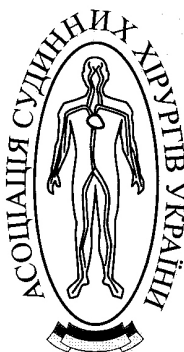


Том 7 1'2014

клінічна ФЛЕБОЛОГІЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ ✠ CLINICAL PHLEBOLOGY
український науково-практичний журнал



оригінальні дослідження
стандарти лікування
огляди, дискусії
нестандартні ситуації хірургії судин
зарубіжний досвід
з'їзди, конгреси, конференції

Клінічна ФЛЕБОЛОГІЯ

Том 7

1'2014

Український науково-практичний журнал

Свідцтво про державну реєстрацію
КВ №13964-2937P від 8.05.2008,
видане Міністерством юстиції України

Видавець – ГО «Рух за здоров'я нації»

Директор – Гаврилова О. В.

Відповідальний секретар – Соломченко О. В.

Літературний редактор – Кожухар І. А.

Коректор – Черненко В. М.

Підписано до друку з оригінал-макета

12.05.2014 р.

Формат А4

Ліній офсетний

Ум. друк. арк. 17

Тираж 1 000 прим.

Усі права стосовно опублікованих статей

належать видавцеві.

Позможenna в будь-який спосіб матеріалів,

опублікованих у цьому виданні, допускається

лише за письмовим дозволом редакції.

Відповідальність за достовірність інформації,

що міститься в матеріалах цього видання,

несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламного-

інформаційних матеріалів несе рекламодавець.

© Клінічна флебологія

© Clinical Phlebology

© Асоціація судинних хірургів України

Безродний Б. Г.

Бобров О. Є.

Богачов В. Ю. (Москва, Росія)

Венгер І. К.

Губка О. В.

Гудз І. М.

Кирієнко О. І. (Москва, Росія)

Кобза І. І.

Мішалов В. Г.

Нікульников П. І.

Парч Хуго (Вена, Австрія)

Піптюк О. В.

Родін Ю. В.

Русин В. І.

Сморжевський В. Й.

Стойко Ю. М. (Москва, Росія)

Шайдаков Є. В. (Ст.-Петербург, Росія)

Шор Н. А.

Штутин О. А.

ЗМІСТ

- 6 ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК І ТАЗА:
ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПІЯ, ЛІКАРСЬКО-ТРУДОВА ЕКСПЕРТИЗА, ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ
Клініко-практичні рекомендації

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Захворювання аорти та її гілок

- 62 ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕМІЖНОЮ КУЛЬГАВІСТЮ ЗГІДНО РЕКОМЕНДАЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ
Гудз І.М., Гудз В.О.
- 64 НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ
Иваненко А.А., Пшеничный В.Н., Шаповалов И.Н., Лившиц Г.Н.
- 67 ВПЛИВ ВИДУ УРАЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ НА РОЗВИТОК ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПЕРПЕРFUZІЇ
Кобза І.І., Трутяк Р.І., Кобза Т.І., Мелень А.П., Ярка А.О.
- 68 ОСОБЛИВОСТІ НАКЛАДАННЯ АРТЕРІАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ ТА ЇХ РОЛЬ У ВІДНОВЛЕННІ КРОВОТОКУ В НИЖНІХ КІНЦІВКАХ
Є.М. Люлька, Г.А. Оксак, О.М. Безкоровайний, А.Л. Боркунов, В.І. Ляховський
- 71 СУЧАСНІ МЕТОДИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ
Ляховський В.І., Краснов О.Г., Гавловський О.Л.
- 73 РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК
Мішалов В.Г., Черняк В.А., Сопко О.І., Яковлев Б.Ф., Мінченко П.П.
- 76 ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРААНГЛІОМШИЇ
Нікульников П.І., Ратушнюк А.В., Ліксунов О.В., Бабій О.Л., Чебурахін М.В., Присяжна Н.Р.
- 77 ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АМПУТАЦІЇ
ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНІЙ ФОРМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ
Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Пиптюк В.О.
- 80 ВИПАДОК УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНОГО ПОРАНЕННЯ СУДИН ШІЇ
Роговський В.М., Коваль Б.М., Щепетов М.В., Борківець О.М., Родіонов О.С., Бондаревський А.О., Яцун В.В., Гачківський В.В.
- 82 ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ВИРАЖЕНОЮ СПУПНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Русин В.В., Корсак В.В., Попович Я.М., Русин В.І.
- 87 ГІПЕРГОМОЦИСТЕІНЕМІЯ, ЯК САМОСТІЙНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТЕРОТРОМБОЗУ
Селюк В.М., Малиновська Л.Б., Войтович О.І., Селюк О.В.
- 89 ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА В МОДЕЛЮВАННІ ТА ЛІКУВАННІ ЕКСТРАВАЗАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВИХ АРТЕРІЙ
Черняк В.А., Струтинський С.В., Дибкалюк С.В., Зоргач В.Ю., Яковлев Б.Ф.

Хронічні захворювання вен

- 97 МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Бейчук С.В., Ужанов О.Г., Барабой К.В., Завгородний А.А., Топоривский Б.В.
- 98 МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ
Гудз І.М., Гудз В.О.
- 100 СТРУКТУРА ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК В УКРАЇНІ В 2013 РОЦІ
Косинський О.В., Бузмаков Д.Л., Ржемовський В.В.
- 104 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГОЛЕНИ
НА ФОНЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ
Кутовой А.Б., Соколов А.В., Сергеев О.А.
- 107 ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Перцов В.И., Пономаренко Е.В., Шепелев С.А., Пчельников И.М.
- 110 ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ У ПОЄДНАННІ З ПОШКОДЖЕННЯМ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Рилов А.І., Данилюк М.Б.
- 112 ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ПРИ ТРОМБОЗАХ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ
Русин В.І., Попович Я.М., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Бойко С.О.
- 120 ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТРОФІЧНИХ ВЕНОЗНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК
Рябушко Р.М., Ляховський В.І., Люлька О.М.
- 123 ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ФЛОТУЮЧИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ
Скупий О.М., Мітюк О.І., Хребтій Я.В.

Випадки в хірургії судин

- 126 СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗРЫВОМ.
ОПЫТ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ.
Кутько А.П., Деркач В.В., Мышленок Д.Ф.
- 128 КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ
Родин Ю.В., Дюба Д.Ш., Гончарова Я.А.

З'їзди, конгреси, конференції

Конгрес ангіологів та судинних хірургів України

Присвячено пам'яті засновника судинної хірургії в Україні
професора І. І. Сухарева

- 132 ЛЕЧЕННЯ ІНФІЦІЙОВАНИХ ПРОТЕЗІВ ГРУДНОЇ ТА ГРУДОБРЯШНОЇ АОРТИ
Абдулгасанов Р.А., Аракеєв В.С., Іванов А.В., Рахимов А.А.
- 132 ПОЧЕННЯ (ПАРЕНХИМАТІЗНІ) АРТЕРІАЛЬНІ ГІПЕРТЕНЗИЇ У БОЛЬНИХ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ
Абдулгасанов Р.А., Аракеєв В.С., Іванов А.В., Рахимов А.А.
- 133 СИНДРОМ КОМНА У БОЛЬНИХ «ГІПЕРТОНИЧЕСКОЮ БОЛЕЗНЬЮ»
Абдулгасанов Р.А., Аракеєв В.С., Іванов А.В., Рахимов А.А.
- 134 ФЕОХРОМОЦИТОМА У БОЛЬНИХ «ГІПЕРТОНИЧЕСКОЮ БОЛЕЗНЬЮ»
Абдулгасанов Р.А., Аракеєв В.С., Іванов А.В., Рахимов А.А., Умарова М.Н., Давиташвілі С.А., Газмагомедов З.И., Іванов А.В.
- 135 ПОЧЕМУ БОЛЬНИХ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ ЛЕЧИМ НЕЕФЕКТИВНО? (РЕЗУЛЬТАТИ ОБСЛІДУВАННЯ 1200 БОЛЬНИХ)
Абдулгасанов Р.А., Іванов А.В., Рахимов А.А., Газмагомедов З.И., Рахимов А.А., Умарова М.Н., С. Себастьян, Давиташвілі С.А.
- 135 АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
- 136 АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
- 136 АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
- 136 АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
- 136 АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
АБДУЛГАСАНОВ Р.А., ІВАНОВ А.В., ГАЗИМАГОМЕДОВ З.И., РАХИМОВ А.А.
- 137 ГЛУБОКІ ТА ПОВЕРХНЬО-РАНЕВІ ОСЛОЖНЕННЯ В АНГІОХІРУРГІЇ (МЕТОДИ РАЙОННОЇ ДІАГНОСТИКИ І ЛЕЧЕННЯ)
Абдулгасанов Р.А., Рахимов А.А., Іванов А.В., Газмагомедов З.И.
- 138 ХИРУРГІЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ АНЕВРИЗМ БРЯШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ
Абраменко В.Н., Гончаренко И.Н., Самарский И.Н.
- 138 ДОСВІД ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИПЛОКСИЧНИХ ЗАСОБІВ ЗА ВЛАСНОЮ МЕТОДИКОЮ
ПРИ ХИРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ СТЕНОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ СОННИХ АРТЕРІЙ
Абраменко В.М., Самарський І.М.
- 139 КОМБІНОВАНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ
Алчман И.В., Дрюк Н.Ф.
- 140 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОРАЖЕНИЕМ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ
Бойко В.В., Пращон В.А., Питик А.И.
- 140 ПРИНЦИПЫ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУР У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ
Бойко В.В., Пращон В.А., Мищенко Е.В.
- 141 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАТЕТЕР-УПРАВЛЯЕМОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Бойко В.В., Пращон В.А., Питик А.И., Бабякин А.Б.
- 142 ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВОЇ ПЕРФУЗІЇ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ ЯВИЩАМИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТА
Бондар Л.В., Черняк В.А., Макеєв С.С.
- 142 СПОСІБ ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ
Венгер І.К., Костів С.Я., Трач Н.І.
- 143 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ТРОМБО-ОККЛЮЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ
АОРТОБЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА
Воропаев В.В.
- 144 КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ ОККЛЮЗИЙНО-СТЕНОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ
АОРТО-КЛУБОВОГО СЕГМЕНТУ – НОВА ФІЛОСОФІЯ ПІДХОДУ
Гардубей Є.Ю., Селішев В.В., Савиридов В.О., Ваууро М.Ф.
- 145 ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ШЛЯХОМ ФОРМУВАННЯ ВЕРТЕБРОКАРОТИДНОГО АНАСТОМОЗУ
Гоніко В.М.
- 145 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИВРИДНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕТВЕЙ БРЯШНОЙ АОРТЫ
Грубник В.В., Горный В.В., Тергуенко Ю.А., Солющенко А.О., Кулиш С.А.
- 146 РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА ПРИ СТЕНО-ШЛЯЗЖИОННОМ ПОРАЖЕНИИ
Губка А.В., Воишин А.Н., Матерухин А.Н., Ермолаев Е.В., Вайло Ю.Н.
- 147 ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Губка А.В., Губка В.А., Ермолаев Е.В.
- 148 РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ РАДІАЛЬНИХ СВІТЛОВОДІВ ПРИ ЛАЗЕРНІЙ АБЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ
Гудз І.М., О. Якибчук, Гудз В.О.
- 148 СИНДРОМ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ В СЕГМЕНТІ VI. СТЕРЕОТАКСИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ
Дикалюк С.В., Герцен Г.І., Мішатов В.Г., В.А. Черняк, В. Ю Зорієв
- 149 ДОКЛІНІЧНІЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СТОБОВУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ПРИ ВЕНОЗНИХ ПРОФІЛІАКТИВНИХ ВИПАДКАХ
Домбровський Д.Б., Давиденко І.С., Оліник Ю.В., Ільчишин М.В.
- 150 КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ АСПЕКТИ КЛІТИННОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ КИЛІВОК
Домбровський Д.Б., Давиденко І.С., Савін В.В., Пшиборовська Ю.Р., Масний О.І.

151	КЛІТИННО-ТКАНИННІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ ДИСТАЛЬНОГО СУДИННОГО РУСЛА Дрюк М.Ф., Барна І.Е., Кірімов В.І., Олійник Л.І.	17
151	СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОФЛІЧНИХ СТАНІВ ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗІВ ГЛИБОКИХ ВЕН Івашук Д.О., Никоненко А.О., Губка О.В., Губка В.О.	17
152	ТРЕТИННИЙ СУДИННИЙ ДОСТУП У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ (ХНН). УСКЛАДНЕННЯ ТА ЇХ АНАЛІЗ Ільчишин М.В., Оліник Ю.В., Домбровський Д.Б.	17
153	ДОСВІД ЛІКУВАННЯ СИНДРОМА ХРОНІЧНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ Іоффе І.В., Мірошниченко П.В., Жаданов В.І., Реука В.П., Пронін І.В., Погребняк В.В.	17
153	ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Калачёв Е.В.	17
154	ПОВТОРНА РЕКОНСТРУКТИВНА ХІРУРГІЯ В УМОВАХ ІНФІКОВАНОГО ПОЛЯ. Кобза І.І., Жук Р.А., Д. Є Федорів, Сорока Т.Г., Я. І Ярема, Гаврилів Б.М.	17
155	РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ НА ГОМІЛКОВИХ АРТЕРІЯХ У ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК Кобза І.І., Жук Р.А., Ярема Я.І., Федорів Д.Є., Гаврилів Б.М., Кіт З.М.	17
156	УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ З ЗОВНІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ОКЛЮЗІЄЮ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ Кобза І.І., Мелень А.П., Кобза Т.І., Лебедева С.А., Трутяк Р.І.	17
156	ДОСВІД КЛІНІКИ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ПУХЛИН З ІНВАЗІЄЮ В МАГІСТРАЛЬНІ СУДИНИ ШІЇ Кобза І.І., Савченко А.А.	17
157	КАВАПЛІКАЦІЯ В ПОПЕРЕДЖЕННІ ТЕЛА ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ІЛЕОФЕМОРАЛЬНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ Костів С.Я., Венгер І.К., Вайда А.Р.	18
158	ВІБРО-М'ЯЗЕВА ДИСПЛАЗІЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ТА АТРЕЗІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ: АНАЛІЗ УНІКАЛЬНОГО ВИПАДКУ Кузик Ю.І., Бойко О.І.	18
159	ВИПАДОК КОРОНАРИТУ У ХЛОБЧИКА П'ЯТИ РОКІВ З ГІПОПЛАЗІЄЮ НИРОК Кузик Ю.І., Бойко О.І., Гошовська І.І.	18
160	СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОАРКТАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕНЕРЭЯ. ОПЫТ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ, РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ. Кутько А.П., Деркач В.В., Пушков И.Е., Осипенко А.В., Вороняев В.Е., Пилант Д.А., Гутович П.Р.	18
161	ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ АОРТИ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Мірошниченко П.В., Калінін Є.В., Харченко В.В., Погребняк В.В.	18
162	THE ROLE OF THE VENOTONICS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE VARICOSE THROMBOPHLEBITIS AFTER RADICAL PHLEBECTOMY Mishalov V.G., Markulan L.Yu., Beichuk S.V., Myrgorodskii D.S.	18
162	ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ТРОМБОЗАМИ СИСТЕМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ РІЗНОЇ ДАВНИНИ Мішалов В.Г., Миргородський Д.С., Маркулан Л.Ю., Завгородній А.А., Ужанов О.Г.	18
163	ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ Михальчук Д.С., Симчич А.В.	18
164	ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АНЕВРИЗМУ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Нікульников П.І., Габріелян А.В., Смержевський В.Й., Лікунов О.В., Ратушнюк А.В., Северин В.Л..	18
165	ОДНОМОМЕНТНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ СОННИХ ТА КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ Нікульников П.І., Габріелян А.В., Смержевський В.Й., Ратушнюк А.В., Бабій О.Л., Белейович В.В., Присяжна Н.Р., Миронюк О.І., Романова С.В.	18
166	РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА Назаренко И.А., Костылев М.В., Гуч А.А.	18
167	ПАТОГЕНЕЗ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ Никоненко А.С., Никоненко Т.Н., Никоненко А.А.	18
168	ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ Никольников П.И., Быцай А.Н., Яценко А.И., Павлушин О.В., Бичер А.Г.	18
168	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ Новосад Е.М., Шитря В.В., Хубетова И.В., Малютенко О.Ю., Кузнецов Н.А.	18
169	ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЕМБОЛИЗМУ ПРИ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАННЯХ З ОЧІКУВАНОЮ КРОВОВТРАТОЮ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ Орел Ю.Г.	18
169	ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СВЕТОВОДОВ ВО ВРЕМЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Османов Р.Р., Рябинская О.С.	18
170	МІКРОПІННА СТОВБУРНА ЕХО-ФЛЕБОСКЛЕРООБЛІТЕРАЦІЯ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ Паламарчук В.І., Ходос В.А.	18
171	БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПЛЕСТАЗОЛ У БОЛЬНЫХ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО РУСЛА Прасол В.А., Мясоедов К.В.	18
172	ДІАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. Пшеничный В.Н., Коновалова Е.А., Гаевой В.Л., Иваненко А.А., Ковальчук О.Н., Гаевой А.В., Иванова Е.В., Арутюнян Н.А.	18
172	АУТОДОНАЦІЯ І ВИСОКІЄ ГРУДНОЄ ЕПІДУРАЛЬНОЄ АНЕСТЕЗІЯ І БОЛЬНИХ С ІБС С НИЗКИМ СЕРДЕЧНИМ ВИБРОСОМ Рахимов А.А., Бокерия Л.А., Скопин И.И., Абдулгасанов Р.А., Лобачева Г.В., Затевахина М.В., Донанян С.А., Хамидов А.С., Самуилова Д.Ш., Фарзутдинов А.Ф., Иброгимова Е.А.	18

ДО УВАГИ АВТОРІВ

192 УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «КЛІНІЧНА ФЛЕБОЛОГІЯ»

- 193 АУТОЛОМІАЦІЯ ЯК МЕТОД КРОВОСБЕРЕЖЕННЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГІЇ
Рахимов А.А., Бокерія Л.А., Скопин И.И., Абдулгасанов Р.А., Домаканян С.А., Лобаева Г.В., Самуйлова Д.Ш., Хамидов А.С., Фарзуддинов А.Ф., Сирадзе И.В., Амирханян К.А.
- 173 ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖИСТОЇ ВЕНИ У ПОСІДАННІ З ПОШКОДЖЕННЯМ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ І ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Рилов А.І., Данилюк М.Б.
- 175 ВОЗМОЖНІЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ
Родин Ю.В., Ковальчук А.В., Яснопольская Н.В., Гайдаш Л.Л.
- 175 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ КЛАССА С2
Родин Ю.В., Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю., Розин Ю.А., Свирицкий Д.М., Синяченко Ю.О.
- 177 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Родин Ю.В., Орлов А.Г.
- 178 КАРТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С КОНТРАСТАРГЯЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
Родин Ю.В., Юсупов Р.Ю., Дюба Д.Ш.
- 178 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ
Родин Ю.В., Яснопольская Н.В., Дюба Д.Ш., Юсупов Р.Ю.
- 179 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЪЕМНЫХ КАВАФИЛЬТРОВ
Руденко Н.А.
- 179 БИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.
Русин В.И., Корсак В.В., Русин В.В., Носенко А.А., Попович Я.М., Корсак Ю.В.
- 180 ПАТОЛОГИЯ ПРОНИЗНЫХ ВЕН ПРИ ГОСТРОМУ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТЕ НИЖНИХ КИШЧЕК
Сабагов Р.В.
- 181 ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Савинов С.Г., Савинов И.С., Калачев Е.В.
- 181 МИКРОСКЛЕРОТЕРАПИЯ ФОАМ-ФОРМ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛАНГИОЕКТАЗИЙ И РЕТИКУЛЯРНОГО ВАРИКОЗА
Савинова Ю.В.
- 182 ОСОБЛИВОСТІ ХИРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МНОЖИНИХ ФЛОТУЮЧИХ ТРОМБІВ ГЛИБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КИШЧОК
Скунин О.М., Мітук О.І., Хреbtі Я.В.
- 182 РЕЗУЛЬТАТИ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-СТЕГНОВОГО ТА СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТІВ
Скунин О.М., Цигалко О.В., Лазаренко В.С.
- 183 ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ ХИРУРГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФЛОТУЮЧИХ
ТРОМБОЗАХ ПІДКОЛІННО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТУ
Сможенко В.І., Клязко І.В., Марчук С.Ф., Кравцов Д.І., Хмельяр І.В.
- 184 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У БЕРЕМЕННЫХ
Сухов С.А., Дивакова Т.С., Фомина М.П., Небылицин Ю.С.
- 184 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМ ТРОМБОЗОМ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ
Сухов С.А., Небылицин Ю.С.
- 185 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ДЕРБИДЕМЕНТА ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ
КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕВЬАНИЯ
Сухов С.А., Ржеусская М.Г.
- 186 ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ХЗВ
Сухов С.А., Ржеусская М.Г.
- 186 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Фуркало С.Н., Хасянова И.В., Гундин П.А., Ратушнюк А.В.
- 188 СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Чернуха Л.М., Артемченко М.О., Влайков Г.Г., Тодосев А.В.
- 188 ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ, РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ И РУТИННОЙ ФЛЕБЕКТОМИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Чернуха Л.М., Гуч А.А., Боброва А.О.
- 189 ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Чернуха Л.М., Гуч А.А., Влайков Г.Г., Каширова Е.В., Боброва А.О., Тодосев А.В., Бабак Г.Г.
- 190 ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИФУЗНЫХ МИКРОФИСТИГУЛЕЗНЫХ И СМЕШАННЫХ ФОРМ
ВРОЖДЕННЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ
Чернуха Л.М., Каширова Е.В., Гуч А.А., Влайков Г.Г., Альтман И.В., Кондратов В.А.
- 191 ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА
Юсупов Р.Ю., Родин Ю.В., Дюба Д.Ш., Яснопольская Н.В., Гайдаш Л.Л.

6-у добу після досягнення позитивної динаміки плевральних виділень, дренаж був вилучений.

Починаючи 3–4 доби перебування хворого у відділенні було відмічено наростання осиплості голосу, прогресування парезу правої в кінцівки. Після проведення дообстеження (лярінгоскопія, електронейроміографія) був встановлений діагноз: парез правої половини гортані; плексопатія правої в/кінцівки (ураження серединного, ліктьового нервів). Вказані відтерміновані зміни з боку нервової системи було пов'язано з ураженням нервових волокон опосередкованим впливом взривної волни.

При проведенні контрольної рентгеноскопії, МСКТ ОГК (25.02.14) було визначено розташування сторонніх тіл (кулі): ознаки багатуламкового перелому правої ключиці, стан після МОС, багатуламкового перелому тіла правої лопатки, 1-го ребра справа; сторонні тіла (метал) в ділянці верхівки (епіплеврально) правої легені, сегменту S9 лівої легені; м'яких тканин лопаткової ділянки, в ділянці перелома лопатки справа; правобічний гемоторакс в стадії розсмоктування та консолідації.

26.02.2014 року під місцевою анестезією було видалено стороннє тіло (куля) м'яких тканин лопаткової ділянки справа. Стороннє тіло, яке знаходилося епіплеврально (враховуючи травматичність втручання,

відсутність ускладнень, пов'язаних з його знаходженням) вирішено було залишити.

В подальшому перебування хворого у відділенні було обумовлено переважно продовженням консервативного нейротропного, вазоактивного, антибактеріального лікування, необхідністю реабілітаційних заходів.

Внаслідок проведеного лікування стан хворого покращився. Артерії правої в/к прохідні, набряк правої в/кінцівки відсутній, зберігаються явища плексопатія правої в/кінцівки, в динаміці не прогресують. Рани чисті, загоїлись первинним натягом (рана правої лопаткової ділянки – вторинним), шви зняті на 12–14 добу.

18.03.2014 року пацієнт був виписаний на амбулаторне лікування з рекомендацією продовжити прийом антикоагулянтів в профілактичній дозі.

Заключення

Лікування вогнепальних поранень судин, зважаючи на часте поєднання уражень артерій, вен, нервів, кісток та високу частоту різноманітних ускладнень, значну смертність займає особливе місце серед травм військового часу.

Тільки своєчасна діагностика поранення судини і кваліфіковано виконана операція дозволяють врятувати життя хворого і зберегти життєздатність кінцівки або органу.

Література

1. Бельських А. Н., Самохвалов И. М. Указания по военно-полевой хирургии, 8-е изд., перераб. / М.: Главное военно-медицинское управление МО РФ, 2013, 474 с.
2. Леманев В. Л., Абакумов М. М., Михайлов И. П. Ранения магистральных сосудов шеи // Хирургия. – 2002. – № 12. – С. 912.
3. Трунин Е. М., Михайлов А. П., Данилов А. М., та ін. Лечение поврежденных магистральных сосудов шеи // Вестник санкт-петербургского университета. – 2007. – №11, Вып. 4. – С. 82–88.
4. Asensio J. A., Valenziano C. P., Falcone R. E., Fosh J. Management of penetrating neck injuries: The controversy surrounding zone 11 injuries // Surg. Clin. North Amer. – 19. – Vol. 71. – P. 267–28.
5. Perry M. Carotid and vertebral artery injuries // Management of acute vascular injuries. Baltimore. – 181. – P. 67–86.

УДК 616.13–005.4–031.38–039–089

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ВИРАЖЕНОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

В. В. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, В. І. Русин

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород, Україна

У роботі наведено аналіз результатів обстеження та лікування 25 хворих з оклюзійно-стенотичними ураженнями артерій нижніх кінцівок і вираженою супутньою патологією, яким виконано малоінвазивні ендovasкулярні операційні втручання. Використання комплексу клініко-інструментальних методів дослідження (ультразвукове дуплексне сканування, рентгеноконтрастна ангіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) дозволило розробити алгоритм хірургічної тактики. Прокідність після ендovasкулярної черезшкірної балонної ангіопластики і/або стентування до

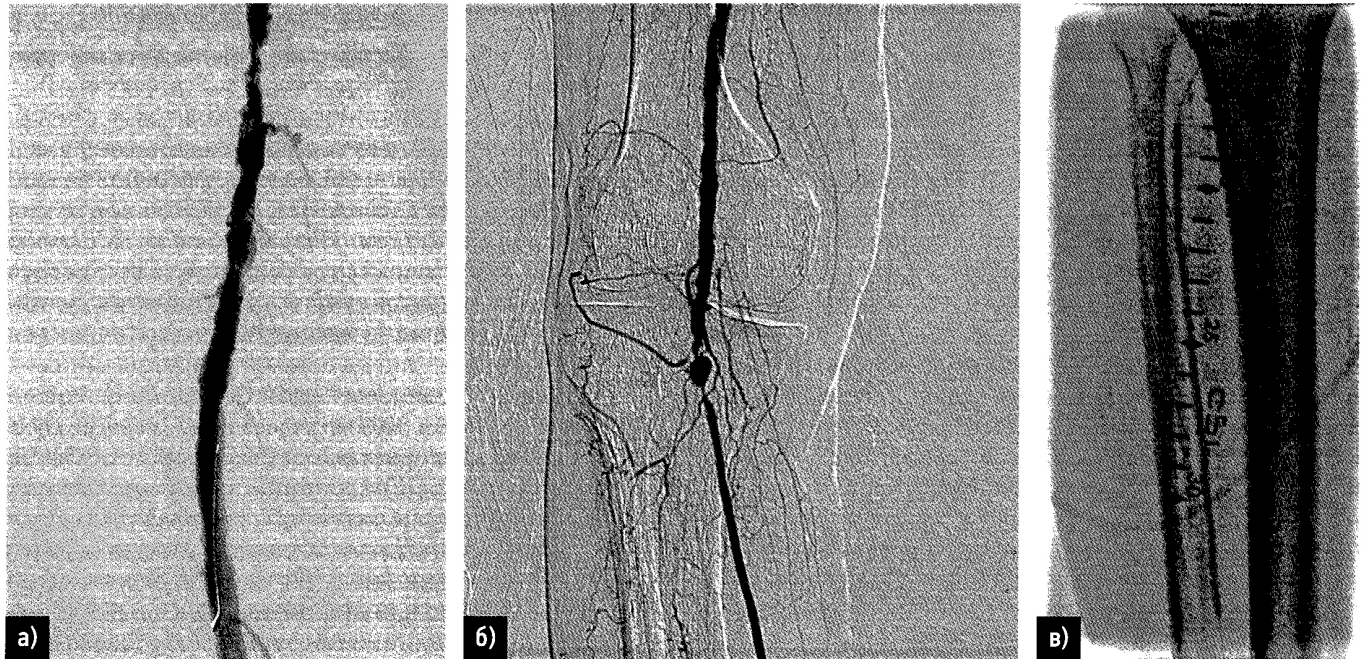


Рисунок 2. Ангіограма: провідник і балонний катетер в поверхневій стегновій (а), підколінній (б) і передній великогомілковій (в) артеріях

Матеріали і методи. У роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 25 хворих з оклюзійно-стенотичним ураженням артерій нижніх кінцівок, які оперовані у відділенні ендоскопічної діагностики та мініінвазивної хірургії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака з 2009 по серпень 2013 року. Визначення ступеня хронічної ішемії у всіх пацієнтів проводили за модифікованою клінічною класифікацією Фонтейна, відповідно хворих з III А ст. було 7 (28%), III Б – 13 (52%), з IV – 5 (20%). У всіх пацієнтів діагностували виражену супутню патологію, зокрема суб- і декомпенсований цукровий діабет, наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, хронічну недостатність кровообігу II Б – III ст., хронічну хворобу нирок V ст. Вік хворих становив від 35 до 74 років, середній вік – $52 \pm 2,3$ року. Для обстеження хворих застосовували лабораторні методи

дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («Aloka-3500», Японія, «Мій Лабораторія-50», Італія, «HDI-1500» ATL – Philips, «СІМ- 5000», Радмір, «ULTIMA PRO- 0 zone Ультра», ZONARE Медична Systems, США) рентгеноконтрастну ангіографію (DSA, Integris-2000, Philips) і мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994). Всім пацієнтам виконали мініінвазивні ендovasкулярні втручання – черезшкірну транслюмінальну балонну ангіопластику артерій нижніх кінцівок, яку в 10 (40%) випадках поєднували з ендovasкулярним балонним стентуванням. Показанням до ендovasкулярних мініінвазивних втручань були: локальні сегментарні критичні стенози довжиною до 10 см і оклюзії довжиною до 3–5 см. Показанням до ендovasкулярного балонного

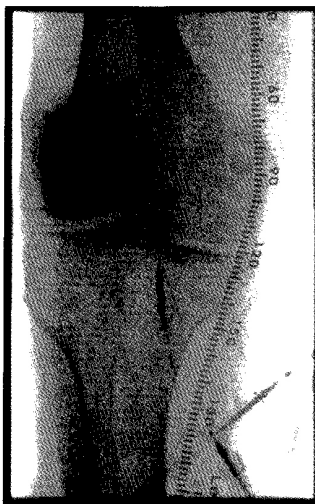


Рисунок 3.
Ангіограма хворого М.:
Черезшкірна транслюмінальна
балонна ангіопластика при
локальному сегментарному
стенозі підколінної артерії

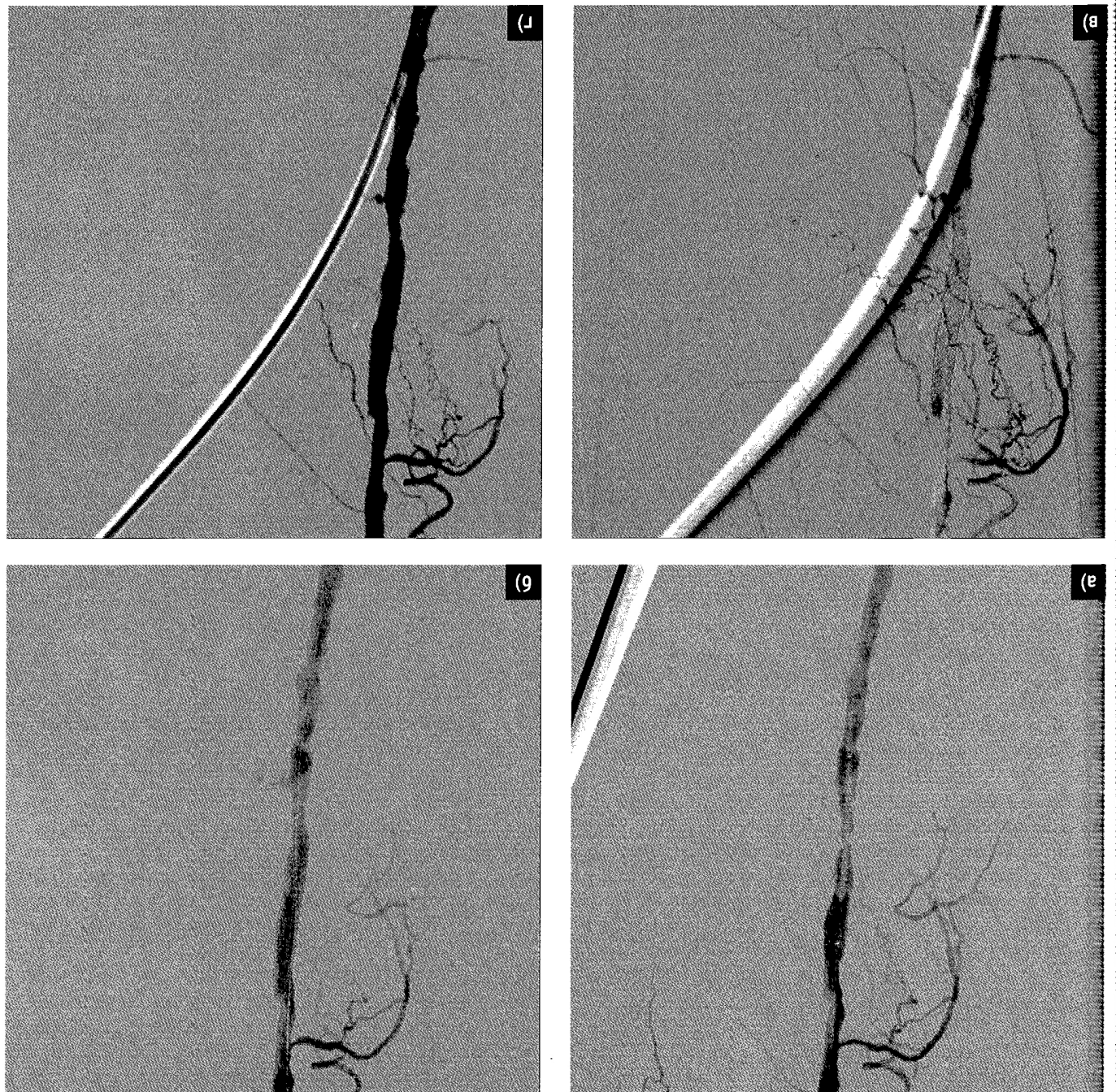


Рисунок 4.
Ангіограма хворого Т.:
контрастування артерій
гомілки після черезшкірної
транслюмінальної балонної
ангіопластики

стенування у 5 пацієнтів були розриви і відшарування інтими після виконання черешкірної балонної ангіопластики, які небезпечні раннім тромбозом зони ендовасккулярної реконструкції та дисгальної емболізації. Балонна ангіопластика проксимального сегмента поверхневої артерії стегна виконана у 5 пацієнтів, дисгального сегмента поверхневої артерії стегна – у 3, підколінної артерії – у 10, гирі задньої великогомілкової артерії – у 5 і передньої великогомілкової артерії – у 2 пацієнтів. Ендовасклярне стентування поверхневої артерії виконали у 5 пацієнтів і підколінної

пацієнтів. У всіх пацієнтів на етапі обстеження виконували ультратравматичні методи обстеження і мультиспіндильну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням, які були методом скринінгу пацієнтів для подальшого рентгеноконтрастного ангіографічного обстеження. Золотим стандартом діагностики у даних пацієнтів залишається рентгеноконтрастна ангіографія, яка дозволяє оцінити характер,

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів на етапі обстеження виконували ультратравматичні методи обстеження і мультиспіндильну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням, які були методом скринінгу пацієнтів для подальшого рентгеноконтрастного ангіографічного обстеження. Золотим стандартом діагностики у даних пацієнтів залишається рентгеноконтрастна ангіографія, яка дозволяє оцінити характер, стентування у 5 пацієнтів були розриви і відшарування інтими після виконання черешкірної балонної ангіопластики, які небезпечні раннім тромбозом зони ендовасккулярної реконструкції та дисгальної емболізації. Балонна ангіопластика проксимального сегмента поверхневої артерії стегна виконана у 5 пацієнтів, дисгального сегмента поверхневої артерії стегна – у 3, підколінної артерії – у 10, гирі задньої великогомілкової артерії – у 5 і передньої великогомілкової артерії – у 2 пацієнтів.



локалізацію і протяжність оклюзійно-стенотичного ураження артерій нижніх кінцівок, що служить важливим моментом для обґрунтування показань до мініінвазивних ендоваскулярних втручань. При цьому використовували рекомендації TASC II (2007) [4], які дозволили обґрунтувати показання до ендоваскулярних втручань. У день операції пацієнтові призначали аторвастатин в дозі 20 мг на добу, клопідогрель 300 мг одноразово з наступним прийомом по 75 мг/сут. З метою доступу проводили антеградну катетеризацію стегнової артерії по Сельдінгеру. Завжди використовували гемостатический інтродьюсер для полегшення заміни катетера, захисту артеріальної стінки від пошкодження недостатньо спустошеного катетера і для контрольних ін'єкцій контрастної речовини. Після катетеризації стегнової артерії вводили гепарин в дозі 5 тис. од. внутрішньовенно з наступним введеннями по 5 тис. од. – 4 рази на добу підшкірно протягом 10 діб. Після попередньої контрольної ангіографії через ділянку стенозу до обструкції під рентгеноскопічним контролем проводили провідник (рис. 1), а потім і сам балонний катетер (рис. 2)

Балонні катетери проводили за ділянку стенозу і через оклюзії за допомогою провідників (рис. 2). Розмір балона вибирали відповідно до оцінки розміру просвіту судини. Роздування балона завжди контролювали рентгеноскопічно, і результати втручання перевіряли ангіографічно після спорожнення балону (рис. 3, 4). Тривалість роздування балона при ендоваскулярній черезшкірній транслюмінальній балонній ангіопластическій становила $34 \pm 2,1$ с. Роздування балона більше 1 хв. може бути ефективним, але має застосовуватися тільки за наявності достатнього колатерального кровотоку дистальніше балона, який закриває просвіт судини. У 10 пацієнтів черезшкірну транслюмінальну балонну ангіопластику доповнили стентуванням. Безумовними показаннями до стентування були розриви або відшарування інтими, які виникають при дилатаційною впливі балона, крім того стентуванню підлягали ділянки артерій з резидуальним стенозом і протяжні стенози артерій більше 40 мм (рис. 5).

У 2 (8%) пацієнтів після виконання черезшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики дистальної частини поверхневої артерії стегна і початкового відділу підколінної артерії в безпосередньому післяопераційному періоді спостерігали відшарування інтими і ретромбоз зони реконструкції. Цим пацієнтам

виконали регіонарний тромболізис, повторну ендоваскулярну черезшкірну транслюмінальну балонну ангіопластику з наступним стентуванням.

У ранньому післяопераційному періоді до 1 року спостереження в 18 (72%) пацієнтів спостерігали задовільний результат, зокрема зменшення інтенсивності симптомів ішемії: відсутність больового синдрому у спокої і збільшення дистанції ходи, при цьому спостерігали збереження прохідності зони реконструкції при ультразвуковому або ангіографічному контрольному обстеженні. У 4 (80%) з 5 хворих з некротичними змінами стопи спостерігали тенденцію до обмеження і епіталізації некротичних ран.

У 3 (12%) пацієнтів після виконання черезшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики протягом року спостерігали прогресування атеросклеротичного ураження артерій гомілки і відсутність умов для виконання повторних ендоваскулярних втручань. У даних хворих виконували непряму ревазуляризацію нижніх кінцівок, зокрема ревазуляризуючу остеотрепанацию великогомілкової кістки. Але наростання симптомів ішемії привели до високої ампутації нижньої кінцівки у 2 пацієнтів. Протягом 1 року спостереження 2 пацієнта померли від гострого інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу. У віддаленому післяопераційному періоді протягом 3 років спостереження прохідність зони реконструкції спостерігали в 16 (64%) пацієнтів, при цьому зберегти кінцівку вдалося у 17 (68%) пацієнтів.

Висновки:

1. Використання комплексу клініко-інструментальних методів обстеження дозволяє ретельно обстежити хворого і обґрунтувати показання до ендоваскулярної черезшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики і стентування при локальних оклюзійно-стенотичних ураженнях артерій нижніх кінцівок.
2. Ендоваскулярні мініінвазивні втручання слід широко використовувати при критичній ішемії нижніх кінцівок у пацієнтів з вираженою супутньою патологією, коли протипоказано відкрите реконструкційно-відновне втручання
3. Застосування мініінвазивних ендоваскулярних втручань при локальних оклюзійно-стенотичних ураженнях артерій нижніх кінцівок дозволяє зберегти кінцівку в 68% пацієнтів до кінця 3 роки спостереження.

Література.

1. Балонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей: монография / Затевахин И. И., Шиповский В. Н., Золкин В. Н. // М.: Медицина, 2004. – 252 с.
2. Клиническая ангиология: руководство. / под. ред. Покровского А. В. В двух томах. – Т. 1. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 808 с.
3. Breslow Jan L. Cardiovascular disease burden increases, NIH funding decreases / J. L. Breslow // Nature Medicine. – 1997. – Vol. 3. – P. 600–612.
4. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / Norgren L., Hiatt W. R., Dormandy J. A., Nehler M. R., Harris K. A. // Journal of Vascular Surgery. – January, 2007. – 63 p.
5. Long-Term Results After Directional Atherectomy of Femoro-Popliteal Lesions / Th. Zeller, S. Sixt, Th. Schwarz, K. Bürgelin, Ch. Müller et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2006. – № 48 (8). – P. 1573–578.

можє бути протнстичним маркером летальних випадків. В резульаті дослідження Physicians' Health Study, в якому протягом 5 років спостерігалось 14916 чоловіків без ознак атеросклерозу, було встановлено, що при перевищенні нормального значення ПП в крові на 12% у трикратному розмірі підвищувалась частота виникнення інфаркту міокарда. Дослідження European Collaborative Study зробило висновок, що ПП – незалежний модифікуючий фактор ризику ССЗ. Отримані дані послужили основою для створення патогенетичної томопцїїної теорії розвитку атеросклерозу і Спайкова форма ПП проявляється хромосомними та генними мутаціями. Томозитотний дефіцит пистатонін – β – синтаза зустрічається з частотою 1:200000–1:335000, а гетерозиготний – у 0,3–1,4% населення. Серед вроджених причин ПП важливе місце посідає поліморфізм генів системи

Не зважаючи на потлиблене вивчення патогенезу і смертності від них продовжує невпинно зростати. Дані одного з найбільших досліджень MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) показали, що наявність класичних факторів ризику атеросклерозу не може повністю пояснити розвиток ССЗ, розповсюдженість яких сягає 15% у жінок і 40% у чоловіків. Традиційні уявлення про причини розвитку тромбозу та атеросклерозу досі не розкрили механізми реальних взаємодійосин цих захворювань. Речовиною, що має одночасно атерогенну і тромбоваскулярну дію є томопцїїнон (ПЦ). Більше 80 досліджень підтвердили, що гіпертомопцїїнемія (ПЦ) є важливим самостїїним фактором ризику розвитку та прогресування атеросклерозу і тромбозу та

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, гіпертомопцїїнемія, атеросклероз, тромбоз

Національний медичний університет імені О. Богомольця, м. Київ, Україна

В. М. Селюк, Л. Б. Малиновська, О. І. Войтович, О. В. Селюк

ГІПЕРТОМОПЦІЙНІЯ, ЯК САМОСТІЙНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТЕРОТРОМБОЗУ

Summary. The study presents the examination and treatment results of 25 patients with occlusive stenotic lesions of lower limbs arteries and severe concomitant pathology, who underwent minimally invasive endovascular surgery. The use of clinical and instrumental methods complex (ultrasound duplex scanning, angiography, multislice computed tomography with intravenous contrast) allowed to work out the surgical tactics algorithm. The patency after percutaneous endovascular balloon angioplasty and/or stenting to the end of 3 years follow-up period made up 64 %, and allowed to save the limb in 17 (68%) patients.

Uzhgorod national university, medical department, surgical disease chair, Uzhgorod, Ukraine

V.V. Rusyn, V.I. Korsak, Y.M. Popovych, V.I. Rusyn

Treatment tactics in critical lower limb ischemia in patients with severe concomitant pathology

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей, рентгеноконтрастное ангиографическое исследование, критическая ишемия нижних конечностей, ангиопластика, стентирование.

Резюме. В работе приведен анализ результатов обследования и лечения 25 больных с окклюзионно-стенозирующей артерией нижних конечностей и выраженной сопутствующей патологией, которым выполнялись малоинвазивные эндоваскулярные операционные вмешательства. Использование комплекса клинико-инструментальных методов исследования (ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная ангиография, мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием) позволило разработать алгоритм хирургической тактики. Проходимость после эндоваскулярной чрескожной баллонной ангиопластики и/или стентирования в конце 3 года наблюдения составила 64%, при этом сохранены конечности у 17 (68%) пациентов.

ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, кафедра хирургических болезней, г. Ужгород, Украина

В.В. Русин, В.В. Корсак, Я.М. Попович, В.И. Русин

Лечебная тактика при критической ишемии нижних конечностей у больных с выраженной сопутствующей патологией

6. Predictors of failure and success of tibial interventions for critical limb ischemia / Fernandez N, McEhane R, Marone LK, Rhee RY, Leers S, Makaroun M, Chaer RA. // J Vasc. Surg. – 2010. – №52 (4). – P. 834–842.