

ISSN 1816-031X

VINNYTSIA NATIONAL PYROGOV MEMORIAL
MEDICAL UNIVERSITY

BIOMEDICAL AND BIOSOCIAL ANTHROPOLOGY

SCIENTIFIC JOURNAL
№23 2014

BIOMEDICAL AND BIOSOCIAL ANTHROPOLOGY

Official Journal of the International Academy of Integrative Anthropology

Founded by the International Academy of Integrative Anthropology and Vinnytsia National Pyrogov

Memorial Medical University in 2003

Періодичність виходу журналу 2 рази на рік

№ 23, 2014

Фахове наукове видання України в галузі медико-біологічних наук

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого Постановою Президії ВАК України від 14.10.2009 №1-05/4

(Бюлетень Вищої Атестаційної Комісії України №11, 2009 р.)

Editor-in-chief	– Moroz V.M. (Vinnytsia)
First assistant editor	– Aleksina L.A. (Saint-Petersburg)
Assistants editor	– Kornetov N.A. (Tomsk)
	– Nikolaev V.G. (Krasnoyarsk)
Executive secretary	– Gunas I.V. (Vinnytsia)
Secretary	– Datsenko G.V. (Vinnytsia)

Editorial board:

Chaikovsky Yu.B. (Kyiv), Cherkasov V.R. (Kyiv), Halberg F. (Minneapolis), Karimov M.K. (Hudzhand), Kazakov V.N. (Donetsk), Kolesnikov L.L. (Moscow), Kostyuk G.Ya. (Vinnytsia), Koveshnikov V.G. (Luhansk), Lupyr V.M. (Kharkiv), Martirosov E.G. (Moscow), Petrushenko V.V. (Vinnytsia), Schedrina A.G. (Novosibirsk), Serheta I.V. (Vinnytsia), Tegako L.I. (Minsk)

Editorial council:

Babanin A.A. (Simferopol), Bobin V.V. (Kharkiv), Dgebuadze M.A. (Tbilisi), Guminskiy Yu.I. (Vinnytsia), Fedonyuk Ya.I. (Ternopil), Kaarma H.T. (Tartu), Koynosov P.G. (Tumen), Mnihovich M.V. (Moscow), Mostovoy Yu.M. (Vinnytsia), Nikityuk D.B. (Moscow), Orlov V.V. (Perm), Pishak V.P. (Chernivtsi), Podkhomutnicov V.M. (Novokuznetsk), Popov V.L. (Saint-Petersburg), Shutz Yu. (Munster)

Адреса редакції та видавця:

вул. Пирогова, 56,
м.Вінниця-18, Україна, 21018
Тел.: +38 (0432) 439411
Факс.: +38 (0432) 465530
E-mail: datsenko@vnmu.vinnica.ua

Address editors and publisher:

Pyrogov Str. 56,
Vinnytsia, Ukraine - 21018
Tel.: +38 (0432) 439411
Fax: +38 (0432) 465530
E-mail: datsenko@vnmu.vinnica.ua

Технічний редактор Л.О. Клопотівська
Художній редактор Л.М. Слободянюк
Технічний редактор О.П. Віштак

Здано до набору 12.08.2014 р. Підписано до друку 29.08.2014 р.
Затверджено Вченою Радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова, протокол №1 від 28.08.14 р.
Формат 84x120 1/16. Друк офсетний. Замовлення № 336. Тираж 600

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56

© Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, (м.Вінниця), 2011
Biomedical and Biosocial Anthropology
Рецензуємий журнал
Свідectво про державну реєстрацію KB №7902 від 18.09.2003

CLINICAL ARTICLES

Власенко Д.Ю. Роль вродженого імунітету у патогенезі формування нейросенсорних наслідків у глибоко недоношених дітей	120
Запорожченко М.Б. Стан системи згортання крові у жінок репродуктивного віку з лейоміомою матки проліферативного типу	124
Марункевич Я.Ю. Особливості функціонального діагнозу у хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією	127
Шаламай М.О., Сторожук І.В. Особливості ротавірусної інфекції у дітей молодшого віку	132
Фурман В.Г. Гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз - клінічний приклад в педіатрії	135
Московко С.П., Цибульська В.П., Костюченко А.В. Оцінка депресивних розладів та якості життя пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому	138
Горай М.А. Особливості клінічного перебігу хронічної механічної травми слизової оболонки порожнини рота	141
Кулигіна В.М., Стремчук М. В. Оцінка функціональної активності малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи у здорових дітей та хворих на atopічний хейліт у різні вікові періоди	147
Дудник В.М., Король Т.Г. Оцінка клінічних проявів пурпури Шенлейн-Геноха у дітей в залежності від форми та активності захворювання	151
Лисунець О.В. Неонатальна жовтяниця у практиці сімейного лікаря	154
Смолко Д.Г. Депресивні розлади та соматична коморбідність у хворих з хронічною церебральною ішемією	158
Ізюмець О.І., Лайко Л.І., Добіжа М.В., Гомон Р.О., Недільська О.М. Діагностика ступеня важкості аспіраційного синдрому у новонароджених з перинатальним пошкодженням ЦНС	162
Каніковський О.Є., Карий Я.В., Бондарчук О.І., Бабійчук Ю.В., Жупанов О.О., Каніковський Д.О. Етапне хірургічне лікування ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у віковому аспекті	164
Хребтій Г.І. Надлишкова та недостатня маса тіла у хворих на гіпертонічну хворобу. Чи все відомо?	168
Запорожан В.М., Холодкова О.Л., Борисова О.В., Перепелюк М.М., Ромак О.І. Роль генів, що відповідають за вазодилатацію та ліпідний обмін, у формуванні судин та судинної патології	171
Нікогосян Л.Р. Визначення психологічних особливостей жінок після переривання вагітності	177
Лонський К.Л., Лонський Л.Й., Костюк Г.Я., Король А.П. Патоморфологічні зміни нирок, сечоводу та сечового міхура у собак при експериментальному уретерогідронефрозі єдиної нирки в умовах відновлення відтоку сечі за допомогою кишкової пластики сечоводу	179
Підмурняк О. О. Психологічний стрес та передопераційна тривожність в урологічних пацієнтів	183
Вернигородський С.В. Проліфераційна активність шлункового епітелію при хронічному атрофічному гастриті	187
Барило О.С., Склярчук Н.В., Царик Н.П. Клініко-мікробіологічне обґрунтування зв'язку перебігу хронічного пародонтиту з хронічним тонзилітом	191
Березницький О.В. Якість життя у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (за даними опитувальника CHAQ та SF-36)	196
Корчинський В.С. Ефективність фізичної реабілітації при метаболічному синдромі	200
Кулигіна В.М., Аршинніков Р.С. Динаміка показників кислотостійкості, вогнищевої демінералізації та швидкості ремінералізації емалі зубів у пацієнтів з різними видами зубних відкладень	203
Сторожук І.В., Дудник В.М., Шаламай М.О., Андрікевич І.І. Особливості перебігу хронічних гепатитів у дітей з онкогематологічними захворюваннями	210
Хромих К.В. Клінічна характеристика дітей, хворих на алергічну бронхіальну астму	213
Татарін А.Є. Диференційний підхід до визначення обсягу мініінвазивного втручання при варикозній хворобі вен нижніх кінцівок у стадії С4-С6 за скар із ураженням сафенних вен.....	216

METHODICAL ARTICLES

Коваленко М.В. Програма психокорекції та психопрофілактики дезадаптивних станів у студентів з високим рівнем перфекціонізму	221
Бойнюк А.Л., Жук П.М., Гуминский Ю.И. К вопросу об измерении ориентации вертлужной впадины по метериалам музея кафедры анатомии человека ВНМУ имени Н.И. Пирогова	223
Логвіненко В.А., Андрійчук В.М. Особливості змін товщини шкірно-жирових складок юнаків-учнів в умовах педагогічного процесу	227
Саволюк С.І. Сучасні технології підвищення ефективності самостійної роботи при організації та плануванні навчального процесу	230

Khromykh K.V.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ALLERGIC ASTHMA

Summary. In this article authors show clinical features of allergic asthma in children. 224 child with allergic asthma, aged over 6 years were involved in study. It was found that persistent course of mild severity met in 51,34±3,35% of patients, moderate severity - 35,27±3,19%, severe - 2,23±0,99%, and intermittent flow - 11,16±2,10%. Complicated course of disease was found in 18 children with asthma (8,04%). Exacerbation of the disease was caused by a group of household allergens, which was exacerbated in 85 boys (37,95%) and 37 women (16,52%). Indicators of leukocytes, ESR and CRP were significantly higher ($p \leq 0,01$) in children with asthma than similar indicators of healthy children. Established that the severity of clinical manifestations, complication rate, and changes in laboratory values depend on the severity of asthma. The above-mentioned data suggest the importance of early diagnosis and treatment in children with allergic asthma.

Key words: allergic asthma, children.

Стаття надійшла до редакції 14.05.2014 р.

Хромих Катерина Вадимівна - клінічний ординатор кафедри педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

© Татарін А.Є.

УДК: 616.14-007.64

Татарін А.Є.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ МІНІІНВАЗИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У СТАДІЇ С4-С6 ЗА СЕАР ІЗ УРАЖЕННЯМ САФЕННИХ ВЕН

Резюме. У статті наведені результати застосування ультразвукового дуплексного ангіосканування для визначення обсягу мініінвазивного втручання при варикозній хворобі вен нижніх кінцівок в стадії С4-С6 за СЕАР із ураженням сафенних вен. Методика полягає у тому, що під ультразвуковим контролем на нижню кінцівку в нижній точці патологічного венозного рефлюксу накладають джгут до повного перекриття просвіту сафенної вени. Після цього пацієнт виконує фізичне навантаження на кінцівку шляхом 10-ти хвилинної ходьби. Далі за допомогою ультразвукової діагностики оцінюють кровотік у притоках. При відсутності рефлюксу по варикозно зміненим притокам виконують мініінвазивне оперативне втручання у обсязі радіочастотної абляції, а при наявності рефлюксу - комбінацію радіочастотної абляції та мініфлебектомії.

Ключові слова: варикозна хвороба нижніх кінцівок, ультразвукове дуплексне ангіосканування, рефлюксний потік, радіочастотна абляція, мініфлебектомія.

Вступ

Варикозна хвороба нижніх кінцівок - одне із найбільш поширених хірургічних захворювань, яке зустрічається у 26-38% жінок і 14-20% чоловіків працездатного віку [Ішак та ін., 2014]. На сьогоднішній день простежується тенденція до збільшення кількості хворих і поширеність варикозної хвороби серед осіб молодого віку. Захворювання знижує якість життя пацієнтів, починаючи від естетичних проблем при ранніх проявах і закінчуючи важкою інвалідизацією при розвитку трофічних порушень і виразок.

Важливим етапом в діагностичному процесі варикозної хвороби є ультразвукове дослідження. З появою даного метода діагностики стало можливим отримати інформацію про прохідність глибоких та поверхневих вен, оцінити роботу клапанів із використанням спеціальних функціональних проб, проаналізувати основні швидкісні показники кровотоку. Завдяки ультразвуковому дуплексному ангіоскануванню стало можливим проводити індивідуальну оцінку підколінної, суральних та малої підшкірної вен, що було вкрай важким при використанні інших діагнос-

тичних методів [Kent, Weston, 1998].

На даний час ультразвукове дуплексне ангіосканування є "еталоном", "золотим стандартом" діагностики варикозної хвороби, у той час як інші діагностичні заходи поступово втрачають свої позиції [Kendler, 2014].

Хронічна венозна недостатність С4-С6 за СЕАР характеризується наявністю шкірних трофічних розладів в дистальній половині гомілки (ліподерматосклероз, загоєні і відкриті трофічні виразки), при цьому найчастіше під ділянками ліподерматосклерозу визначаються варикозно змінені притоки стовбурів великої та малої сафенних вен, що завершують порочне рефлюксне коло рециркуляції. Виконання мініфлебектомії на ділянці ліподерматосклерозу є проблематичним через значне ущільнення шкіри, а також через лімфостаз при наявності лімфовенозної недостатності. У таких ситуаціях виконання комбінованої комбінованої радіочастотної абляції (радіочастотної абляції та мініфлебектомія) може супроводжуватися больовим синдромом та набряком у післяоперацій-

ному періоді, що потребують подовження терміну перебування пацієнта в стаціонарі.

З іншого боку, у частини пацієнтів з хронічною венозною недостатністю C4-C6 за CEAP патологічний рефлюкс переважно здійснюється по стовбуровій частині сафенної вени, і, виконання тільки радіочастотної абляції без мініфлебектомії сприяє значному зменшенню проявів хронічної венозної недостатності, а варикозно змінені притоки "запускають" і зменшуються в діаметрі в післяопераційному періоді, за рахунок значного скорочення рефлюксного шляху. У решти пацієнтів, у яких має місце сегментарна клапанна недостатність вен гомілки (передньої великогомілкової вени, малогомілкової вени), монопроцедура радіочастотної абляції виявляється недостатньою, і вимагає додаткового виконання мініфлебектомії або пінного склерозування варикозних приток найближчим часом після радіочастотної абляції.

На нашу думку ультразвукове дуплексне ангіосканування може бути перспективним для диференційного підходу щодо вибору обсягу мініінвазивного оперативного втручання у таких пацієнтів.

Мета дослідження - шляхом доопераційної ультразвукової діагностики розробити спосіб визначення обсягу мініінвазивного оперативного втручання у пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок в стадії C4-C6 за CEAP із ураженням сафенних вен.

Матеріали та методи

Дослідження було проведено на базі кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та відділення хірургії судин Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова у період з жовтня 2013 по квітень 2014 року. В дослідження було включено 56 пацієнтів. Жінок було 36 (64,3%), чоловіків - 20 (35,7%). Середній вік складав $47,3 \pm 2,4$ років.

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були:

- наявність підтвердженої інструментально варикозної хвороби вен нижніх кінцівок в стадії C4-C6 за CEAP із ураженням сафенних вен;
- відсутність тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок;
- відсутність облітеруючих захворювань аорти, артерій таза та нижніх кінцівок;
- відсутність вираженої маніфестації супутньої хронічної патології;
- відсутність порушень у системі згортання крові.

Усім пацієнтам включеним у дослідження проводили повне клініко-лабораторне обстеження та виконували ультразвукове дуплексне ангіосканування вен нижніх кінцівок на апараті Philips EnVisor HD (США), обладнаному лінійними датчиками 7-10 МГц та конвексними датчиками 3,5-5 МГц.

Дослідження проводилося в горизонтальному положенні пацієнта, в ортостазі, використовуючи стандартну методику. Всім пацієнтам в обов'язковому порядку виконували ангіосканування обох кінцівок в поздовжній та поперечній площинах.

Визначення обсягу мініінвазивного оперативного втручання проводили за авторською методикою, яка полягає у тому, що під ультразвуковим контролем на нижню кінцівку в нижній точці патологічного венозного рефлюксу накладають джгут до повного перекриття просвіту сафенної вени, після цього пацієнт виконує фізичне навантаження на кінцівку шляхом 10-ти хвилинної ходьби, далі за допомогою ультразвукової діагностики оцінюють кровотік у притоках, і, при відсутності рефлюксу по варикозно зміненим притокам виконують мініінвазивне оперативне втручання у обсязі радіочастотної абляції, а при наявності рефлюксу - комбінацію радіочастотної абляції та мініфлебектомії.

Відсутність рефлюксу по варикозно зміненим притокам вказує на те, що рефлюксний шлях здійснюється переважно по сафенній вені, а, отже, обсяг мініінвазивного оперативного втручання можна обмежити виконанням радіочастотної абляції. Наявність у притоках сафенної вени самостійного рефлюксного потоку вказує на необхідність виконання комбінації радіочастотної абляції та мініфлебектомії.

Ультразвуковий контроль після виконання оперативного втручання виконували через 1, 3, 6 та 12 місяців.

Одержані дані піддавалися обробці за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати. Обговорення

В обстеженому контингенті варикозною хворобою нижніх кінцівок в стадії C4 за CEAP мала місце у 24 (42,9%) випадках, C5 - у 18 (32,1%), а C6 - у 14 (25%) випадках.

У всіх пацієнтів відмічався виражений ліподерматосклероз в ділянці середньої та нижньої третини гомілки.

Під час доопераційного ультразвукового обстеження відсутність рефлюксного потоку по варикозно зміненим притокам було діагностовано у 23 (41,1%) пацієнтів. Відсутність рефлюксу по притокам вказувала на те, що рефлюксний шлях здійснюється переважно по сафенній вені, а, отже, було вирішено обмежити обсяг мініінвазивного оперативного втручання виконанням радіочастотної абляції стовбура великої підшкірної вени.

У решти 33 (58,9%) пацієнтів у притоках великої підшкірної вени мав місце самостійний рефлюксний потік, що вказувало на необхідність доповнення радіочастотної абляції стовбура великої підшкірної вени мініфлебектомією.

Під час контрольних ультразвукових досліджень,

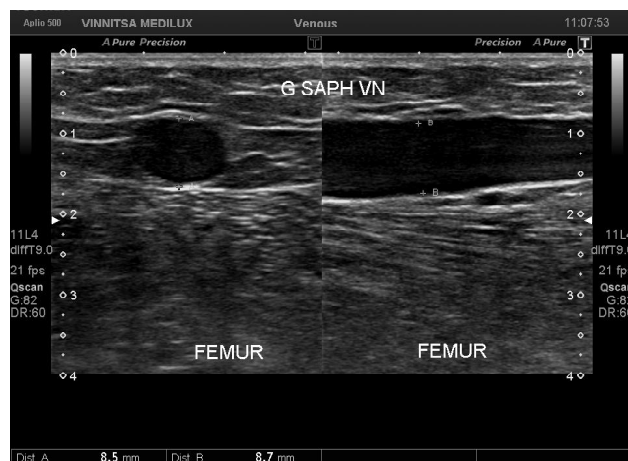


Рис. 1. Поперечний (діаметр 8,5 мм) та поздовжній (діаметр 8,7 мм) зрізи великої підшкірної вени на рівні середньої третини стегна. Дані ультразвукового дослідження у В-режимі (пацієнтка Г., 66 років).

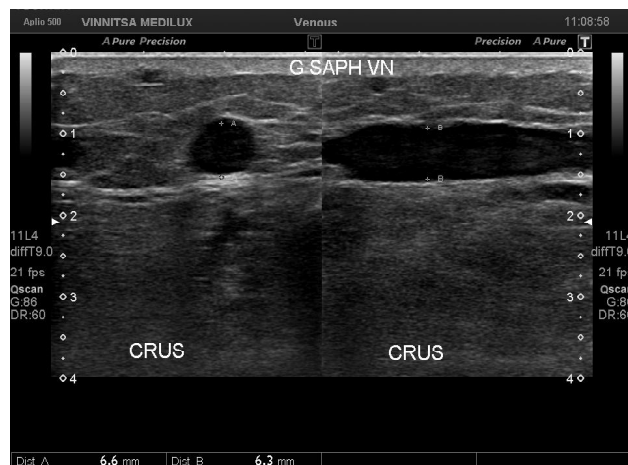


Рис. 3. Поперечний (діаметр 6,6 мм) та поздовжній (діаметр 6,3 мм) зрізи великої підшкірної вени на рівні верхньої третини гомілки. Дані ультразвукового дослідження у В-режимі (пацієнтка Г., 66 років).

що виконувалися через 1, 3, 6 та 12 місяців лише у 1 (1,8%) пацієнта після радіочастотної абляції без мініфлебектомії відмічався рецидив захворювання через 6 місяців. Рецидив проявлявся появою одного варикозного вузла, який було вирішено лікувати шляхом виконання пінної склероблітації.

Клінічний випадок.

Пацієнтка Г., 66 років звернулася до стаціонару зі скаргами на болі в нижніх кінцівках, наявність варикозних вузлів на обох кінцівках, набряк та трофічні зміни шкіри в ділянці обох гомілок та стоп. Об'єктивно: шкіра гомілок та стоп гіперпігментована, набрякла, тепла на дотик. Відмічаються ознаки ліподерматосклерозу. В ділянці нижньої третини правої гомілки по латеральній поверхні трофічна виразка розмірами до 2?3 см із гіперкератозом країв, дно вкрите фібрином, грануляції виражені незначно, шкіра на-

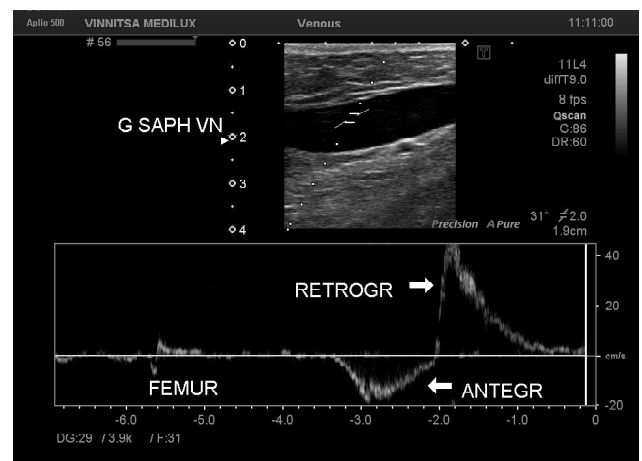


Рис. 2. Ретроградний кровотік у великій підшкірній вені на рівні середньої третини стегна. Дані ультразвукового дослідження у В-режимі та режимі дуплексного ангіосканування (пацієнтка Г., 66 років).

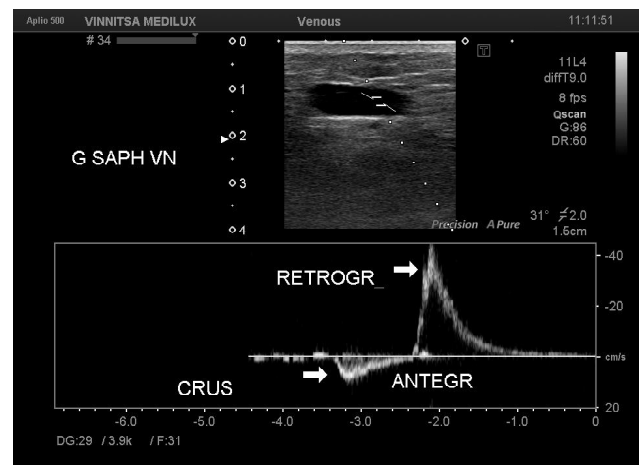


Рис. 4. Ретроградний кровотік у великій підшкірній вені на рівні верхньої третини гомілки. Дані ультразвукового дослідження у В-режимі та режимі дуплексного ангіосканування (пацієнтка Г., 66 років).

вколо виразки незначно гіперемована. В ділянці середньої третини лівої гомілки по передній поверхні трофічна виразка розмірами до 3x4 см із гіперкератозом країв, дно вкрите фібрином, грануляції відсутні, шкіра навколо виразки незначно гіперемована. На обох нижніх кінцівках спостерігаються варикозні вузли. Хворій було виконано ультразвукове дуплексне ангіосканування вен нижніх кінцівок.

На рисунках 1-4 зображено фрагменти даних ультразвукового дослідження великої підшкірної вени на рівні верхньої третини гомілки пацієнтки Г., 66 років.

На рисунку 1 ультразвукове дослідження великої підшкірної вени на рівні середньої третини стегна виконано у В-режимі. Дані зображені у поздовжньому зрізі. Візуалізується сафенний компартмент із дилатацією великої підшкірної вени. Зображення відповідає клапанній неспроможності великої підшкірної

вени.

На рисунку 2 ультразвукове дослідження великої підшкірної вени на рівні середньої третини стегна виконано у В-режимі та режимі дуплексного ангиосканування. Дані зображені у поздовжньому зрізі. Рефлюксивний потік крові вказано стрілкою вище ізолінії. Антеградний потік крові вказано стрілкою нижче ізолінії. Зображення відповідає клапанній неспроможності великої підшкірної вени.

На рисунку 3 ультразвукове дослідження великої підшкірної вени на рівні верхньої третини гомілки виконано у В-режимі. Дані зображені у поздовжньому зрізі. Візуалізується сафенний компартмент із дилатацією великої підшкірної вени. Зображення відповідає клапанній неспроможності великої підшкірної вени.

На рисунку 4 ультразвукове дослідження великої підшкірної вени на рівні верхньої третини гомілки виконано у В-режимі та режимі дуплексного ангиосканування. Дані зображені у поздовжньому зрізі. Рефлюксивний потік крові вказано стрілкою вище ізолінії. Антеградний потік крові вказано стрілкою нижче ізолінії. Зображення відповідає клапанній неспроможності великої підшкірної вени.

За результатами ультразвукового дослідження задокументовано варикозну хворобу в басейні великої підшкірної вени.

Визначення обсягу мініінвазивного оперативного

втручання хворій було виконано за описаною вище авторською методикою.

У пацієнтки був наявний ретроградний кровотік по варикозно змінених притоках великої підшкірної вени на обох кінцівках. Наявність ретроградного кровотоку була показом до виконання комбінованого мініінвазивного оперативного втручання - виконання радіочастотної абляції стовбура великої підшкірної вени та мініфлебектомії варикозно змінених приток великої підшкірної вени.

Під час контрольних ультразвукових досліджень через 1, 3, 6 та 12 місяців жодних даних за рецидив захворювання отримано не було.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Запропонований спосіб визначення обсягу мініінвазивного оперативного втручання у пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок в стадії C4-C6 за CEAP із ураженням сафенних вен дозволяє у ряді випадків уникнути травматичних мініфлебектомій не підвищуючи частоту рецидивування варикозної хвороби.

У подальшому планується оцінка результатів застосування диференційного підходу до визначення обсягу мініінвазивного оперативного втручання на більшому контингенті хворих.

Список літератури

- | | | |
|--|--|---|
| Іщак О. М. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок та недиференційована дисплазія сполучної тканини як фактор виникнення акушерських ускладнень / О. М. Іщак, А. Ю. Франчук, Б. О. Ониськів // Акту- | альні питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2014. - № 1. - С. 127-131. | R. Coll. Surg. Engl. - 1998. - Vol. 80, № 6. - P. 388-393. |
| Kent P. J. Duplex scanning may be used selectively in patients with varicose veins / P.J. Kent, M.J. Weston // Ann. | | Kendler M. Diagnostic and therapy of varicose veins / M. Kendler // MMW Fortschr. Med. - 2014. - № 156. - P. 41-43. |

Татарин А.Е.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ОБЪЁМА МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ C4-C6 ПО CEAP С ПОРАЖЕНИЕМ САФЕННЫХ ВЕН

Резюме. В статье приведены результаты применения ультразвукового дуплексного ангиосканирования для определения объёма миниинвазивного вмешательства при варикозной болезни вен нижних конечностей в стадии C4-C6 по CEAP с поражением сафенных вен. Методика заключается в том, что под ультразвуковым контролем на нижнюю конечность в нижней точке патологического венозного рефлюкса накладывают жгут до полного перекрытия просвета сафенной вены. После этого пациент выполняет физическую нагрузку на конечность путем 10-ти минутной ходьбы. Далее с помощью ультразвуковой диагностики оценивают кровоток в притоках. При отсутствии рефлюкса по варикозно измененным притокам выполняют миниинвазивное оперативное вмешательство в объёме радиочастотной абляции, а при наличии рефлюкса - комбинацию радиочастотной абляции и минифлебэктомии.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, рефлюксивный поток, радиочастотная абляция, минифлебэктомия.

Tatarin A.E.

DIFFERENTIAL APPROACH TO DEFINITION OF THE VOLUME OF MINI-INVASIVE SURGERY IN PATIENTS WITH VARICOUS VEINS DISEASE OF THE LOWER LIMBS IN STAGE C4-C6 (CEAP) WITH AFFECTION OF SAPHENIC VEINS

Summary. Results of the using of ultrasound duplex vessels scanning for definition of the volume of miniinvasive surgery in patients with varicose veins disease of the lower limbs in stage C4-C6 (CEAP) with affection of saphenic veins were presented in this article. Method includes imposition of the tow on the lower limb in the lowest point of pathological venous reflux until complete overlap of saphenic vein lumen. After that patient does exercises on this limb in the format of 10 minutes walking. Further blood flow is estimated in the branches. If reflux is absent in the branches affected by varicose disease mini-invasive surgery in the volume of radiofrequency ablation to be performed only. In case of reflux combination of radiofrequency ablation and miniphlebectomy to be conducted.

Key words: *varicose disease of the lower limbs, duplex ultrasound scanning, reflux flow, radiofrequency ablation, miniphlebotomy.*

Стаття надійшла до редакції 14.05.2014 р.

Татарін Александр Єфимович - лікар-хірург відділення хірургії судин Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова; +38-093-682-73-84
