

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



**XXIV  
З'їзд ХІРУРГІВ  
УКРАЇНИ,**

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

**2018**

26-28 вересня  
м. Київ

3. Беручи до уваги розширення показань для операцій при пухлинах з реконструктивно-пластичним судинним компонентом, є необхідність навчання онкохірургів навичкам ангіо- та мікрохірургії.

### Компресійна флебосклерозуюча терапія в лікуванні телеангіектазій та ретикулярного варикозу

Ю. О. Супрун, Т. М. Галига, Ю. А. Діброва

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України

**Вступ.** Ретикулярний варикоз (РВ) та телеангіектазії (ТАЕ) відносяться до першого клінічного класу С1 хронічних захворювань вен (ХЗВ) згідно міжнародної класифікації СЕАР.

Серед хворих з патологією венозної системи пацієнти з ТАЕ і РВ складають чисельну групу, а в загальній когорті респондентів питома вага класу С1 досягає 22%. Способом вибору лікування цієї патології є флебосклерозуюча терапія (ФСТ) в різних її варіантах.

**Мета дослідження.** Покращити результати лікування хворих на ТАЕ та РВ шляхом вдосконалення способу компресійної флебосклерозуючої терапії.

**Об'єкт і методи дослідження.** За період 2015–2017 роки спостерігали 89 хворих з ТЕА та РВ. Одинокі форми визначались у 11 хворих, множинні у вигляді гребінця – у 78 пацієнтів. Інтрадермальні форми мали місце у 49 хворих, екстрадермальні (субепітеліальні) – у 40 випадках. ТАЕ та РВ у 48 (54%) пацієнтів локалізувалися на стегні, у 41 (46%) – на гомілці.

Чоловіків було 11, жінок – 78. За віком розподіл був наступний: до 25 років було 30 пацієнтів, від 26 до 55 – 39, від 56–до 77 років – 20 хворих. Середній вік пацієнтів становив 47+7,8 років. Тривалість існування ТАЕ та РВ становила 13,4±4,9 років. Всі хворі були обстежені (дуплексне ангіосканування, загальний аналіз крові, сечі, біохімічні аналізи, коагулограму, огляд гінеколога).

**Результати та їх обговорення.** Всім хворим була проведена компресійна флебосклерозуюча терапія (ФСТ). Для проведення ФСТ застосовували 0,5% розчин полідаконолу та тетрадецил сульфату натрію. При цьому 20 пацієнтам було проведено по 2 сеанси флебосклерозування, 41 – по 3–4 сеанси та 28 пацієнтам по 5–8 сеансів ФСТ. Повторні сеанси проводили через 2 тижні. Необхідність проведення повторних сеансів визначалась розповсюдженням РВ та ТАЕ та ефективністю попередніх ін'єкцій.

Для попередження міграції кінчика голки за межі просвіту вени, яка могла бути обумовлена фізіологічним тремтінням (тремором) руки, останнім часом стали застосовувати пункційний адаптер МР-2473 апарату ультразвукової діагностики Aloka SSD-1700. Застосування цього адаптера давало змогу надійно фіксувати кінчик голки в просвіті вени при зміні положення кінцівки та уникнути виникнення ускладнень, пов'язаних з пункцією ТАЕ чи то РВ. Після введення склерозанту проводили еластичне бинтування кінцівки. В перші 2–3 доби еластичний бинт був фіксований на кінцівці постійно, а в подальшому знімався на ніч до наступного сеансу.

Оцінку результатів лікування проводили через кожні 3–4 місяців на протязі 1,5 років.

Відмінні та добрі результати отримані у 62 (70,2%) хворого (зникли чи значно зменшилися в розмірах судинні зірочки, значно зменшилась вираженість РВ). Зникли чи майже не турбували скарги на відчуття печіння, повзання мурашок, парестезії в томілці

чи стегні. У 21 (22,9%) пацієнті отримано задовільний результат компресійної ФСТ. У 6 (6,9%) пацієнтів позитивний результат практично не був досягнутий, що визначалося візуальною оцінкою та клінічними проявами.

**Висновки:**

1. Компресійна флєбосклерозуюча терапія є дієвим способом лікування ТАЕ та РВ нижніх кінцівок.
2. Застосування пункційного адаптера МР-2473 апарату ультразвукової діагностики Aloka SSD-1700 дало змогу покращити результати лікування пацієнтів з ТАЕ та РВ та уникнути ускладнень під час пункції РВ та ТАЕ.

## Шляхи переривання патологічного венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення

В. В. Теплий, І. В. Колосович, Х. О. Корольова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

В розвитку ретикулярного варикозу (РВ) ключову роль відіграє венозний рефлюкс, який може бути як із поверхневої так і з глибокої венозної системи. За даними більшості авторів капіляри сосочкового шару дерми дрениуються в підсосочкові венозні сплетення, які в свою чергу з'єднуються в ретикулярні венозні сплетення, які впадають в поверхневу венозну систему, або інколи по нетиповим комунікантам в глибоку венозну систему. Головною причиною рецидивів РВ є неусунення джерел рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення.

**Мета роботи.** Порівняти різні методики переривання венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення. Визначити найбільш ефективну та найменш інвазивну комбінацію методик.

**Матеріали та методи.** Було виконано проспективне рандомізоване контрольоване дослідження до якого залучено 44 хворих віком від 20 до 48 років. В усіх пацієнтів вдалося визначити місця рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення за допомогою рутинного дуплексного обстеження нижніх кінцівок. Всіх обстежених розділили на 2 групи. Першій групі пацієнтів (21 хворий) перфорантні вени з венозним рефлюксом, які живили ретикулярні венозні сплетення та спричиняли прояви ретикулярного варикозу склерозували пінними склерозантом (полідоканолом 0,5% концентрації) під контролем УЗД. Другій групі (23 пацієнти) ліквідацію рефлюксу проводили шляхом пересічення та лігування перфорантних судин шляхом мініфлєбектомії. В обох групах пацієнтів після ліквідації венозного рефлюксу проводили склерозацію усіх видимих ретикулярних вен та телеангіектазій рідким 0,25% полідоканолом.

Результати лікування оцінені в одно-, шестимісячний та річний терміни. Для цього за рекомендаціями European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders достатньо лише клінічної, візуальної оцінки отриманого результату. Усім пацієнтам проводили контрольне УЗД. Рецидивом вважали відновлення візуалізації судин, які підлягали склерозації, або відновлення кровотоку в перфорантних венах, що реєструвалось при УЗД.

**Результати та обговорення.** В групі обстежених, яким окрім склеротерапії ліквідовано венозний рефлюкс за допомогою мініфлєбектомії не зареєстровано рецидивів захворювання як в місячний, так і в 6-ти місячний та річний терміни.

У групі пацієнтів, яким виконували пінну склерооблітерацію перфорантних живлячих судин, рецидив РВ в місячний термін виник у 1 пацієнта, та ще в одного при УЗД