

шістю авторів доведено ефективність промивання і аспірації перед марсупіалізацією, яка вирішує ті ж проблеми, що і лаваж але призводить до втрат рідини і водно-електролітно-білкового дисбалансу, продовжує строки перебування в стаціонарі внаслідок необхідності лікування рани, що тривало не загоюється і можливої у майбутньому евентерації.

Дистальну резекцію ПЗ виконано у 5 хворих, у двох випадках - резекцією ПЗ разом із ускладненою псевдокістою.

Таким чином, у 21 пацієнта з ПК підшлункової залози ускладненою кровотечею досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгеноендоваскулярних методик вдалось у 9 випадках (42,1%).

Але, незважаючи на всі технічні можливості та досягнення сучасної діагностики, вона безсила при виникненні раптової профузної кровотечі з псевдокіст ПЗ, діагноз якої вдається встановити під час виконання негайної лапаротомії або, в більшості спостережень, лише за даними патолого-анатомічного дослідження. Тому, особливого значення набуває прогнозування та профілактика кровотечі з псевдокіст ПЗ. З факторів ризику переважне значення має великий діаметр кісти (10 см і більше), тривалість існування псевдокісти, близькість розташування стінки кісти до парапанкреатичних судин, тромбоз селезінкової вени з позапечінковою порталною гіпертензією, включення селезінки у формування стінки кісти. Ось чому ми вважаємо за доцільне всім пацієнтам з псевдокістами ПЗ необхідно виконувати селективну ангіографію, навіть при відсутності ознак кровотечі.

Висновки

При інтестинальних кровотечах неясного генезу у хворих з появою болі в ділянці псевдокісти та падінням гематокриту показана ангіографія гілок черевного стовбура з можливою емболізацією судини або псевдоаневризми, що кровоточить.

Основним методом лікування кровотеч при псевдокістах підшлункової залози є відкрите лапаротомне втручання, альтернативою якому в окремих випадках можуть бути рентгеноендоваскулярні способи лікування.

Література

1. Вибір хірургічної тактики при псевдокістах підшлункової залози, ускладнених кровотечею / О. І. Дронов, Е. А. Дрючина, А. І. Горлач, О. А. Скомаровський // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7–8. – С. 25.

2. Копчак В.М. Хірургічне лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози: мініінвазивні чи «відкриті» втручання? / В. М. Копчак, І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова // Харківська хірургічна школа. – 2014. – № 1(64). – С.103-106.

3. Ничитайло М. Ю. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею: епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування

/ М. Ю. Ничитайло, Ю. В. Снопко, Ю. О. Хілько // Клінічна хірургія. – 2009. – № 1. – С. 57–61.

4. Русин В. І. Панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / В. І. Русин, О. О. Болдіжар, А. В. Русин — Ужгород : ВЕТА – ЗАКАРПАТТЯ, 2006. — 204 с.

5. Cannon J. W. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence? / J. W. Cannon, M. P. Callery, Jr. C. M. Vollmer // J. of the American Col. of Sur. — 2009. — Vol. 209, № 3. — P. 385-393.

6. Pancreatic pseudocyst / S. Habashi, P. V. Draganov // World Journal of Gastroenterology. — 2009. — Vol. 15, № 1. — P. 38-47.

Русин В. И., Филип С. С., Болдизхар А. А., Сирчак Е. С., Серветник П. Ф.

Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею

Резюме. Проаналізовані результати хірургічних втручань у 351 больового на ускладнені псевдокісти підшлункової залози в віці від 28 до 64 років. Найважчим ускладненням при течії захворювання були кровотечі. При ліченні пацієнтів цієї групи застосовували індивідуалізований лікувальний-діагностичний підхід, який, в першу чергу, передбачав ліквідацію ускладнення з наступним ліченням самої псевдокісти в віддаленому періоді. Переважно використовували мініінвазивні методи, а при неможливості їх застосування, розвитку ускладнень або незадовільних результатах, виконували «відкриті» оперативні втручання. У 24 пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози, ускладненою кровотечею, в 9 випадках (37,1%) вдалося досягти задовільного гемостазу шляхом застосування рентгеноендоваскулярних методик.

Ключові слова: ускладнені псевдокісти підшлункової залози, діагностика, хірургічне лікування, мініінвазивні втручання.

V. I. Rusyn, S. S. Filip, O. O. Boldizhar, E. S. Sirchak, P. F. Servetnik
Pancreatic Pseudocyst Complicated by Bleedings

Abstract. The results of surgical interventions in 351 patients with complicated pancreatic pseudocysts at the age of 28 to 64 were analyzed. The most severe complications of the disease course included bleedings. Individualized diagnostic and treatment approach was used in the treatment of patients in this group. It primarily involved the elimination of complications with the following treatment of pseudocysts in the long-term period. Minimally invasive techniques were mostly used. In case of impossibility of their application, the development of complications or unsatisfactory results “open” surgery was performed. Satisfactory hemostasis was successfully achieved in 9 cases (37.1%) among 24 patients with pancreatic pseudocysts complicated by bleeding using endovascular techniques.

Keywords: complicated pancreatic pseudocysts; diagnosis; surgery; minimally invasive surgery.

Надійшла 16.06.2016 року.

УДК 616-071+616-089+616.14-007.64+617.58+616-06

Сабодош Р.В.

Ураження краніального продовження малої підшкірної вени та вени Гіасоміні при варикозній хворобі нижніх кінцівок

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна. E-mail: r.sabadosh@gmail.com

Резюме. Вена Гіасоміні та краніальне продовження малої підшкірної вени (МПВ) часто ототожнюються, не дивлячись на те, що міждисциплінарна міжнародна анатомічна номенклатура відводить кожній з них окреме місце.

Мета: покращити результати лікування пацієнтів з варикозною хворобою (ВХ) нижніх кінцівок шляхом вивчення варіантів

анатомії та патології вени Гіасоміні і краніального продовження МПВ з подальшою розробкою диференційованої хірургічної тактики.

Матеріал і методи. Обстежено і проліковано 502 хворих, які мали ВХ на 605 кінцівках. Кожному хворому проводили передопераційне ультразвукове тріплексне сканування венозної системи

уражених нижніх кінцівок.

Результати. Варикозно розширена вена *Giasomini* була виявлена у 3,8 % пацієнтів (95 % ДІ 2,4-5,6 %), а патологія краніального продовження МПВ - у 1,7 % хворих (95 % ДІ 0,8-3,0 %). При наявності арки МПВ, спостерігалися наступні варіанти патології вени *Giasomini*: 1) поширення рефлюксу з великої підшкірної вени (ВПВ) у вену *Giasomini*; 2) рефлюкс з термінального клапана МПВ посилює антеградний кровоток у вени *Giasomini*, що зумовлює рефлюкс у ВПВ в дистальному напрямку від місця впадіння у неї цієї вени. Причини неспроможності клапанів стовбура краніального продовження МПВ були: 1) рефлюкс з гирла краніального продовження МПВ; 2) рефлюкс з пронизної вени, що від нього відходила; 3) рефлюкс з термінального клапана МПВ.

Висновки. Патологія вени *Giasomini* та краніального продовження МПВ далеко не однорідна, а тому хірургічна тактика у кожного такого хворого повинна бути гемодинамічно обґрунтована і диференційована в залежності від шляхів поширення патологічних рефлюксів.

Ключові слова: краніальне продовження малої підшкірної вени, вена *Giasomini*, варикозна хвороба.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

У 1873 році С. *Giasomini* описав гілку малої підшкірної вени (МПВ), яка, відходячи від її пригирлової ділянки у підколінній ямці, поширюється поверхнево у проксимальному напрямку по задній поверхні стегна [3]. На честь автора, який її описав, ця вена отримала назву «вена *Giasomini*». Однак, можливість проходження цієї вени у 2-х зовсім різних напрямках зумовило зміну поглядів на її трактування. У випадку проходження вени у жолобі між двоголовим м'язом стегна та півперетинчастим і півсухожилковим м'язами її стали називати «краніальне продовження МПВ». Якщо ж з цього жолобу вена повертала в медіальному напрямку, впадаючи у велику підшкірну вену (ВПВ), то за нею залишили назву «вена *Giasomini*», що було закріплено у міжнародній номенклатурі 2001-2002 рр., де вказано, що вена *Giasomini* – це «краніальне продовження МПВ, що сполучається з ВПВ через задню огинаючу стегно вену» [4]. Але подальші дослідження показали, що від підколінної вени у підколінній ямці можуть відходити одночасно 2 гілки, одна з яких іде у жолобі між двоголовим м'язом стегна та півперетинчастим і півсухожилковим м'язами, а отже є краніальним продовженням МПВ, а інша, поступово повертаючи в медіальному напрямку, впадає у ВПВ. Ця вена уже ніяк не могла трактуватися як краніальне продовження МПВ, але й не вкладалася у існуюче на той час визначення вени *Giasomini*. У зв'язку з цим, визначення вени *Giasomini* було переглянуто. І таким чином, в сучасній міжнародній міждисциплінарній номенклатурі за краніальним продовженням МПВ залишено попереднє визначення, а вена *Giasomini* представлена наступним чином: «вена *Giasomini* відповідає задній огинаючій стегно вені, яка починається від МПВ або її краніального продовження і закінчується у ВПВ чи додатковій ВПВ» [5]. Отже, на сьогоднішній день вена *Giasomini* і краніальне продовження МПВ – це 2 зовсім різні вени, які можуть існувати як одночасно, так і незалежно одна від одної. Такі трактування, безсумнівно, є найбільш оправданими. Разом з тим, існування в літературі 3 різних визначень вени *Giasomini* створює серйозні непорозуміння при порівнянні результатів наукових досліджень.

У доступній вітчизняній літературі вена *Giasomini* або ототожнюється з краніальним продовженням МПВ [1], або трактується як комплекс «краніальне продовження МПВ + задня огинаюча стегно вена» [2]. У зв'язку з цим, важливим є детальніше вивчення ролі краніального продовження МПВ та вени *Giasomini* у поширенні патологічних рефлюксів при варикозній хворобі (ВХ), використовуючи сучасне термінологічне трактування цих вен.

Мета дослідження: покращити результати лікування пацієнтів з ВХ нижніх кінцівок шляхом вивчення варіантів анатомії та патології вени *Giasomini* і краніального продовження МПВ з подальшою розробкою диференційованої

хірургічної тактики.

Матеріал і методи дослідження

На базі Івано-Франківської ЦМКЛ обстежено і проліковано 502 хворих, які мали ВХ на 605 кінцівках. Серед пацієнтів - 355 жінок (70,7%; 95 % ДІ 66,5-74,7 %) та 147 чоловіків (29,3 %; 95 % ДІ 25,3-33,5 %). Медіана віку хворих – 51 рік, а 25 і 75 процентилі – 41 і 59 років. За критерієм С класифікації CEAP (2004 р.) зустрічалися наступні класи кінцівок: C_{2s} , C_{3s} , C_{4as} , C_{4bs} , C_{5s} , C_{6s} .

Кожному хворому проводили передопераційне ультразвукове тріплексне сканування венозної системи уражених нижніх кінцівок (апарат «LOGIQ e», GE Healthcare, Великобританія) з картуванням усіх виявлених патологічних венозних рефлюксів. Особливу увагу звертали на варіанти анатомії та патологію вени *Giasomini* і краніального продовження МПВ. В подальшому ультразвукографічні дані підтверджували інтраопераційно.

Для статистичної обробки даних використано програмне забезпечення «STATISTICA 10» (StatSoft, США) та «R» (Revolution Analytics, США). Частоту якісних показників представляли в абсолютних (n) і відносних (%) частотах зі вказанням 95 %-го довірчого інтервалу (ДІ) у вигляді «n (%; 95% ДІ)». При аналізі кількісних даних визначали характер розподілу значень показника, використовуючи Shapiro-Wilk's W тест. Для кількісних даних з ненормальним розподілом результати представляли у вигляді «медіана (25 і 75 процентилі)».

Результати дослідження і обговорення

Серед обстежуваних кінцівок участь вени *Giasomini* у поширенні патологічного рефлюксу була виявлена на 23 кінцівках (3,8 %; 95 % ДІ 2,4-5,6 %). З цих хворих, у 5 випадках, у зв'язку з відсутністю арки МПВ, вена *Giasomini* одночасно була термінальною ділянкою МПВ. На 2-х з цих кінцівок вона впадала у ВПВ у верхній третині стегна, на 1 – у середній і ще на 2 – у нижній. На 4 з 5 кінцівок рефлюкс з термінального клапана ВПВ доходив по її стовбуру до впадіння вени *Giasomini* (термінальної частини МПВ), і поширювався по ній на 2 кінцівках уздовж усієї МПВ, на 1 – до межі середньої і нижньої третин голілки і ще на 1 - до межі верхньої і середньої третин голілки. На п'ятій кінцівці із сафено-стегового з'єднання рефлюкс поширювався не у ВПВ, а у передню додаткову ВПВ, з якої у середній третині стегна повертався у ВПВ, а з неї на межі середньої і нижньої третин стегна – у термінальну ділянку МПВ (тобто у вену *Giasomini*), доходячи до межі верхньої і середньої третин голілки.

З 605 кінцівок участь краніального продовження МПВ у формуванні шляхів поширення патологічних рефлюксів була підтверджена у 10 випадках (1,7 %; 95 % ДІ 0,8-3,0 %), у 5 з яких вона була термінальною частиною МПВ внаслідок відсутності арки МПВ. На одній з цих 5 кінцівок рефлюкс поширювався у краніальне продовження МПВ з двох м'язових вен задньої поверхні стегна і доходив по ній аж до латеральної кісточки (тотальний рефлюкс у МПВ). На інших 4 кінцівках рефлюкс у краніальне продовження МПВ (тобто, у саму МПВ) поширювався зі стегової вени. На 1 кінцівці рефлюкс у МПВ був тотальним, на 3 інших – проксимальним: у 1 випадку – до межі середньої і нижньої третин голілки, у другому – до межі верхньої і середньої її третин, а у третьому – сягав лише трохи нижче підколінної складки, поширюючись далі на гілку МПВ. На 2 з цих 4 кінцівок рефлюкс зі стовбура МПВ через гілку за межами сафенового компартменту поширювався у ВПВ, зумовлюючи у ній дистальний рефлюкс: у одному з випадків - уже з верхньої третини голілки, а у другому – з середньої.

Як бачимо, у всіх 10 хворих, у яких вена *Giasomini* чи краніальне продовження МПВ були термінальною частиною МПВ, патологічний рефлюкс спостерігався одночасно у ВПВ і МПВ, що свідчить про важкість ураження. При цьому для ураження вени *Giasomini* було характерним поширення рефлюксу з ВПВ у МПВ (всі 5 випадків), а для ураження краніального продовження МПВ, навпаки – з МПВ у ВПВ (2 випадки).



Рис. 1. Відходження вени Giasomini від пригирлової ділянки МПВ і впадіння у ВПВ в середній третині стегна (іст. хв. 1884/07, ІФЦМКЛ). Позначення: 1 – місце впадіння МПВ, 2 – вена Giasomini, 3 – ВПВ

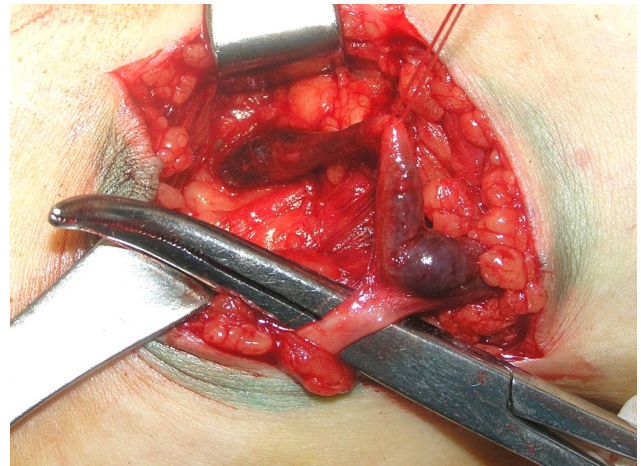


Рис. 2. Вена Giasomini відходить від пригирлової ділянки малої підшкірної вени (іст. хв. 9875/06, ІФЦМКЛ) Позначення: 1 мала підшкірна вена, 2 – арка малої підшкірної вени, 3 – місце впадіння арки малої підшкірної вени у підколінну вену, 4 – відходження вени Giasomini від пригирлової ділянки малої підшкірної вени

Дещо інші закономірності спостерігалися на кінцівках, де вена Giasomini та краніальне продовження МПВ, беручи участь у поширенні патологічних рефлюксів, не були частиною МПВ, а лише її пригирловими гілками. Такі кінцівки спостерігалися у 21 випадку. З них лише вена Giasomini брала участь у поширенні патологічних рефлюксів у 16 випадках, лише краніальне продовження МПВ – у 3, та обидві ці вени – у 2. На абсолютній більшості цих кінцівок МПВ мала арку. Лише в одному випадку (при патології вени Giasomini) вона продовжувалася у незмінене краніальне продовження МПВ.

Серед тих 16 хворих, у яких участь у поширенні патологічних рефлюксів брала лише вена Giasomini, тільки у 2 пацієнтів вона відходила від краніального продовження МПВ (у одному з них краніальне продовження МПВ було термінальною частиною МПВ, у зв'язку з відсутністю її арки), тоді як у всіх інших – від пригирлової ділянки МПВ (рис. 1, 2).

У одному випадку вена Giasomini впадала у задню додаткову ВПВ. У іншому випадку, увійшовши в сафеновий компартмент біля стовбура ВПВ, вена Giasomini не впадала у неї, а ділилася на 2 дуже звивисті стовбури, кожен біля 3 мм у діаметрі, які обплітаючи ВПВ піднімалися у пахвинну ямку і там, повторно з'єднуючись, впадали у поверхневу надчеревну вену. Ще у 5 осіб вена Giasomini впадала у пригирлову ділянку ВПВ. У решті 9 випадках вона впадала у ВПВ на різних рівнях стегна.

Спостерігалися наступні варіанти участі вени Giasomini у поширенні патологічних рефлюксів при наявності арки МПВ, але відсутності патології краніального продовження МПВ:

1) поширення рефлюксу з ВПВ у вену Giasomini, з якої останній: - нікуди не поширювався (рис. 3, б): 3 випадки; - поширювався у пригирлову ділянку МПВ, викликаючи неспроможність її термінального клапана при спроможності її стовбура (рис. 3, в): 3 випадки; - поширювався на більший чи менший сегмент стовбура МПВ, не викликаючи неспроможності її термінального клапана (рис. 3, г): 2 випадки; - поширювався на стовбур МПВ і одночасно викликав неспроможність її термінального клапана (рис. 3, е): 3 випадки;

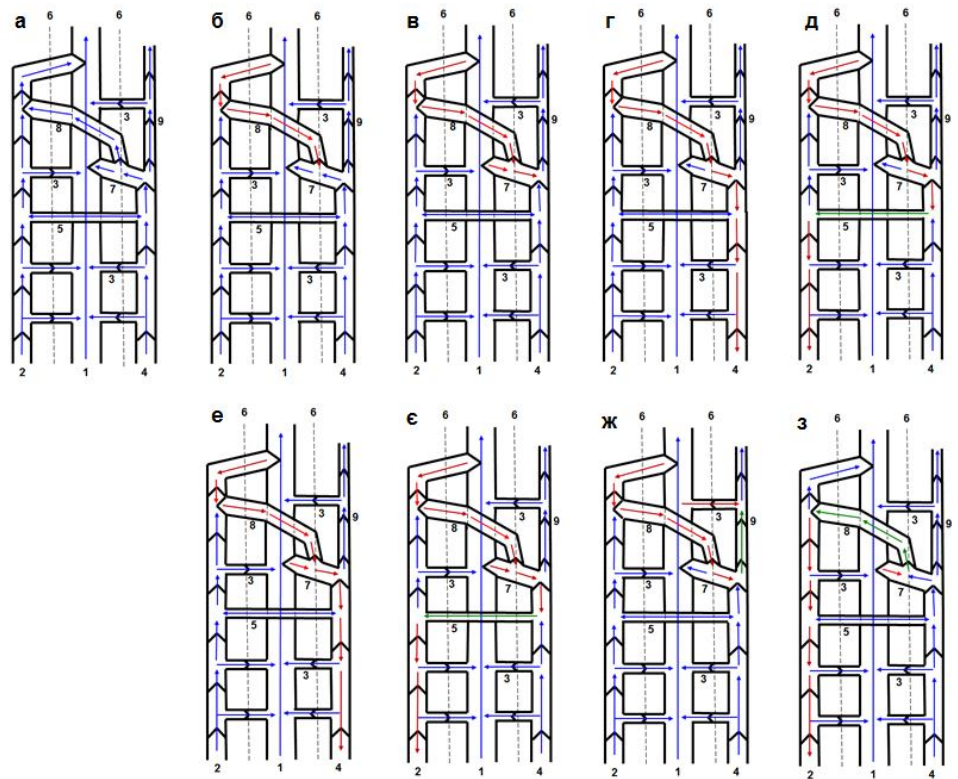


Рис. 3. Схематичне зображення кровотоку по вени Giasomini в нормі (а) та при різних варіантах поширення через неї патологічного рефлюксу (б-з) (опис – у тексті). Позначення: 1 - глибокі вени; 2 – ВПВ; 3 – пронизні вени; 4 – МПВ; 5 – міжсафенна вена; 6 – проекція м'язової фасції; 7 – арка МПВ; 8 – вена Giasomini; 9 – краніальне продовження МПВ. Стрілки: сині – нормальний антеградний кровотік; червоні – патологічний ретроградний (рефлюксний) кровотік; зелені – перевантажений антеградний кровотік

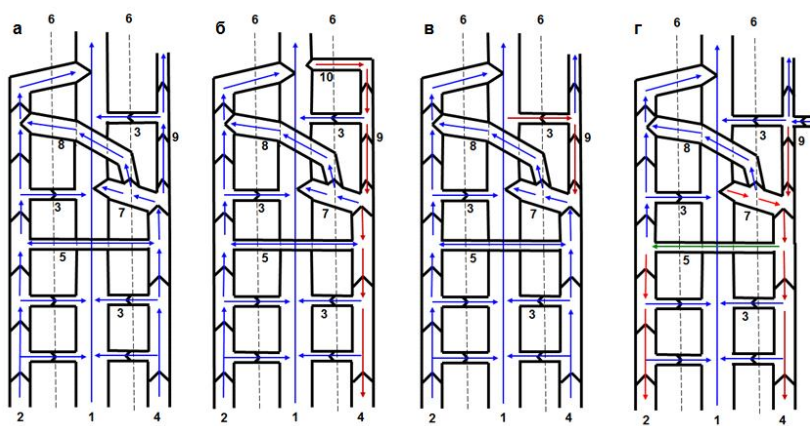


Рис. 4. Схематичне зображення кровотоку по краніальному продовженню МПВ в нормі (а) та при різних варіантах поширення по ньому патологічного рефлюксу (б-г). Позначення: 1 - глибокі вени; 2 - ВПВ; 3 - пронизні вени; 4 - МПВ; 5 - міжсафенна вена; 6 - проекція м'язової фасції; 7 - арка МПВ; 8 - вена Giasomini; 9 - краніальне продовження МПВ; 10 - гирло краніального продовження МПВ. Стрілки: сині - нормальний антеградний кровотік; червоні - патологічний ретроградний (рефлюксний) кровотік; зелені - перевантажений антеградний кровотік

- як у двох попередніх випадках, але з поширенням рефлюксу через міжсафенну вену на стовбур ВПВ (рис. 3, д, е): по 1 випадку; - поширювався у сідничу пронизну вену, яка відходить від краніального продовження МПВ (рис. 3, ж): 1 випадок;

2) рефлюкс з термінального клапана МПВ посилював антеградний кровотік у вені Giasomini, що зумовлювало рефлюкс у ВПВ в дистальному напрямку від місця впадіння у неї цієї вени (рис. 3, з): 2 випадки.

Участь краніального продовження МПВ у поширенні патологічних рефлюксів при відсутності патології вени Giasomini ми спостерігали на 3 кінцівках (рис. 4, б-г). Рефлюкс у краніальному продовженні МПВ виникав з його гирла чи з пронизної вени, що від нього відходила, або зумовлювався антеградним перевантаженням при неспроможності термінального клапана МПВ. В дистальному ж напрямку, як і при ураженні вени Giasomini, він міг просто дрениватися у

гирло МПВ, а міг призводити до клапанної недостатності її стовбура. Цікаво, що у всіх 3 осіб були уражені ті чи інші сегменти ВПВ, а МПВ була уражена лише у 2 осіб.

Патологія одночасно вени Giasomini та краніального продовження МПВ була виявлена нами у 2 осіб, поширення патологічних рефлюксів у яких представлено на рис. 5, б-в.

При більшій кількості обстежених осіб з патологією вени Giasomini та краніального продовження МПВ варіантів поширення патологічних рефлюксів по цих венах могло б бути ще більше, ніж ті, що представлені нами на рис. 3-5. Разом з тим, навіть при обстеженні лише 31 кінцівки з патологією цих вен, нам вдалося виявити 13 різних варіантів поширення по них рефлюксу.

Висновки

1. Патологія вени Giasomini спостерігається у 3,8 % пацієнтів з ВХ (95 % ДІ 2,4-5,6 %), а патологія краніального продовження МПВ - у 1,7 % (95 % ДІ 0,8-3,0 %).

2. При наявності патології вени Giasomini та / або краніального продовження МПВ існує не менше 13 варіантів поширення патологічних рефлюксів.

3. Хірургічна тактика при патології вени Giasomini та краніального продовження МПВ повинна бути чітко диференційованою і гемодинамічно обгрунтованою.

Перспективи подальших досліджень

Верифікація варіантів анатомії та патології вени Giasomini та краніального продовження МПВ дозволяє розробити для таких хворих диференційоване хірургічне лікування з ліквідацією в кожному конкретному випадку лише рефлюксних ділянок поверхневої венозної системи та вивчити результати такого лікування.

Література

1. Варикотромбофлебіт / В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдзар [та ін.].- Ужгород: Карпати, 2012. - 288 с.
2. Особенности топографии и путей распространения рефлюкса в бассейне малой подкожной вены / А. А. Гуч, Л. М. Чернуха, А. О. Боброва [и др.] // Клиническая флебология. - 2011. - Т. 4, № 2. - С. 10 - 17.
3. Konstantinos T. D. Prevalence, anatomic patterns, valvular competence, and clinical significance of the Giasomini vein / T. D. Konstantinos, L. K. Alison // J. of Vascular Surgery. - 2004. - Vol. 40, № 6. - P. 1174 - 1183.
4. Nomenclature of the veins of the lower limbs: An international interdisciplinary consensus statement / A. Caggiati, J. J. Bergan, P. Gloviczki [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2002. - Vol. 36, № 2. - P. 416 - 422.
5. Nomenclature of the veins of the lower limb: Extensions, refinements, and clinical application / A. Caggiati, J. J. Bergan, P. Gloviczki [et al.] // Journal of Vascular Surgery. - 2005. - Vol. 41, № 4. - P. 719 - 724.

Сабадош Р.В.

Поражение краниального продолжения малой подкожной вены и вены Giasomini при варикозной болезни нижних конечностей

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет».

Резюме. Вена Giasomini и краниальное продолжение малой подкожной вены (МПВ) часто отождествляются, несмотря на то, что междисциплинарная международная анатомическая номенклатура отводит каждой из них отдельное место. **Цель:** улучшить результаты лечения пациентов с варикозной болезнью (ВБ) нижних конечностей путем изучения вариантов анатомии и патологии вены Giasomini и краниального

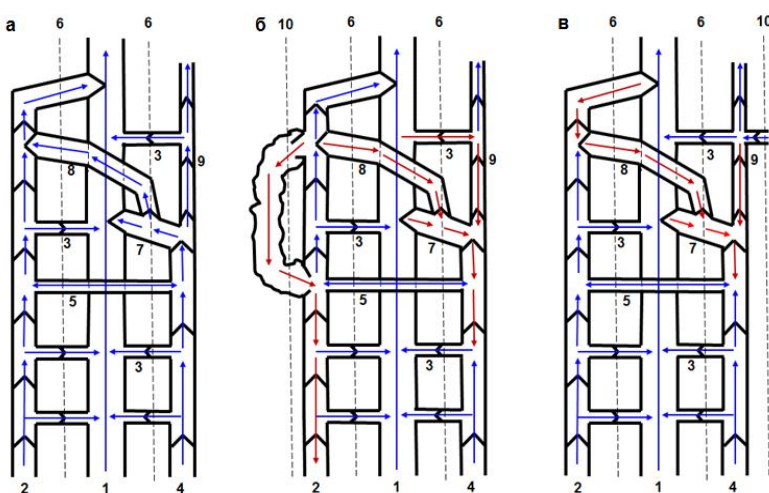


Рис. 5. Схематичне зображення кровотоку у поверхневій венозній системі в нормі (а) та при різних варіантах поширення рефлюксу одночасно по краніальному продовженню МПВ та вені Giasomini (б-в). Позначення: 1 - глибока вена; 2 - ВПВ; 3 - пронизні вени; 4 - МПВ; 5 - міжсафенна вена; 6 - проекція м'язової фасції; 7 - арка МПВ; 8 - вена Giasomini; 9 - краніальне продовження МПВ; 10 - проекція сафенової фасції. Стрілки: сині - нормальний антеградний кровотік; червоні - патологічний ретроградний (рефлюксний) кровотік; зелені - перевантажений антеградний кровотік

продолжения МПВ с последующей разработкой дифференцированной хирургической тактики. **Материал и методы.** Обследовано и пролечено 502 больных, имевших ВБ на 605 конечностях. Каждому больному проводили предоперационное ультразвуковое триплексное сканирование венозной системы пораженных нижних конечностей. **Результаты.** Варикозно расширенная вена Giacomini была обнаружена у 3,8% пациентов (95% ДИ 2,4-5,6%), а патология краниального продолжения МПВ - у 1,7% больных (95% ДИ 0,8-3,0%). При наличии арки МПВ, наблюдались следующие варианты патологии вены Giacomini: 1) распространение рефлюкса из большой подкожной вены (БПВ) в вену Giacomini; 2) рефлюкс из терминального клапана МПВ усиливает антеградный кровоток в вене Giacomini, что приводит к возникновению рефлюкса в БПВ в дистальном направлении от места впадения в нее этой вены. Причинами несостоятельности клапанов ствола краниального продолжения МПВ были: 1) рефлюкс из устья краниального продолжения МПВ; 2) рефлюкс из соединяющейся с ним перфорантной вены; 3) рефлюкс из несостоятельного терминального клапана МПВ. **Выводы.** Патология вены Giacomini и краниального продолжения МПВ далеко не однородна, поэтому хирургическая тактика у каждого такого больного должна быть гемодинамически обоснована и дифференцирована в зависимости от путей распространения патологических рефлюксов.

Ключевые слова: краниальное продолжение малой подкожной вены, вена Giacomini, варикозная болезнь.

R. V. Sbadosh

Damage to Cranial Extension of the Small Saphenous Vein and Vein of Giacomini in Lower Limb Varicose Vein Disease

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: r.sbadosh@gmail.com

Abstract. The vein of Giacomini is often identified with the cranial extension of the small saphenous vein despite the fact that according

to the international interdisciplinary anatomical nomenclature they are distinguished from one another.

The objective of the research was to improve the results of treatment of patients with lower limb varicose vein disease studying the variation in anatomy and pathology of the vein of Giacomini and the cranial extension of the small saphenous vein with subsequent development of differential surgical tactics.

Materials and methods. 502 patients with varicose veins on 605 legs were examined and treated. Each patient underwent preoperative ultrasonographic triplex scanning of the lower limb venous system.

Results. Varicose dilatation of the vein of Giacomini was observed in 3.8% of patients (95% CI 2.4-5.6%), and the pathology of the cranial extension of the small saphenous vein was detected in 1.7% of patients (95% CI 0.8-3.0%). When the arch of the small saphenous vein was present the following variations in the pathology of the vein of Giacomini were observed: 1) the spread of reflux from the great saphenous vein to the vein of Giacomini; 2) reflux from the terminal valve of the small saphenous vein intensified the antegrade flow of blood within the vein of Giacomini resulting in reflux in the great saphenous vein distal to the point where the vein of Giacomini drained into the great saphenous vein. The causes of failure of the valves in the trunk of the cranial extension of the small saphenous vein included: 1) reflux from the ostium of the cranial extension of the small saphenous vein; 2) perforating vein reflux; 3) reflux from the incompetent terminal valve of the small saphenous vein.

Conclusions. The pathology of the vein of Giacomini and the cranial extension of the small saphenous vein is not homogeneous; therefore, surgical tactics in every patient has to be hemodynamically justified and differentiated depending on the pathways of pathological reflux spreading.

Keywords: cranial extension of the small saphenous vein; vein of Giacomini; primary chronic venous disease

Надійшла 11.07.2016 року.

УДК: 616.342-002.44-001.5:616.381-072.1]-089

Саволок С. І., Шепетько – Домбровський О. Г., Шепетько–Домбровський Г. М.

Використання мультимодальної програми Enhanced Recovery After Surgery при лікуванні хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

кафедра хірургії та судинної хірургії, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, ashepetkodombrovskii@gmail.com

Резюме. За період з 2006 по 2016 рік на клінічних базах кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги оперовано із використанням лапароскопії 126 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК), із них - у 12 хворих були застосовані деякі положення мультимодальної програми Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Застосування протоколу ERAS дає можливість ефективного лікування та досягнення швидкої реабілітації хворих завдяки комплексному підходу в періопераційному періоді, що базується на принципах доказової медицини.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, малоінвазивні відеоендоскопічні технології, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

Постановка проблеми та аналіз останніх досягнень.

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) у 2-10% хворих ускладнюється перфорацією виразки, із них у 15-20% перфорація виникає на фоні безсимптомного перебігу виразкової хвороби. Хворі без виразкового анамнезу, як правило, не використовують сучасні схеми медикаментозного лікування. [1,2].

Широке впровадження інгібіторів протонної помпи, антихелікобактерної терапії досягло значних успіхів у лікуванні виразкової хвороби. В той же час кількість оперативних втручань з приводу перфорації виразки не зменшується. Наявність підвищеної кистопродукуючої функції шлунку, хелікобактерна інфекція, прийом нестероїдних протизапальних препаратів, препаратів ацетилсаліцилової кислоти, куріння, надмірне вживання алкоголю, стреси є причинами виразкової хвороби ДПК, а іноді і перфорації виразки [1,3].

У хірургічному лікуванні виразкової хвороби ДПК, ускладненої перфорацією, широко впроваджуються лапароскопічні технології, що мають переваги у порівнянні із оперативними втручаннями, за допомогою лапаротомії [2,3,4].

Враховуючи доведену ефективність комплексної проти-виразкової терапії, рекомендованою методикою є зашивання перфорації виразки або її висічення з дуоденопластиком, що виконується за допомогою малоінвазивних відеоендоскопічних технологій, а також за даними Thorsen K. et al. для герметизації перфоративного отвору використовується