

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

почало реєструватися поновлення кровотоку в склерозованій судині. В даній ділянці впродовж наступних 6 місяців виник рецидив РВ ($p < 0,001$). Обом пацієнтам була виконана мініфлебектомія та повторна склерозація ретикулярних вен. Ще у двох пацієнтів цієї групи – не повністю склерозувалися судини після першої процедури склеротерапії, що потребувало повторних сеансів склерозації.

В обох групах не зареєстровано серйозних ускладнень склеротерапії. Невеликі ускладнення: біль, відчуття печії та гіперемія шкіри в місці ін'єкції спостерігались у 9 пацієнтів першої групи та 7 пацієнтів другої групи ($p = 0,4$; різниця не є статистично значущою) та минали самостійно протягом перших трьох діб після проведення процедури.

Вдоволення результатом проведеного лікування висловили 17 пацієнтів (81%) першої та 23 пацієнтів (100,0%) другої групи ($p = 0,03$).

Варто також відзначити, що місця проколів після мініфлебектомії у річний термін стали практично непомітними неозброєному оку, тобто косметичність та естетичність результату цілком відповідає суто ін'єкційному методу лікування.

Висновки. Найбільш ефективну ліквідацію венозного рефлюксу в ретикулярні венозні сплетення при лікуванні ретикулярного варикозу та телеангіектазій забезпечує мініінвазивне хірургічне припинення венозного рефлюксу шляхом мініфлебектомії та пересічення під УЗД контролем перфорантних судин, що безпосередньо живлять ретикулярні венозні сплетення. Перевагами даного підходу є низька травматичність, гарний косметичний ефект та довготривалість отриманого результату лікування.

Аналіз летальності у хворих за ускладненого синдрому діабетичної стопи з проявами сепсису в сучасних умовах

О. В. Трибушний

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Вступ. Збільшення тривалості життя у хворих на цукровий діабет (ЦД) призводить до розвитку пізніх ускладнень, в тому числі синдрому діабетичної стопи (СДС), частота якого збільшується кожного року на 2–6%.

Якщо прийняти до уваги, що серед хворих на сепсис близько 8–19% є пацієнти з порушенням вуглеводного обміну, то логічним є припущення щодо збільшення розвитку останнього у хворих на ускладнений СДС.

Мета. З'ясувати паралелі між показниками летальності у хворих на сепсис на тлі ускладненого СДС за протоколом Погоджувальної конференції (1992 р.) та настанови експертів («Sepsis 3»).

Матеріали і методи. Ретроспективно і проспективно проаналізовано 938 історій хвороб пацієнтів на ускладнений СДС, у 9,2% хворих захворювання було обтяжене сепсисом. Згідно з настановами III Міжнародного консенсусу по визначенню сепсису та септичного шоку використовували новий приліжковий клінічний показник – qSOFA. Проаналізувавши 42 випадків летальності хворих на сепсис на тлі ускладненого СДС встановлено, що згідно класифікації R.C. Bone[3] вони були розподілені наступним чином: сепсис – 5, тяжкий сепсис – 19, септичний шок – 10, синдром ПОН – 8. Співвідношення між сепсисом та його ускладненими формами було: 11,9 до 88,1%.

Співставивши попередні випадки летальності з такими, які висвітлені в настанові «Sepsis 3» встановлено, що деякі форми септичного процесу були віднесені до усклад-

нених форм перебільшено. Тобто кількість балів за клінічним показником qSOFA не перевищував 1 бал. Це дало можливість віднести до категорії сепсис 5 випадків летальності (11,9%), а до септичного шоку – 37 (88,1%).

Тобто, з 92 хворих з ознаками сепсису до групи сепсису віднесено 31 пацієнт (33,7%), до групи СШ – 61 (66,3%). З 42 померлих (45,7%) летальність у хворих на сепсис склала 16,1%, при СШ – 60,7%. Пацієнти, що видужали від сепсису склали 83,9% (26 з 36 хворих), тоді як при СШ – лише 24 (39,3%).

Померли 13 хворих (30,9%), які не були оперовані: з них 5 – категорично відмовилися від оперативного втручання, що документально підтверджено в історіях хвороби. Тривалість перебування їх в стаціонарі становило в середньому ($4,6 \pm 0,6$) доби. Вісім хворих померли в перші години після госпіталізації у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Їх стан був розцінений як неоперабельний.

Інші 29 хворих, які померли, оперовані під загальним знеболенням. Їм, як правило, виконувалися «високі» ампутації нижньої кінцівки з приводу вологої гангрені.

Результати. Проаналізувавши попередні випадки летальності з такими, які висвітлені в настанові «Sepsis 3», встановлено, що деякі форми септичного процесу були віднесені до ускладнених форм перебільшено. Тобто, кількість балів за клінічним показником qSOFA не перевищував 1 бал. Це дало можливість віднести до категорії сепсис 5 випадків летальності (11,9%), а до септичного шоку – 37 (88,1%).

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчать про те, що впровадження настанов III Міжнародного консенсусу по визначенню сепсису та септичного шоку в клінічну практику дозволить уникнути розбіжностей в постановці діагнозу та структури летальності.

Найсучасніші модифікації ендовазальних термічних методик: аналіз власного досвіду

О. Ю. Усенко, М. О. Артеменко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

Постановка проблеми. За останні роки ендовазальні термічні (ЕТ) методики показали свою високу ефективність в лікуванні варикозної хвороби. Найбільш розповсюдженими та задокументованими методиками є ендовазальна лазерна коагуляція (ЕВЛК) та радіочастотна облітерація (РЧО). Найсучасніша методика ЕВЛК являє собою поєднання лазера з довжиною хвилі 1470 нм та 2 кільцевого радіального світловоду (Biolitec, ФРН). Найновішою системою РЧО є ClosureFast (Medtronic, США). Питання вибору найкращої ЕТ методики залишається відкритим.

Мета дослідження. Метою дослідження було порівняння результатів та побічних явищ після ЕВЛК із застосуванням поєднання 1470 нм діодного лазера із використанням 2 кільцевого радіального світловоду та РЧО системи ClosureFast.

Матеріал і методи дослідження. Нерандомізоване, проспективне дослідження включало 152 кінцівки у 140 пацієнтів з варикозною хворобою (ВХ) з підтвердженою ультразвуковим дослідженням неспроможністю ВПВ (77,36%) або МПВ (22,64%). Пацієнти були розділені на 2 групи: 70 пацієнтам була проведена ЕВЛК, 70 пацієнтам РЧО. Втручання проводились із застосуванням тумесцентної анестезії розчином Klein. Проводилась безперервна автоматична тракція світловоду на потужності 10 Вт, середній LEED складав 72 Дж/см. РЧО проводилась згідно стандартного протоколу, проводилось по