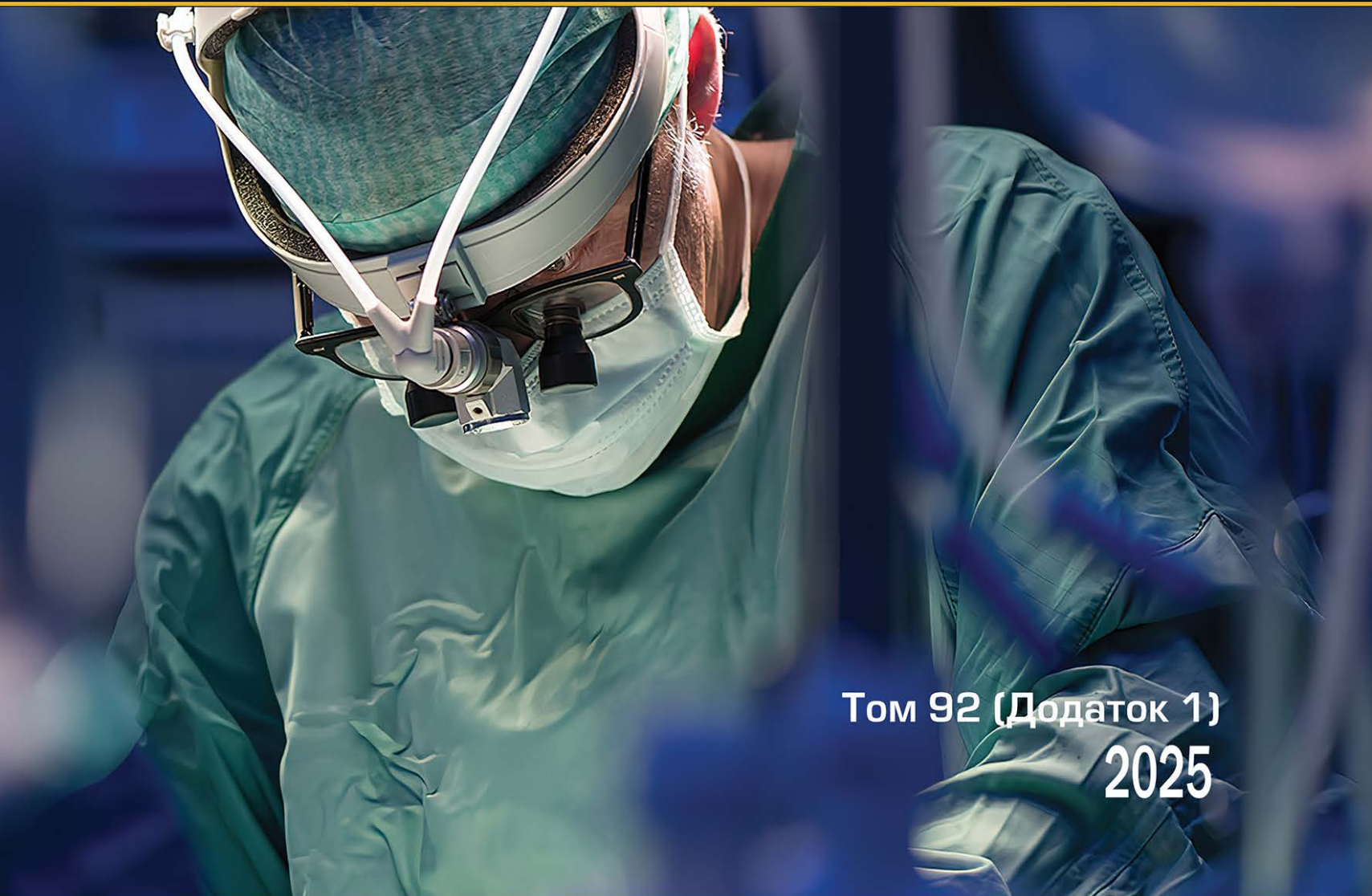


p-ISSN: 2786-8311
e-ISSN: 2786-832X

Український журнал КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

The Ukrainian Journal of Clinical Surgery



Том 92 (Додаток 1)
2025

www.hirurgiua.com.ua

Ліга-Інформ

Вибір методу лікування телеангіектазій: CLaCS або мікросклеротерапія

Павличенко В. Д., Губка В. О., Суздаленко О. В., Волошин О. М.,
Мачуський С. М., Расул-Заде С. Т.

Судинний центр «АнгіоЛайф», Запоріжжя, Київ

Актуальність. На сьогодні існують різні методики усунення телеангіектазій: мікросклеротерапія та її більш новітнє поєднання з транскутанним лазером (довгоімпульсний 1064 нм ND YAG). Перед оператором постає питання, як досягти максимального результату з мінімальною кількістю прогнозованих та небажаних ускладнень (матінг, гіперпигментація та ін.), високу задоволеність пацієнта при мінімальному дискомфорті.

Мета. Оцінити ефективність, переваги та задоволеність пацієнтів після мікросклеротерапії в порівнянні з модифікованою методикою кріолазер-кріосклеротерапією (CLaCS).

Матеріали і методи. У проспективному дослідженні взяли участь 129 пацієнтів (усі жінки із середнім віком $37 \pm 7,8$ років) з варикозною хворобою CEAP C1, які були розподілені на 2 групи. В основній групі (65 пацієнток) застосовували рідинну склеротерапію телеангіектазій (0,25% Polidocanol). У групі CLaCS (64 пацієнтки) проводили обробку всіх видимих вен (з візуалізацією VeinViewer) довгоімпульсним 1064 нм ND YAG лазером (розмір плями 6 мм, флюєнс 60–100 Дж/см²) з охолодженням шкіри повітрям кріо-кулеру. Далі пацієнтам проводили ін'єкції комбінованого розчину (детергент Polidocanol 0,25% з гіперосмолярним розчином Dextrose 70%) у телеангіектазії. Результати оцінювали шляхом порівняння фотографій до лікування та через 1 і 3 місяці після лікування. Після процедури в групі мікросклеротерапії компресійний трикотаж 2-го класу компресії використовувався протягом 2 тижнів, у групі CLaCS – до 5 днів.

Результати. Серйозних ускладнень (тромбоз поверхневих або глибоких вен, некроз шкіри) не було відзначено в жодній із груп. У середньому було $2 \pm 1,42$ сеансів лікування в групі мікросклеротерапії та $1 \pm 1,36$ сеансів у групі CLaCS. Пацієнти в обох групах продемонстрували високий або дуже високий рівень задоволеності (після демонстрації вихідних фотографій через 3 місяці спостереження): 50 пацієнтів у групі мікросклеротерапії (77%) і 55 пацієнтів в групі CLaCS (86%) були задоволені. Частота гіперпигментацій через 1 місяць зареєстрована у 16 випадках (25%) у групі мікросклеротерапії проти 7 випадків (11%) у групі модифікованого CLaCS. Матінг зареєстровано у 10 (15%) випадках у групі мікросклеротерапії та у 2 випадках (3%) після модифікованого CLaCS. Слід визначити, що у групі CLaCS перевагою була відсутність або зменшення періоду використання компресійного трикотажу.

Висновки. Методики мікросклеротерапія та модифікований CLaCS є ефективними для лікування телеангіектазій C1 із досягненням високого рівня задоволеності пацієнтів. Частота ускладнень нижча в групі CLaCS, а також нижча необхідна кількість процедур для досягнення результату. Після мікросклеротерапії термін використання компресійного трикотажу більший, що зменшує частоту проведення цієї процедури в теплий період року у порівнянні з методикою CLaCS.

Вибір методу лікування при ураженнях артерій нижніх кінцівок інфраінгвінального сегменту

Перцов В. І., Альбайюк Я. С., Бузмаков Д. Л.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
Дніпровський державний медичний університет

Вступ. Частота незадовільних результатів шунтуючих хірургічних втручань при ураженні артерій інфраінгвінального сегменту залишається високою. В розвинутому світі прохідність шунтів в динаміці 1 та 3 річного спостереження складає від 88% до 75% та від 79% до 61% відповідно. Мультифакторність впливу на процес оклюзії шунтів вимагає їх урахування і корекції в доопераційному періоді.

Мета. Оцінити результати хірургічного лікування уражень артерій н/кінцівок у хворих за удосконаленим діагностичним алгоритмом.

Матеріали і методи. У дослідження були включені оперовані пацієнти у центрі хірургії судин за період 2016–2017 і 2022–2023 роки. В ретроспективній групі було 62 пацієнти з ураженням артерій інфраінгвінального сегменту н/кінцівок, в проспективній групі – 58. Вік хворих коливався у межах від 48 до 86 років. Більшість склали чоловіки 87,1% і 84,5% відповідно. 3 ознаками загрозливої ішемії та IV ст. ішемії було 53,2% та 51,7%. Об'єм операції включав стегово-підколінне шунтування або ендартеректомію з пластиною стегових артерій. В ретроспективній групі шунтую-

чі операції були проведені у 87,1% хворих, з яких аутовенозні – 88,9%, в т.ч. in situ, проспективний – 86,2% та 90,0% відповідно.

В ретроспективній групі об'єм передопераційного обстеження включав обов'язкове сонографічне дослідження артерій з розрахунком плече–кісткового індексу (у 54,8% випадків), серця (91,9%), показники коагулограми (100,0%), КТ–ангіографія (12,9%).

Алгоритм обстеження проспективної групи був розширений і включав в себе: сонографічне обстеження судин з розрахунком числових показників характеру кровотоку центральної гемодинаміки (на підключичній артерії) та периферичної (загальна стегнова та тібальні артерії); оцінку поверхневої венозної системи (варіативність розташування та можливості застосування венозного графту для шунтування) і періопераційний моніторинг показників гемостазу.

Результати. Задовільні результати у ранньому періоді спостереження (купірування симптомів загрозливої ішемії та зменшення ступеню хронічної ішемії) отримали у 89,6% пацієнтів проспективної групи на відміну від 79,0% ретроспективної. Незадовільними результатами рахувались випадки з повторними відкритими втручаннями, ампутацію кінцівки. Додаткові некретомії та ампутації на рівні стопи вважались операціями етапної санації. Аналіз ефективності застосування алгоритму у проспективній групі у віддаленому періоді триває.

Висновки. Впровадження розширеного діагностичного алгоритму у хворих з хронічною ішемією внаслідок оклюзійно–стенотичних уражень артерій інфраінгвінального сегменту в практику дозволяє покращити результати операцій по збереженню кінцівок у пацієнтів у ранньому періоді спостережень.

Способи формування радіо–цефальних артеріо–венозних (AV) фістул для проведення хронічного гемодіалізу у пацієнтів з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності

Петрушенко В. В., Скупий О. М., Лонський К. Л., Хребтій Я. В., Пивоварова Н. П., Юрець С. С., Чубатюк В. В., Коваль Ю. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

Важливою і не вирішеною є проблема формування артеріо–венозних фістул у хворих із хронічною хворобою нирок, які перебувають на гемодіалізі. Оскільки від довготривалості судинного доступу напряду залежить тривалість життя пацієнта.

Аналізуючи клінічні настанови по формуванню артеріо–венозних фістул для проведення хронічного гемодіалізу ми не знайшли якогось певного алгоритму формування артеріо–венозних фістул, де рекомендують «покинутись на розсуд оперуючого хірурга та найкращі клінічні рішення, оскільки немає достатніх доказів того, що будь яка техніка накладання швів анастомозу або конфігурація анастомозу має перевагу». Проте у настановах DOQI попереднього перегляду рекомендувалось формувати радіо–цефальні АВ–фістули методом RADAR.

З метою дослідження нами були проведені операції у 26 хворих, які перебувають на хронічному гемодіалізі. За останні 6 місяців їм було сформовано артеріо–венозні фістули. Серед них 14 фістул було сформовано методом кінцев артерії у кінцев вени, а ще 12 фістул – методом RADAR.

Вивчені результати показали, що за 6 місяців формування радіо–цефальних АВ–фістул методом RADAR, не виникло жодного тромбозу АВ–фістули, як і при формуванні АВ–фістул кінцев в кінцев, сформовані фістули були прохідними.

Таким чином за результатами дослідження, обидва способи формування АВ–фістул дають позитивні результати.

Єрмолаєв Є. В., Черкез А. М., Ізю М. А., Коробейченко Т. О., Нечепуренко О. В., Ганчев М. В., Якименко В. В. Корисність каротидної ендартеректомії в гострому періоді ішемічного інсульту як метода хірургічної профілактики рецидиву	19
Кобза І. І., Мота Ю. С., Кобза Т. І., Жук Р. А., Гречух Л. Ю., Бешлей Д. М., Пілюх А. А. Псевдоаневризми екстракраніального відділу шийних артерій	19
Кобза І. І., Нестеренко І. Р., Мота Ю. С. Абдомінальні судинно – компресійні синдроми: калейдоскоп контраверсій	20
Колотило О. Б., Іваніцький А. В., Русак О. Б. Транскутанна оксиметрія як діагностичний метод ефективності лазерної вапоризації у хворих із ішемічною формою синдрому діабетичної ступні	21
Косинський О. В., Бузмаков Д. Л., Лодяна І. М. Мініфлебектомія в лікуванні рецидивних венозних трофічних виразок нижніх кінцівок	22
Костів С. Я., Венгер І. К., Сельський Б. П. Б.П. Система гемостазу в умовах ревакуляризації інфраінгвінального артеріального сегменту	22
Костів С. Я., Венгер І. К., Сельський Б. П., Іванюшко Р. В. Неспецифічна дисплазія сполучної тканини, як фактор ризику рецидиву варикозного розширення вен після термальних методів абляції	23
Кравченко В. І., Берідзе М. М., Тарасенко Ю. М., Хорошкова О. В., Третяк О. А. Модифікована методика екзопротезування аорти (PEARS) в лікуванні аневризми кореня і висхідної аорти	24
Кравченко В. І., Жеков І. І., Либавка В. Д., Осадовська І. А., Кравченко І. М., Лазоришинець В. В. Актуальні підходи до лікування розшаровуючих аневризми аорти	25
Левчак Ю. А.; Горленко Ф. В.; Корсак В. В. Хибні аневризми магістральних артерій у практиці судинного хірурга	26
Ляховський В. І., Безкоровайний О. М., Боркунов А. Л., Сидоренко А. В., Десятирічний досвід хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями вен	26
Ляховський В. І., Сидоренко А. В., Безкоровайний О. М., Скрипник Г. Ю., Щербань Д. А. Гібридні операції, їх роль у відновній хірургії артерій тазу і нижніх кінцівок	28
Малиновська Л. Б., Селюк В. М. Ризик-менеджмент онкоасоційованого венозного тромбоемболізму у пацієнта з високим ризиком рецидиву кровотечі з пухлини шлунку, що розпадається	29
Миргородський Д. С., Маркулан Л. Ю., Бейчук С. В. Менеджмент вторинних тромбозів вен нижніх кінцівок	30
Назаренко В. Ю., Письменна Г. О., Сергєєв О. О. Клінічні випадки вдалого хірургічного лікування судинних ускладнень вродженої остеохондромі стегнової кістки у дітей	31
Нестеренко І. Р., Тітов І. І., Білас О. Ю., Нестеренко В. Л. Менеджмент больового синдрому у пацієнтів з бойовою судинною травмою шиї та кінцівок	31
Нікульников П. І., Ліксунов О. В., Ратушнюк А. В., Данилець А. О., Ліксунов Д. О., Гоменюк А. В. Вибір хірургічної тактики при оперативному втручанні з приводу аневризми черевної аорти, або клубових артерій та наявності підковоподібної нирки. Досвід лікування	32
Нікульников П. І., Ратушнюк А. В., Ліксунов О. В., Присяжна Н. Р., Гоменюк А. В., Ліксунов Д. О. Особливості хірургічного лікування аневризми черевної частини в залежності від статі	33
Нікульников П. І., Ратушнюк А. В., Мальченко В. Ю., Ліксунов О. В. Досвід лікування пацієнтів із інфекцією судинних графтів в аорто-здухвинній позиції	34
Нікульников П. І., Фуркало С. М., Ліксунов О. В., Ратушнюк А. В., Вагіс Ю. Г., Данилець А. О., Ліксунов Д. О. Лікування хворих з фібриляцією передсердь ускладненою гострою ішемією нижніх кінцівок	35
Павличенко В. Д., Губка В. О., Суздаленко О. В., Волошин О. М., Мачуський С. М., Расул-Заде С. Т. Вибір методу лікування телеангіектазій: CLaCS або мікросклеротерапія	37
Перцов В. І., Альбайюк Я. С., Бузмаков Д. Л. Вибір методу лікування при ураженнях артерій нижніх кінцівок інфраінгвінального сегменту	37
Петрушенко В. В., Скупий О. М., Лонський К. Л., Хребтій Я. В., Пивоварова Н. П., Юрець С. С., Чубатюк В. В., Коваль Ю. О. Способи формування радіо-цефальних артеріо-венозних (AV) фістул для проведення хронічного гемодіалізу у пацієнтів з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності	38