

**Мета.** Визначення варіантів анатомічної будови сафено-поплітеального співустя при ультразвуковій доплерографії (УЗДГ) вен нижніх кінцівок, у тому числі як джерел патологічного рефлюксу крові при варикозній хворобі басейну МПВ. Значення неспроможних вен-перфорантів та несафенних вен у формуванні недостатності в басейні МПВ для уточнення подальшого протоколу лікування.

**Матеріали та методи.** За період з 2012 по 2016 рік була досліджена венозна система нижніх кінцівок у 2348 пацієнтів, включаючи як пацієнтів із різною патологією вен нижніх кінцівок, у тому числі з варикозною хворобою, так і тих, у котрих патологія вен при УЗДГ не була виявлена. У всіх були запротоковані результати УЗДГ вен з обов'язковим описом рівня і характеру анатомічної будови сафено-поплітеального анастомозу, наявності вен-перфорантів та несафенних вен у зоні дослідження, наявності та поширеності рефлюксу при його виявленні.

**Результати.** Були виявлені різні анатомічні варіанти будови сафено-поплітеального співустя. Описаний у посібниках «типовий» рівень сафено-поплітеального співустя на рівні щілини колінного суглоба був виявлений у 751 пацієнтів, що становило 32% серед усіх оглянутих. Це збігається з літературними джерелами. У більшості (64%) пацієнтів рівень сафено-поплітеального анастомозу був виявлений вище від щілини колінного суглоба, в середньому від 2,0 до 8,0 см, серед яких високий рівень співустя був зафіксований у 19%. Часто стовбур МПВ прямо переходить у вену Джакоміні. Співустя може виглядати як вена-перфорант і мати досить гострий кут відхилення від стовбура. Плавний хід сафено-поплітеального анастомозу був виявлений у 58% досліджених і не залежав від рівня співустя. Не рідкими виявилися непрямі варіанти співустя, наприклад, через суральну вену або через несафенну вену, з наявністю додаткових венозних анастомозів (до 16% серед досліджених). У цих випадках рівень співустя формувався в тому числі й нижче від щілини колінного суглоба, хоча відсоток такої будови малий (не більше ніж 3%). У таких випадках насамперед треба виключити наявність неспроможного анастомозу (будь-якої будови) вище від рівня колінного суглоба, в тому числі й патологічного рефлюксу по вені Джакоміні. Згідно з даними УЗДГ анатомічна відсутність сафено-поплітеального співустя була виявлена у 142 досліджених, що становило менше ніж 1%.

**Висновки.** Непостійність анатомо-топографічних даних *v. saphena parva* робить діагностику її патології, а отже, і визначення показань для операції непередбачуваним і досить складним завданням. Розуміння спеціалістами варіантів будови сафено-поплітеального співустя в нормі і при патології, а також дотримання повного протоколу дослідження при УЗДГ вен дозволяє надати докладну інформацію для визначення найбільш ефективної тактики лікування.

### ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ДОПЛЕРОГРАФІЇ СІМ'ЯНОГО КАНАТИКА

Прийма С.С., Прийма О.Б.

КЗ «Трускавецька міська лікарня», м. Трускавець

**Вступ.** Секреторне безпліддя, зумовлене порушенням кровотоку в яєчку, посідає вагоме місце в андрології. Тому вивчення кровоплину основної чоловічої статевої залози – яєчка, що здійснюється по сім'яному канатику, не втрачає своєї актуальності.

**Мета.** Було поставлено завдання – вивчити кровоплин сім'яного канатика, через який здійснюється кровопостачання яєчка, методом доплерографії при підозрі на перекрут яєчка та при лівобічному ідіопатичному варикоцеле.

**Матеріали та методи.** Обстежено до операції та проведено УЗ-моніторинг у післяопераційному періоді протягом трьох місяців у 22 хворих, котрі лікувалися в клініці за останні 9 місяців. Вік хворих становив 10-35 років. Стосовно нозології спостерігали 13 хворих із перекрутом яєчка та 9 хворих – із лівобічним ідіопатичним варикоцеле II–III ст. Експлуатувався УЗ-апарат Medison-8000 з лінійним датчиком діапазоном 4-9 МГц. УЗ-діагностику перекруту яєчка виконували за допомогою імпульсно-хвильової і кольорової доплерографії. Післяопераційний моніторинг проводили на 2-й, 10-й день і через 3 місяці після операції. При ідіопатичному лівобічному варикоцеле застосовували сірошкарльну і кольорову доплерографію. Визначали діаметр вен калитки стоячи, проводили пробу Вальсальви, а в післяопераційному періоді на 2-й день після операції визначали кровотік по яєчкової артерії для верифікації можливого пошкодження останньої при оперативному втручанні (операція Marmara). Післяопераційний моніторинг проводили в терміни, ідентичні як при перекруті.

**Результати та їх обговорення.** При перекруті яєчка у 10 хворих при УЗД відзначали повну відсутність кровоплину по судинах сім'яного канатика. У решти трьох – артеріальний кровоплин був різко знижений з максимальною систолічною швидкістю кровоплину 3-5 см/с. У післяопераційному періоді у 9 хворих кровоплин повністю відновився, і його систолічна швидкість становила 14-18 см/с. У решти 4 хворих кровоплин до яєчка відновився, але певна частина яєчка через тривалу ішемію при перекруті була нежиттєздатною.

У хворих на ідіопатичне варикоцеле діаметр вен калитки в положенні стоячи був 3,5-5,0 мм, проба Вальсальви до операції була позитивною. Після операції вени калитки зменшувалися в діаметрі і до 3 місяців становили 2-2,5 мм, що є нормою. Проба Вальсальви була негативна у всіх хворих. Кровоплин по яєчкової артерії був збережений повністю. Негативна проба Вальсальви і зменшення діаметра вен калитки до нормального свідчить про досягнення ефекту хірургічного лікування.

**Висновок.** УЗ-діагностика і моніторинг сім'яного канатика – важлива візуалізація діагнозу при перекруті яєчка та ідіопатичному варикоцеле. При останньому УЗ-моніторинг дозволяє оцінити повноту обсягу оперативного втручання.

### МИНИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Ратчик В.М., Орловский Д.В.,  
Коненко И.С., Дементий Н.П.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН  
Украины», г. Днепр

**Вступление.** В связи с широким внедрением в медицинскую практику ультразвукового исследования (УЗИ), КТ и МРТ количество больных с непаразитарными кистами печени (КП) значительно возросло и составляет 2,5-10% в общей популяции. Выбор способа лечения кистозных образований печени зависит от