

**Перспективи подальших розробок у даному напрямі.** Вивчення ефектів рідинної ресусцитації у хворих з абдомінальним сепсисом за допомогою різних груп сучасних плазмозамінників на стан проявів синдрому капілярного витоку та визначення зв'язку тяжкості капілярного витоку із розладами транспорту кисню.

#### Література

1. Клигуненко Е.Н. Интенсивная терапия кровопотери / Е.Н.Клигуненко, О.В.Кравец. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 150 с.
2. Мальцева Л.А. Сепсис: этиология, эпидемиология, патогенез, диагностика, интенсивная терапия / Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Мосенцев И.Ф. – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. – 176с.
3. Оценка тяжести состояния хирургического больного / [Сиплиев В.А., Дронов А.Н., Конь Е.В., Евтушенко Ф.В.]. – Киев: Майстерня книги, 2009. – 128 с.
4. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний / Г.А.Рябов. – Москва: Медицина, 1988. – 288 с.
5. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock / E.Rivers, B.Nguyen, S.Havstad [et al.] // New England Journal of Medicine.– 2001. – V.345 (19). – P.1368–1377.
6. Early Goal-Directed Therapy in severe sepsis and septic shock revisited concepts, controversies and contemporary findings / M.R.Otero, H.B.Nguyen, D.T.Huang [et al.] // Chest. – 2006. – Vol.130 (5). – P. 1579 – 1595.
7. Hydroxyethyl starch, but not crystalloid support, improves microcirculation during normotensive endotoxemia / J.N.Hoffman, B.Vollmar, M.W.Laschke [et al.] // Anesthesiology. – 2002. – V.97(2). – P.460 – 470.
8. Knaus W.A. APACHE-II: a severity of disease classification system / W.A.Knaus, E.A.Draper, D.P.Wagner, J.E.Zimmerman // Critical Care Medicine. – 1985. – V.13 (10). – P.818 – 829.
9. SAFE Study Investigators (2004) A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit / S.Finfer, R.Bellomo, N.Boyce [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2004. – V.350. – P.2247–2256.
10. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 / R.P.Dellinger, M.M.Levy, J.M.Carlet [et al.] // Intensive Care Medicine. – 2008. – V.34(1). – P.17–60.

#### Реферати

##### ТРАНСПОРТ КИСЛОРОДА В УСЛОВИЯХ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКОГО РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ

Курсов С.В.

У 64 пациентов с признаками наличия абдоминального сепсиса, имеющими высокую стартовую оценку тяжести состояния по шкале АРАСНЕ-II, до и после операции изучались изменения транспорта и потребления кислорода в зависимости от состава инфузионной терапии. Преимущество имели производные гидроксиэтилкрахмала, введение которых обеспечило наибольшее количество случаев достоверного улучшения показателей кислородного обмена.

**Ключевые слова:** абдоминальный сепсис, кристаллоиды, гелофузин, рефортан, венофундин.

Стаття надійшла 16.12.2011 р.

##### OXYGEN DELIVERY UNDER CONDITIONS OF ABDOMINAL SEPSIS IN THE PRESENCE OF A HIGH MORTALITY RISK

Kursov S.V.

64 pre- and post operated patients with signs of abdominal sepsis, who had a high starting point of estimation of state severity according to the APACHE-II scale have been examined as to the oxygen delivery and consumption changes depending on the composition of infusion therapy. Advantage belonged to the derivatives of starch hydroxal, the introduction of which provided the largest amount of cases of reliable improvement of oxygen exchange indices.

**Key words:** abdominal sepsis, crystalloids, gelofusin, refortan, venofundin.

УДК: 616.147.3-005.6-07-08

В.І. Лиховський, Л.Г. Дем'янюк, О.М. Безжорюваїний, Т.Ю. Лиховська, А.І. Боркунов  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава  
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

##### ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ КУКСИ ВЕЛИКОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ

Протягом 2001 – 2010 років у клініці спостерігали 17 хворих на тромбоз кукси великої підшкірної вени. Чоловіків було (11,8%), жінок – 15 (88,2%). Вік хворих був від 48 до 62 років. З приводу ВХ хворі оперовані у загальнохірургічному відділенні від 3 місяців до 1,5 років тому. У клініку направлені через 5 – 8 діб з початку захворювання. Тромбоз кукси ВПВ з розповсюдженням у просвіт стегнової виявлено за допомогою ультразвукового дуплексного ангіосканування. Всі хворі оперовані в терміновому порядку. Одночасно видалявся тромб з стегнової вени. Всі хворі видужали.

**Ключові слова:** тромбоз, кукса, велика підшкірна вена.

Варикозна хвороба (ВХ) вважається одним із найчастіших захворювань вен нижніх кінцівок і зустрічається у 17 – 25% дорослого населення. Серед осіб старших 50 років її частота сягає 50% [1,3,4,5,6,7]. Вилікувати ВХ консервативними методами не вдається. Лише своєчасне хірургічне втручання дозволяє позбутися цього недугу. На сучасному етапі розвитку флебології усунути з кровообігу змінені венозні магістралі можна методом механічного видалення, хімічного фіброзування – склерооблітерація, термічного видалення – криодеструкція, електрокоагуляція та шляхом радіочастотної і лазерної абляції [2, 5, 6]. Метод обробки, формування кукси великої підшкірної вени (ВПВ) при кросектомії залишається незмінним – шляхом перев'язки та прошивання [1, 2, 3, 5, 6]. Розмір залишеної кукси має значення у подальшому повному видужанні хворого. Пропонується методика: перев'язка гирла ВПВ на межі впадіння у стегнову вену на віддалі 0,5 см [3, 4, 5, 6, 8]. Після трансформації у процесі заживання така кукса не створює перешкоди для

ламінарного кровотоку і не слугує причиною утворення згортка. Залишена кукса більшої довжини містить порожнину, що змінює характер кровоплину і сприяє утворенню тромбу в просвіті. Утворення тромбу з нефіксованою, рухомою (“флотуючою”) верхівкою у порожнині стегнової вени є постійною загрозою виникнення смертельного ускладнення – тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) [1, 3, 4, 5, 6].

Попередження утворення тромбу у просвіті залишеної кукси ВПВ після кросектомії вважаємо актуальною проблемою флебології з таких міркувань. Захворювання може перебігати без симптомів, відсутня будь-яка закономірність у часі появи ускладнення після флебектомії [4, 6]. І найголовніше – видалення поверхневих вен з приводу ВХ широко практикується у відділеннях загальнохірургічного профілю, що збільшує можливість виникнення такого ускладнення. З різних причин не всі хірургічні відділення забезпечені належними технічними засобами розпізнання довгої кукси ВПВ та її тромбозу. Виконавці втручань – хірурги загального профілю, можуть бути не завжди обізнаними з сучасними підходами лікування згаданого ускладнення.

**Метою** роботи було виявлення причин тромбозу кукси ВПВ, узагальнити клінічні прояви та запропонувати тактику лікування ускладнення.

**Матеріал та методи дослідження.** За період 2001 – 2010 роки у судинному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з приводу тромбозу кукси ВПВ спостерігали 17 хворих, які були госпіталізовані в клініку через 3 – 5 діб з часу захворювання. Чоловіків було 2 (11,8%), жінок – 15 (88,2%). Вік хворих складав від 48 до 62 років. Хворі оперовані з приводу ВРВ у відділеннях загальнохірургічного профілю за місцем проживання. З часу втручання минуло від 3 місяців до 1,5 років. На догоспітальному етапі та під час лікування хворим проводиться ультразвукове кольорове ангіосканування. У стаціонарі всі хворі обстежені лабораторно та інструментально.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно класифікації СЕАР (1994) хронічна венозна недостатність перед оперативним втручанням визначалася, як: С 2 – у 9 (52,9%), С 4 – у 5 (29,4%), С 5 – у 2 (11,8%), С 6 – у 1 (5,9%) хворого. Виявлену симптоматику умовно поділили на місцеві та загальні ознаки. До загальних віднесли швидку стомлюваність, слабкість, дискомфорт. У 3 (17,6%) хворих відмічалось підвищення температури тіла до 37,2 – 37,5 °С. Серед місцевих ознак виділили: незначний біль у паховій ділянці при ходьбі, який підсилювався при згинанні ноги у кульшовому суглобі – у 16 (94,1%) пацієнтів. Усі госпіталізовані скаржилися на появу набряку у паховій ділянці, 9 (52,9%) хворих – на наявність розширених вен на передній та зовнішній поверхні верхньої третини стегна. При огляді у 11 (64,7%) госпіталізованих по передній поверхні стегна з розповсюдженням на передньо-зовнішню визначалося ущільнення у підшкірній основі без чітких меж різного розміру. Шкіра у цій ділянці була теплішою, визначалася ледве помітна гіперемія. На передньо-внутрішній поверхні стегна містився косий рубець довжиною до 6-8 см. Він середньою частиною розміщувався нижче пахової складки на 4-6 см, був рухомий, безболісний. При обстеженні у 9 (52,9%) госпіталізованих виявлені ознаки тромбофлебіту підшкірних вен верхньої третини стегна – притоків ВПВ.

У 13 (76,5%) пацієнтів у клінічному аналізі крові відмічений помірний лейкоцитоз з незначним зсувом лейкоцитарної формули вліво. В усіх хворих була підвищена ШОЕ – в межах 25-30 мм/год. Рівень тестів Д-димеру перевищував граничні норми у 14 (87,3%) осіб. Необхідно зазначити, що жоден з лабораторних показників крові не давав підстави впевнено вести мову про наявність тромбу в просвіті кукси ВПВ.

У день госпіталізації до відділення усім хворим виконували ультразвукове кольорове ангіосканування. При цьому встановлений тромбоз кукси ВПВ, довжина якої була в межах 2-6 см. Кровоток у просвіті кукси вени не відмічався. У 9 (52,9%) осіб виявили тромбофлебіт притоків кукси ВПВ. Із кукси ВПВ тромб у 7 (41,2%) пацієнтів розповсюджувався у порожнину стегнової вени. Довжина верхівки тромбу сягала 1-2 см у 5 (29,4%), 3-4 см – у 2 (11,8%) осіб, “флотацію” тромбу відмічено у 4 (23,5%) пацієнтів.

Вважаємо, що тактика лікування тромбозу кукси ВПВ вирішена. Вона повинна відповідати лікуванню висхідного варикотромбофлебіту з локалізацією тромбу в співусті вени [1,3,4,6]. Хворих необхідно оперувати у невідкладному порядку. Мета терміновості оперативного лікування – попередження ТЕЛА. Невідкладні втручання виконали 14 (82,3%) госпіталізованим. Із-за необхідності корекції супутньої патології у 3 (17,7%) пацієнтів його виконали у відстроченому режимі через 25 – 48 годин. Об’єм оперативного втручання завжди передбачав видалення кукси з перев’язкою та пересіченням тромбованих і не тромбованих притоків та тромбектомії із стегнової вени. При цьому проводилося попередження ускладнень під час втручання – фрагментації тромбу та його міграції.

Складові об’єму втручання передбачають чіткий безпосередній вихід на сафено-фemorальне співустя (СФС). Цій меті найбільше відповідає доступ розтином на рівні пахової складки. Рубець, утворений внаслідок попереднього розтину, залишали осторонь. Розтин тканин виконували обережно, піднімаючи краї рани гачками, аби не змістити вени і тим самим не створити жодних умов відриву тромбу. Притоки кукси, що траплялися на шляху розтину – обережно виділяли, перев’язували та відсікали. Виділяли місце впадіння кукси ВПВ у стегнову вену по характерному багрово-синюшному забарвленню кукси. Орієнтувалися лише по перехідній поверхні, не виділяючи вени навколо. Спершу виділяли стегнову вену. Проксимальніше верхньої межі тромбу, яка визначалася пальпаторно та на основі характерного ретроградного заповнення кров’ю частково спорожненої вени, під вену відводили трималку, передавлювали вену вище тромбу. У 13 (76,5%) хворих через розтин передньої стінки кукси, а у 4 (23,5%) – стегнової вени видаляли тромб. Ознакою повного видалення тромбу була безперервна ретроградна кровотеча. Тромб з кукси та стегнової вени був довжиною 2-3 см. У 3 (17,6%) осіб тромб у стегновій вені сягав до 5 см. Після звільнення від тромботичних мас кукса

виділялася з навколишніх тканин. При цьому виділялися притоки кукси у кількості 3 – 5. Виділену куксу перев’язували у місці переходу у стегнову вену та видаляли.

Після операції хворі дотримувалися активного режиму. Отримували низькомолекулярні гепарини. У ранньому післяопераційному періоді у 2 (11,8%) пацієнтів відмічалася короткочасна лімфорейя з розтину, у 5 (29,4%) – інфільтрат у ділянці рубця зі швами. Усі хворі видужали. Безпосередні наслідки лікування добрі.

#### Висновки

1. Причиною розвитку тромбозу кукси ВПВ варто вважати залишену довгу куксу та її притоки.
2. Характерних клінічних ознак та даних лабораторного обстеження тромбозу кукси ВПВ не визначено.
3. Достовірним методом діагностики тромбозу кукси ВПВ є ультразвукове кольорове ангиосканування.
4. Хворим на тромбоз кукси ВПВ показане невідкладне оперативне втручання.

#### Література

1. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика / Міждисциплінарні клінічні рекомендації. – Київ. – 2011. – 63 с.
2. Гупало Ю.М. Аналіз тромботичних ускладнень після різних методів хірургічного лікування варикозної хвороби / Ю.М. Гупало, О.Є. Суботін, С.Є. Бондар // Клінічна флебологія. – 2010. – Т. 3. – № 2. – С.51-52.
3. Клиническая ангиология / Под ред. акад. РАМН А.В. Покровського. – ОАО Издательство «Медицина». – 2004. – Т. 2. – 888 с.
4. Кириченко А.И. Острый тромбоз куксы / А.И. Кириченко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин. – М.: «Литтерра». – 2006. – 108 с.
5. Г.Д. Константинова Практикум по лечению варикозной болезни / Г.Д. Константинова, П.К. Воскресенский, О.В. Гордина [и др.] // Под ред. Г.Д. Константиновой. – М.: «Профиль». – 2006. – 188 с.
6. Савельев В.С. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, В.А. Кириенко [и др.] // Под ред. В.С. Савельева. – М.: «Медицина». – 2001. – 664 с.
7. Чернуха Л.М. Острый тромбоз куксы: тактика лечения и профилактика эмболических осложнений / Л.М. Чернуха, С.П. Щукин // Клінічна флебологія. – 2010. – Т. 3. – № 2. – С. 73.
8. Шалимов А.А. Хирургия вен / А.А. Шалимов, И.И. Сухарев. – К.: «Здоровье». – 1984. – 256 с.

#### Реферати

##### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КУЛЬТИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Ляховский В.И., Демянюк Д.Г., Безкоровайный А.М., Ляховская Т.Ю., Боркунов А.Л.

На протяжении 2001 – 2010 годов в клинике наблюдали 17 больных тромбозом культы большой подкожной вены (БПВ). Мужчин было 2 (11,8%), женщин – 15 (88,2%). Возраст больных был от 48 до 62 лет. По поводу варикозной болезни пациенты оперированы в общехирургических отделениях от 3 месяцев до 1,5 лет тому назад. Тромбоз культы БПВ с распространением в просвет бедренной вены выявлен при помощи ультразвукового цветного ангиосканирования. Все больные оперированы в срочном порядке. Одновременно удалялся тромб с бедренной вены. Все больные выздоровели.

**Ключевые слова:** тромбоз, культа, большая подкожная вена.

##### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THROMBOSIS OF THE GREAT SAPHEOUS VEIN STUMP

Liakhovs'kyi V.I., Demianiuk D.G., Bezkorovainyi O.M., Liakhovs'ka T.U., Borkunov A.L.

17 patients with thrombosis in the great saphenous vein stump were observed in a clinic during 2001-2010 years. Men were 2 (11.8%), women - 15 (88.2%). The age of patients was 48 to 62 years. With regard to varicose veins patients were operated on general surgical department from 3 months to 1.5 years ago. GSV stump thrombosis with the spread of the lumen of the femoral vein detected by means of ultrasonic color angioscanning. All patients were operated on urgently. At the same time a blood clot from the femoral vein was removed. All the patients recovered.

**Key words:** thrombosis, stump, great saphenous vein.

Стаття надійшла: 16.12.2011 р.

УДК 616.314.18 – 002.2 : 615

Н.С. Малик

ВНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

##### ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З ЗАСТОСУВАННЯМ КОМБІНАЦІЇ ФТОРХІНОЛОНІВ ТА ОРНІДАЗОЛУ

Проведено комплексне клінічне вивчення 35 хворих на хронічний генералізований пародонтит II ступеню віком від 25 до 50 років. Поряд з загальноприйнятими методами клінічної верифікації проводилося визначення імунологічних показників методом проточної цитофлюориметрії з визначенням субпопуляцій клітин, що експресують CD3, CD4, CD8. Досліджено кількість основних субпопуляцій лімфоцитів в капілярній крові ясен. При хронічному генералізованому пародонтиті спостерігаються зрушення системи клітинного імунітету. Таким чином, використання антимікробних препаратів за хронічного генералізованого пародонтиту має бути диференційованим та відповідати клініко-імунологічній стадії процесу.

**Ключові слова:** пародонтит, лікування.

*Тема «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, ендодонту, пародонту та СОПР», № держреєстрації 0104V004411.*

Не дивлячись на численні здобутки у вивченні патогенезу та різноманітних підходів до лікування хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) це захворювання на сьогодні залишається однією з важливих причин втрати зубів [2]. Актуальність вивчення цієї проблеми зумовлює переважання в структурі