасимова Е. В. Застосування Nd:YAG 1064 нм та мікросклеротерапії в лікуванні ретикулярних вен та телеангіектазій нижніх кінцівок	10
Герасимова Е. В. Компресійна терапія при ХЗВ: в фокусі уваги компресійні бинти	11
Голяченко О., Гупало Ю., Майстренко В., Аннишинець Я. Комплексне лікування хворих на облітеруючий атеросклероз та цукровий діабет	12
Горбовець В. С., Мельничук Г. О., Горбовець С–С. В. Порівняльний аналіз результатів застосування ендовенозного зварювання і радіочастотної абляції в лікуванні пацієнтів з хронічними захворюваннями вен	12
Губка В. О., Волошин О. М., Суздальченко О. В., Мачуський С. М., Павличенко В. Д. Лікування перфорантних вен у пацієнтів з варикозною хворобою, ускладненою трофічними виразками	13
С. В. Дибкалюк, Черняк В. А., Зоргач В. Ю., Бейчук С. В., Топорівський Б. В., Терещенко В. О. Аналіз залежності вертебро–базиліарних порушень та дегенеративно–дистрофічних змін шийного відділу хребта відповідно сегмента V1 хребтової артерії у військових, волонтерів та внутрішньо переміщених осіб в умовах військового часу	14
Діденко С. Н., Субботін В. Ю., Гупало Ю. М., Орлич О. М., Собко О. А. Роль інтраопераційної дебітометрії у виборі тактики лікування хворих на цукровий діабет зі стенотично–оклюзійним ураженням артерій гомілкового сегменту	15
Дружкін М. В. Роль комбінованих і відкритих хірургічних методів у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок: аналітичний огляд результатів	16
Єрмолаєв Є. В. Адвентиційна кіста підколінної артерії	17
Єрмолаєв Є. В. Вогнепальне травматичне ушкодження сонних артерій, досвід хірургічного лікування	18