

ких трудностей мы ставили дополнительно третий троакар с введением вспомогательного инструмента у 3 пациентов (2,7%).

3. Таким образом, оперативное лечение первичного гипергидроза позволяет при условиях "хирургии одного дня", минимальных экономических затрат и удовлетворительной социальной адаптации пациентов, малотравматичности достичь отличный эффект лечения, что позволяет рекомендовать ее к широкому клиническому применению.

4. Использование предоперационной лидокаиновой блокады симпатического грудного ствола, позволило исключить из группы риска пациентов, что позволило снизить почти в 2 раза количество осложнений в послеоперационном периоде.

Перспектива дальнейшего использования лидокаиновой блокады перед выполнением торакоскопической симпатэктомии позволит минимизировать количество послеоперационных осложнений и корректировать уровень десимпатизации.

Список литературы

- Комплексный регионарный болевой синдром верхней конечности: новые возможности лечения с помощью торакоскопической симпатэктомии / В.Г.Голубев, А.И.Крупаткин, В.Т.Зейналов [и др.] // Медицинская сестра. - 2009. - №5. - С.10-12.
- Наш опыт торакоскопических и лапароскопических операций на органах грудной и брюшной полости / В.К.Гринь, О.И.Миминошвили, Г.Д.Попандопуло [и др.] // Вестник неотложной и восстанов. медицины. - 2014. - Т.15, №2. - С.124-128.
- Опыт торакоскопической симпатэктомии при дистальных поражениях артерий конечностей / Ш.И.Каримов, У.Б.Беркинов, Н.Ф.Кротов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2011. - Т.17, №1. - С.131-136.

Ерошкин О.А., Михайличенко В.Ю.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ТОРАКОСКОПІЧНОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДОЛОННОГО ГІПЕРГІДРОЗУ

Резюме. Відеоендоскопічна торакальна сімпатектомія в цей час використовується для лікування долонного гіпергідрозу. В основу роботи покладений спільний аналіз 110 торакоскопних сімпатектомій виконаних із приводу ідіопатиченого або первинного долонного гіпергідрозу. Торакоскопичну сімпатектомію виконували за класичною методикою на рівні Th2-3. Торакоскопична сімпатектомія при первинному гіпергідрозі з 97,3% ефективністю, при мінімальній кількості ускладнень, дозволило досягти бажаного ефекту. Диференційований вибір пацієнтів шляхом використання доопераційного тесту з лідокаїною блокою, дозволяє знизити число ускладнень на 6,3%, що дозволяє рекомендувати його для повсюдного застосування перед операцією торакоскопичної сімпатектомії.

Ключові слова: долонний гіпергідроз, торакоскопична сімпатектомія.

Yeroshkin A.A., Mykhalychenko V.Yu.

THORACOSCOPIC SYMPATHECTOMY IN TREATING OF PALMAR HYPERHIDROSIS

Summary. Endoscopic thoracal sympathectomy in the present time is used for treatment of palmar hyperhidrosis, stressful blush (blushing syndrome), and complex regional pain syndrome of upper extremity, vasospastic acrocyanosis as well as other pathologies. In the study basement was put a combined analysis of Central Hospital of Home Affairs of Ukraine and SI "Institute of Urgent and Recovery Surgery n.a. V.K. Gusak of NAMS of Ukraine" of 110 thoracoscopic sympathectomies on the occasion of idiopathic or primary palmar hyperhidrosis. Thoracoscopic sympathectomy in the primary hyperhidrosis was successful in 97,3%. Bilateral intervention was provided with three-day interval in 14 patients (12,7%) with the positive effect. In the case of technical complications we implemented additional third troacar with the introduction of subsidiary instrument for three patients (2,7%). Differentiated method for patient's choose by implementation of pre-operative test with Lidocaine blockade allows to decrease the complication number on 6,3%.

Key words: palmar hyperhidrosis, thoracoscopic sympathectomy.

Стаття надійшла до редакції 24.04.2014 р.

Ерошкин Алексей Андреевич - к. мед. н., врач-нейрохирург Центрального госпиталя МВД Украины, Киев; +38 066 724-38-65; yaroshkin@gmail.com

Михайличенко Вячеслав Юрьевич - д. мед. н., с. н. с., ученый секретарь ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины"; +38 050 981-18-00; pancreas1978@mail.ru

© Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю.

УДК: 616.14-07.64-056.24-085-089

Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю.

ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины" (пр. Ленинский, 47, г.Донецк, 83045, Украина)

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И ФОАМ-FORM СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН КЛАССА C2

Резюме. Применение комбинированных малоинвазивных методик лечения варикозной болезни нижних конечностей на данный момент почти полностью вытеснили традиционные оперативные вмешательства. Проанализированы резуль-

таты лечения 384 пациентов с заболеванием вен нижних конечностей С2 (по классификации CEAP), которые находились на стационарном лечении. Пациентов разделили на 5 групп: 1 группа контрольная (№80) - пациентам была выполнена стандартная флебэктомия и 4 группы - группы сравнения: 1а - пациентам выполнена эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) - №62; 1в - склеротерапия (СТ) - №57; 1с - ЭВЛК+СТ (№45); 1д - ЭВЛК+СТ+подкожное пересечение вен или минифлебэктомия (№140). При сравнении всех побочных эффектов и осложнений установлено, что по большинству изучаемых параметров (послеоперационные осложнения, побочные эффекты и качество жизни пациентов), минимальные результаты получены в контрольной группе (с традиционной флебэктомией). Максимально положительные результаты получены в группе с использованием комбинированного лечения в виде ЭВЛК + СТ + подкожное пересечение вен или минифлебэктомия.

Ключевые слова: хроническое заболевание вен, флебэктомия, малоинвазивные технологии.

Введение

Несмотря на современные достижения современной флебологии в области оперативного и консервативного лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК), сохраняется высокий уровень рецидива заболевания после оперативных вмешательств, который составляет 15-70% от общего числа прооперированных больных. Предлагаемые способы лечения рецидива ВБНК характеризуются многообразием приемов и не всегда учитывают современные достижения во флебологии, что затрудняет понимание тактики лечения с точки зрения систематизации и стандартизации различных ее методов, а результаты оставляют желать лучшего [Ставер, Потапов, 2012]. Одним из современных методов лечения ВБНК является эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК), которая получила широкое распространение и пользуется большой популярностью, однако оценка отдаленных результатов, требует дальнейших исследований [Шалашов и др., 2014].

Методика выполнения ЭВЛК заключается в введении в просвет сосуда световод, после чего включается лазерное излучение и световод медленно вытягивается из вены с одновременной коагуляцией внутренней стенки вены. В настоящее время разрабатываются различные виды лазерного излучения, апробируются разнообразные длины волн для повышения эффективности методики и снижения осложнений [Соколов и др., 2009]. Помимо прочего метод ЭВЛК в нашей стране по ряду исторических, технических и экономических причин более популярен, чем остальные существующие малоинвазивные методики. Тем не менее, механизм воздействия лазера на стенку вены, особенности и этапы фиброзной ее трансформации остаются недостаточно изученными [Соколов и др., 2008]. Применение ЭВЛК позволяет снизить травматичность, болевой синдром в послеоперационном периоде, а также снизить число осложнений при хирургическом лечении данной патологии и экономически выгодно, т.к. в большинстве случаев выполняется под местной анестезией и является вариантом "хирургии одного дня" [Шевченко и др., 2005].

Цель - провести сравнительную оценку традиционных и малоинвазивных методов лечения ХЗВ С2 на основании анализа осложнений и послеоперационных результатов оперативного вмешательства, а также оценить причины рецидива при применении ЭВЛК.

Материалы и методы

В основу работы легли данные обследования и лечения 384 пациентов с заболеванием вен нижних конечностей С2 (по классификации CEAP), которые находились на стационарном лечении в отделе неотложной и восстановительной сосудистой хирургии ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины" (г.Донецк) с 2009 по 2012 года. Пациентов разделили на 5 групп: 1 группа контрольная (№80) - пациентам была выполнена стандартная флебэктомия и 4 группы (группы сравнения): 1а - пациентам выполнена эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) - №62; 1в - склеротерапия (СТ) - №57; 1с - ЭВЛК+СТ (№45); 1д - ЭВЛК+СТ+подкожное пересечение вен или минифлебэктомия (№140). Средний возраст пациентов был 25,8±7,2 лет. В контрольной группе выполняли классическую флебэктомию, которая включала в себя кроссэктомию, перевязку несостоятельных перфорантов по Коккету, удаление большой подкожной вены (БПВ) или БПВ+малой подкожной вены (МПВ), минифлебэктомию.

Для ЭВЛК использовали коагулятор лазерный универсальный Лика-хирург производства "ФотоникаПлюс" (г.Черкассы, Украина) с длиной волны 1470 нм. Операция, как правило, дополнялась этапом минифлебэктомии по Мюллеру или foam-form эхосклеротерапии. Следует отметить, что при размере сафенового соустья (СФС) или сафено-поплитеального соустья (СПС) до 12 мм включительно проводили ЭВЛК без кроссэктомии с использованием торцевого световода; при размере СФС или СПС от 13 до 20 мм включительно под контролем ДС и тумесценции - ЭВЛК без кроссэктомии с использованием радиального световода; при размере СФС или СПС свыше 20мм либо при наличии приустевых аневризм проводили ЭВЛК в комбинации с кроссэктомией.

Следует отметить, что применение ЭВЛК в области средней и нижней трети голени, часто приводило к невриту подкожных чувствительных нервов, что временно вызывало недовольство и дискомфорт пациентов после выполненной процедуры. Нами применена дифференцированная лечебная тактика при комбинированном лечении. Так, до верхней трети голени и бедра мы используем ЭВЛК, ниже СТ, что позволило полностью избежать выше упомянутого осложнения.

Для изучения эффективности проводимых лечеб-

ных мероприятий давали общую оценку качества жизни для пациентов с помощью опросника CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire) до операции и через 1 год после хирургического лечения ХЗВ. Оценивали ближайшие и отдаленные осложнения, а также побочные эффекты малоинвазивных методов лечения ХЗВ при С2. При сравнительной оценке применения торцевого и радиарного лазерного световода проводили гистологическое исследование вены.

Результаты. Обсуждение

При оценки результатов лечения по данным физических методов обследования, мы выделили 2 группы осложнений: ранние и относительные. К ранним послеоперационным осложнениям мы отнесли ограниченные тромбофлебиты, преходящие парестезии, подкожные гематомы в области голени, нагноение раны или образование серомы. К относительным осложнениям или побочным эффектам, мы отнесли экхимозы, гиперпигментации, наличие тяжа. Наиболее частым осложнением были ограниченные тромбофлебиты (10,2%), вторым по частоте - подкожные гематомы (6,9%), преходящие парестезии (4,9%), образование сером и/или нагноение раны (4,3%). Для каждого малоинвазивного метода лечения ХЗВ преобладали свои специфические осложнения. Так, в группе 1а наиболее частым осложнением были преходящие парестезии на голени, связанные, по всей вероятности, с температурным воздействием лазера и близко расположенных кожных чувствительных нервов. Ограниченные тромбофлебиты в 1а группе были у 9,7%, что было связано с неполной облитерацией притоков в подкожной системе или изначально неполной облитерации вены, которая в последующем через воспалительный процесс закрывалась, как правило, полностью. Подкожные гематомы были у 3,2%, причиной которых было случайная перфорация истонченной стенки вены. Образование сером и/или нагноение раны было у 1,6%. Таким образом, в группе 1а общее число осложнений в послеоперационном периоде было у 29% больных. Следует отметить, что ограниченный тромбофлебит для ЭВЛК и СТ - это обычный процесс облитерации вены, поэтому относить его к осложнениям нужно с пониманием патофизиологического процесса. В группе 1в самым частым осложнением был ограниченный тромбофлебит (26,3%), что связано с невозможностью четкого определения границы тугого наполнения вены. Образование сером наблюдалось у 3,5%, подкожных гематом у 7%, преходящие парестезии у 1,8%. Таким образом, общее количество послеоперационных осложнений составило 38,6%.

В группе 1с ограниченные тромбофлебиты наблюдались у 17,8%, подкожные гематомы у 6,7%, преходящие парестезии и серомы у 4,4% пациентов. Общее число послеоперационных осложнений составило 33,3%. В подгруппе 1д мы использовали комбиниро-

ванную методику, которая заключалась в ЭВЛК ствола БПВ, склеротерапии вен на голени. В области прохождения малоберцового нерва и поверхностно расположенных вен (в случае истончения кожи) применяли различные виды минифлебэктомий. Наиболее часто встречались подкожные гематомы - 8,6%, образование сером - 5,7%, преходящие парестезии - 2,1% и ограниченные тромбофлебиты - 1,4%. Общее число послеоперационных осложнений составило 17,9%.

Следует отметить, что преходящие парестезии в области внутренней поверхности голени, которые полностью исчезали через 2-3 месяца, наблюдались у пациентов, которым ЭВЛК выполняли в средней и нижней трети голени, и не выявлено у больных у которых коагуляция заканчивалась на уровне верхней трети голени. Ограниченные тромбофлебиты, которые проявлялись в виде участков гиперемии протяженностью 2-11 см с перифокальным отеком и выраженным болевым синдромом по ходу коагулированной вены, расценивались нами как ограниченный тромбофлебит. В таком случае усиливали противовоспалительную и местную терапию, в результате которой получали в 100% случаев положительный эффект. В послеоперационном периоде не удалось добиться адекватной компрессии из-за недостаточности лазерного поражения и/или при выраженной варикозной трансформации БПВ на бедре.

Наличие небольших подкожных гематом и сером не требовало каких-либо оперативных вмешательств, все ограничивалось антибиотикотерапией и назначением НПВС с 100% исчезновением данных осложнений. Не было ни одного случая с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в группе с малоинвазивными технологиями, в то же время при традиционной флебэктомии данное осложнение составило 2%.

В группе пациентов с применением малоинвазивных технологий не было зафиксировано ни одного случая тромбоза глубоких вен нижних конечностей, а в группе с традиционной флебэктомией имел место в 2 (0,6%) случаев. При изучении структуры частоты послеоперационных осложнений при малоинвазивных вмешательствах (группы 1а-д) ограниченные тромбофлебиты в группе контроля составили 5%, преходящие парестезии в 22,5%, подкожные гематомы в 30%, образование сером и/или нагноение в 27,5%. По всем параметрам число осложнений было в 4-5 раз выше, чем в подгруппах с малоинвазивными методиками, что еще раз подчеркивает большую травматизацию тканей при данной методике.

Относительными осложнениями мы называли экхимомы по внутренней поверхности бедра, тяжи (болезненные уплотнения) и гиперпигментация на бедре по ходу коагулированной вены. Весь спектр данных осложнений связан непосредственно с воздействием лазера на стенку вены и является особенностями послеоперационного периода при ЭВЛК, поэтому относить их к осложнениям нужно весьма относительно.

Наибольшее число осложнений было в виде экхимозов - 38,8%, тяж наблюдался в 31,25% и пигментация кожи была в 7,2%. Следует отметить, что для ЭВЛК более характерные экхимозы и пигментации, в то время как для СТ - образование тяжа. Так, в группе 1а (применение только ЭВЛК), экхимозы наблюдались в 75,8%, тяж - 24,2% и пигментация в 193,4%. Общее число осложнений составило 119,4%, т.е. у части пациентов наблюдалось несколько осложнений одновременно. В группе 1в наибольшее число осложнений было в виде тяжа - 42,1% и далее по убывающей: экхимозы в 12,3%, пигментации в 3,5%. Общее число осложнений в подгруппе составило 57,9%. В группе 1с, наибольшее число осложнений было в виде тяжа (68,9%), экхимозы (48,9%) и пигментации (11,1%) при общем числе осложнений - 129%. Применение комбинированных методик с минифлебэктомией в группе 1d обеспечило наименьшее число осложнений (50%), при этом экхимозы наблюдались в 30%, тяжи в 17,9% и пигментация в 2,1%.

Следует отметить, что экхимозы возникали, по всей вероятности, из микроперфорации вены и проходили самостоятельно без какого-либо специфического лечения в течении 1-3 недель. Болезненные тяжи наблюдались в течении 3-11 недель, при этом по данным УЗИ - окклюзированная вена без признаков воспаления и перифлебита, которые исчезали самостоятельно или под воздействием НПВС и физиотерапии. Пигментация наблюдалась также в течении 1-4 месяцев и лишь у менее 1% пациентов оставалась более 6 месяцев. Развитие данного побочного эффекта связана с накоплением и фиксацией в дерме гемосидерина, который является продуктом деградации гемоглобина. Гемосидерин образуется в результате повреждения стенки вены и экстравазации эритроцитов, а также увеличением проницаемости сосудистой стенки в результате воздействия лазера.

Итак, при сравнении всех побочных эффектов и осложнений мы видим, что по большинству изучаемых параметров, минимальные результаты получены в контрольной группе, т.е. у тех пациентов, которым выполняли традиционную флебэктомию. Достоверно максимальные результаты получены в группе 1d. Следует отметить, что в связи с анатомическими особенностями нахождения МПВ (частично субфасциально), а также возможностью адекватности компрессии в послеоперационном периоде, то наличие таких осложнений, как тяж и гиперпигментация кожи, в проекции МПВ не наблюдались. Экхимозы имели место, но появлялись они несколько позже, чем в проекции БПВ, а именно через 6-10 дней.

Список литературы

Ставер Е.В. Причины рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей /Е.В.Ставер, М.П.Потапов // Совр. проблемы науки и образования.- 2012.- №1.- С.62.

Современные малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных варикозной болезнью / Ю.Л.Шевченко, К.В.Лядов, Ю.М.-Стойко [и др]. //Альманах клин.

мед.- 2005.- №8-5.- С.66-72.

Сравнительная оценка процессов фиброобразования вены после лазерной коагуляции с применением излучения с длиной волн 1,56 и 0,97 мкм

При морфологическом исследовании после ЭВЛК установлен поверхностный ожог интимы, выраженный постожоговой отек стенки вены, что в дальнейшем приводил к изменению её структуры, сужению просвета вены, и являлся фактором для развития тромбоза. Следует отметить, что глубина поражения и изменений в стенке вен оказались неодинаковыми. Так, в некоторых участках встречался ожог различной глубины и площади поражения, распространяющийся вплоть до ее адвентициальной оболочки. В ряде случаев установлен ожог вены, занимающий все слои и половину или более от ее окружности.

Недостаточная и неравномерная коагуляция участка вены при ее большом диаметре является основной причиной возникновения рецидива варикозной болезни, развитию острого тромбофлебита коагулированной вены, особенно в случае неустранённого высокого вено-венозного рефлюкса в области сафено-бедренной соусты. Для избегания данного осложнения при диаметре вены более 1,3 см мы используем радиарный световод для лазерной коагуляции вены, что позволяет получить равномерный ожог стенки вены и добиться положительного и безрецидивного эффекта лечения.

Выбор метода лечения ХВЗ С2 имеет большое влияние на физическое, социальное и эмоциональное качество жизни пациентов. Миниинвазивные технологии при лечении ХЗВ повышают качество жизни на 26,8 баллов, а традиционная - на 17,4 баллов.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Малоинвазивные технологии имеют ряд преимуществ перед традиционным видом хирургического лечения ХЗВ в виде снижения количества осложнений и побочных эффектов, а также значительном повышении качества жизни пациентов с данным видом патологии.

2. Гистологическими исследованиями доказана эффективность применения радиарного световода при диаметре вены более 1,3 см.

3. Применение индивидуальной дифференцированной методики выполнения миниинвазивных технологий позволило избежать ряд нежелательных побочных эффектов применения лазера и достичь лучших результатов лечения.

Перспективы дальнейших разработок направлены на минимизирование оперативной техники лечения варикозной болезни нижних конечностей с отличным косметическим эффектом и низким количеством послеоперационных осложнений и рецидива.

в эксперименте /А.Л.Соколов, А.А.Удод, Г.О.Вербицкая [и др]. // Лазерная медицина.- 2009.- Т.13, №4.- С.32-36.
Сравнение характера воздействия излучений с длинами волн 0,97 и 1,56

мкм при лечении варикозно расширенных вен методом эндовенозной коагуляции /А.Л.Соколов, К.В.Лядов, М.М.Луценко [и др]. //Альманах клин. мед.- 2008.- №17-1.- С.92-93.
Шалашов А.Г. Эндовенозная лазерная

коагуляция в лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей /А.Г.Шалашов, Е.А.Корыма-сов, А.В.Казанцев //Фундаментальные исследования.- 2014.- №4-2.- С.398-401.

Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю.

ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ТА FOAM-FORM СКЛЕРОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН КЛАСУ С2

Резюме. Застосування комбінованих малоінвазивних методик лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок на даний час майже повністю витиснули традиційні оперативні втручання. Проаналізували результати лікування 384 пацієнтів із захворюванням вен нижніх кінцівок С2 (за класифікацією СЕАР), що перебували на стаціонарному лікуванні. Пацієнти були розділені на 5 груп: 1 група контрольна (№80) - пацієнтам була виконана стандартна флебектомія й 4 групи порівняння: 1а - пацієнтам виконана ендовазальна лазерна коагуляція (ЕВЛК) №62; 1в - склеротерапія (СТ) №57; 1с - ЕВЛК+СТ (№45); 1д - ЕВЛК + СТ + підшкірне перетинання вен або мініфлебектомія (№140). При порівнянні всіх побічних ефектів і ускладнень встановлено, що за більшістю досліджуваних параметрів мінімальні результати отримані в контрольній групі (з традиційною флебектомією). Максимально позитивні результати отримані в групі з комбінованим застосуванням малоінвазивних методів у вигляді ЕВЛК + СТ + підшкірне перетинання вен, або мініфлебектомія.

Ключові слова: хронічне захворювання вен, флебектомія, малоінвазивні технології.

Kuzmenko O.V., Mikhailichenko V.Y.

PATHOPHYSIOLOGI PECULIARITIES OF ENDOVENOUS LASER COAGULATION METHOD AND FOAM-FORM SCLEROTHERAPY DURING TREATMENT OF C2 CLASS CHRONIC VEIN DISEASE

Summary. The main purpose of contemporary phlebology is to transform the operative surgery procedure in the "one-day surgery" by maintenance of maximal cosmetic effect and absence of relapse as well as post-operative complications. In the study basement are investigation and treatment data of 384 patients with C2 low extremities vein disease (according to the CEAP classification). We divided the patients into five groups: in the 1 control group (consisted of 80 patients) took place the standard phlebectomy; the other 4 comparison groups went through the following: in the 1a group was implemented endovasal laser coagulation (EVLC); and this group consisted of 62 patients; the 1b group went through the sclerotherapy (ST) and included 57 patients; the 1c group had EVLC+ST (it numbered 45 patients); 1d group went through the EVLC+ST+subcutaneous vein intersection or mini-phlebectomy (this group included 140 patients). As a result of the fulfilled comparative analysis we showed that small invasive technologies had a number of advantages over the traditional surgical treatment methods in CHD, such as decrease of the complications number and side effects as well as in the substantial increase of patients' quality of life with the mentioned pathology.

Key words: chronic vein disease, phlebectomy, low invasive technologies.

Стаття надійшла до редакції 05.05.2014 р.

Кузьменко Олег Владимирович - врач-ангиохирург высшей категории ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины"; +38 050 680-85-82; kuzmenko_donetsk@mail.ru

Михайличенко Вячеслав Юрьевич - д. мед. н., ст. н. с., ученый секретарь ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины"; +38 050 981-18-00; pancreas1978@mail.ru

© Бойнюк А.Л.

УДК: 616.728.2-089.843:616.728.2-007.248

Бойнюк А.Л.

Кафедра травматологии и ортопедии Винницкого национального медицинского университета имени Н.И.Пирогова (ул. Пирогова, 56, г.Винница, 21018, Украина)

НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Резюме. Нами прооперированы 164 больных (172 сустава) с диспластическим остеоартрозом у больных в возрасте 30-65 лет. В основном использовали эндопротезы фирм W.Link - 95 (55%), Beznoska - 48 (28%), Striker - 16 (9,2%), Ортэн - 10 (5,8%) и другие - 3 (2%), из них цементная форма эндопротеза составила 69,3%, бесцементная форма - 30,7% от общего количества операций. Костную пластику применяли в 24% случаев. Хорошие результаты получены у 87% больных, удовлетворительные в 10,1%, неудовлетворительные в 2,9%. Осложнение: тромбоз нижней конечности - 1,9%, осложнение отдаленного периода - 7,2%, асептическая нестабильность эндопротеза тазобедренного сустава - 6,7%, вывихи элементов эндопротеза - 1,4%.

Ключевые слова: диспластический остеоартроз, эндопротезирование тазобедренного сустава, компенсация на пределе, субкомпенсация, декомпенсация.

Введение

Остеоартроз тазобедренного сустава встречается в Украине по данным литературы в 7,25% [Корж и др.,

2002; Гайко та ін., 2010; Торчинський, Гайко, 2010; Muller, 1992]. У 70% пациентов причиной остеоартроза явля-