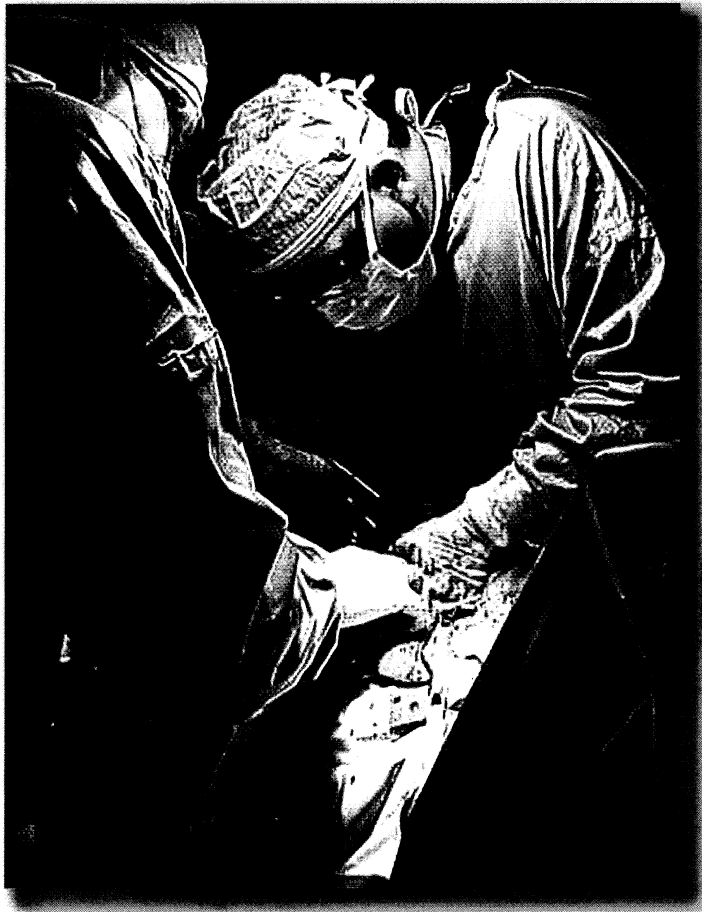


№3
2013

ISSN 0023-2130

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал



3 березень 2013

Ліга – Інформ

Передплатний індекс 74253

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 3 (841) березень 2013

Шомісський науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)

Заснований у червні 1921 р.



Нагородження
«КРИПАТІВНИМ РОПОМ ДОСТАТКУ»
та медалью «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Ресентиву
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
І. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржинська

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
Sciverse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

Затвердження постановою Президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свидчення про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія»
Тел./факс (- 044) 408.18.11, http://hiturgiya.com.ua
e-mail: info@hiturgiya.com.ua
jcs@tm.com.ua

Перепечатаний індекс 74253

Піпсано до друку 25.02.13. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Підпр офсетний. Ум. друк. арк. 9.
Обл. вид. арк. 8,81. Тираж 1 500.
Замов. 124

Видавець

ТОВ «Літа-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свидчення про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотографій
в друкарні ТОВ «Лазурит-Літінраф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2013
© Літа – Інформ, 2013

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА

ХІРУРГІЯ

№ 3 (841) березень 2013

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андрешев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛІТЕЛЯ

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

Я. С. Березницький

В. В. Бойко

М. М. Велицький

В. В. Ганжий

Б. С. Запорожченко

І. В. Іоффе

Л. Я. Ковальчук

П. Г. Кондратенко

І. А. Криворучко

В. І. Лутальцов

О. С. Ніконенко

М. П. Павловський

В. В. Петрушенко

В. І. Русин

Ю. С. Семенов

В. М. Старосек

А. І. Суходол

С. Д. Шаповал

П. О. Шкарбан

С. О. Шалімов

В. В. Чорний

В. І. Цимбалюк

Я. П. Фелештинський

О. Ю. Усенко

І. М. Юдунов

А. В. Скум

Б. В. Радіонов

А. П. Радіховський

Ю. В. Поляченко

С. Є. Подірятов

П. М. Перехрестенко

О. С. Ларін

В. В. Лазоршиниць

Д. Ю. Кривиченя

О. Г. Котенко

В. М. Копчак

Г. П. Козиниць

Г. В. Книшов

В. І. Зубков

М. П. Захараш

М. Ф. Дрюк





ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

5-8 Давенко В. М., Борисенко В. В. Критерии диагностики и принципы лечения обтурационной желтухи и ее осложненных форм острого холангита и биларного сепсиса

9-11 Подпорова С. С., Коряк В. П., Иваненко С. В., Ступак М. Т., Зубарев О. В., Ваха В. В., Сидоренко О. В., Штар А. А., Перхрест О. В., Щепетов В. В., Ростунов В. К., Брижатюк С. В., Козлов В. В. Значення неінвазивного розширення сфінктера відкідника для успіху пластичних та мініінвазивних втручань в колопроктології

12-16 Шураак А. А., Нечай В. С., Палієнко Р. К. Оптимізація хірургічного лікування хворих з приводу хронічного геморою

17-18 Польовий В. П., Сидорчук Р. І., Георгіца В. М., Нурдінов Х. Н. Ендоскопічне лікування кривотечі за ерозивно-виразкового ураження травного каналу

19-21 Рачук В. М., Гайдар Ю. А. Хірургіческа корекція ускладнених форм хроніческого панкреатита

22-25 Безручко М. В., Малик С. В., Кравченко С. П., Осипов О. С., Ситник Д. А. Забезпечення ступеня операційного стресу від виду операційного втручання з приводу гострого холангититу у пацієнтів за високого операційно-анестезіологічного ризику

26-29 Сухін І. А. Клінічне впровадження методики розділення інфільтрату черевної порожнини з збереженням анатомічної цілісності та функціональної спроможності органів, залучених до запального процесу

30-32 Турв С. О., Чудяк С. С., Сапик С. П. Клінічні результати ризику у постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок дорожньо-транспортної пригоди залежно від інформативної ознаки ураження в дорожньому русі

33-34 Лукач П. М. Дослідження засвоєння механічних та біологічних клапанів аорти

35-39 Русин В. І., Корсак В. В., Попович Я. М., Русин В. В. Ендоскопічне лікування втручання з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок

40-43 Ходос В. А. Визначення обсягу і вибір методу хірургічного втручання з приводу вариконової хвороби нижніх кінцівок в амбулаторних умовах

44-46 Хижняк М. В., Приймак Е. В. Емпірична фармакотерапія в ліценні болівого синдрому при остеохондрозі, ускладненому протрузією міжпозвонокових дисків поясничного відділа

47-50 Пасичний Д. А. Пластика голени і стопи з використанням кожно-фасціальних лоскутів голени с двоїним осервм кривоснабженієм

51-52 Фурманов А. Ю., Дабіжа А. Ю. Результати хірургіческого лічення посттравматической деформации трехпалатных пальцев кисти

53-58 Малайчук В. О., Копчак А. В., Кришук М. Т. Визначення режимів функціонального навантаження у пацієнтів при травматичному переломі нижньої щелепи після здійснення остеосинтезу з застосуванням сучасних методів комп'ютерного моделювання

ОУЛІДІ ЛІТЕРАТУРИ

63-66 Жернов О. А., Козинцев І. П., Жернов А. О. Метод розтягування м'яких тканин з використанням тканинних розширювачів у реконструктивній хірургії

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

67-68 Тандишова Р. З., Тандишова З. Р. Інородное тело прямой кишки у ребенка 6 лет

69-69 Арсенюк В. В., Тринів О. В. Спостереження проникаючого ножового поранення черевної порожнини з пошкодженням діафрагми та серця

70-72 Черченко С. М., Товкай О. А. Симуляційне виділення альбустероми надниркової залози та інсуліноми підшлункової залози під час

ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

B. I. Русин, B. B. Корсак, Я. М. Пономір, B. B. Русин

Ужгородський національний університет, медичний факультет

ENDOVASCULAR INTERVENTIONS FOR CRITICAL ISCHEMIA OF THE LOWER EXTREMITIES

V. I. Kusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Ponomir, V. V. Rusyn

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 12 хворих з лівобічною оклюзією ішемії тканин нижніх кінцівок (НІК) за оклюзією—стенозією судин стегнової—підколінної артерії (СІПА), яким виконані мінімізовані ендоваскулярні втручання (МІВ). Комплексне клініко—інструментальне обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне сканування, рентгеноконтрастна ангіографія, мультиспіральна компютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) дало можливість обґрунтувати показання до виконання ендоваскулярних втручань з приводу критичної ішемії НІК. Проксимальні зони реконструкції після здійснення ендоваскулярної чрескірної балонної ангіопластики у строки спостереження до 1 року відзначена у 9 (75%) пацієнтів, зберегти НІК відносно у 10 (83,3%).

Ключові слова: оклюзією—стенозією ураження, критична ішемія тканин нижніх кінцівок, рентгеноконтрастна ангіографія; чрескірна балонна ангіопластика; стентування.

SUMMARY

There were analyzed the results of examination and treatment of 12 patients, suffering critical ischemia of the lower extremities in the occlusion—stenosis of the femoro—popliteal segment vessels, to whom minimally invasive endovascular interventions were done. Complex clinical—instrumental examination of the patients (ultrasound duplex scanning, contrast angiography, multispiral CT with intravenous contrast) have permitted to substantiate the indications for conduction of endovascular interventions for critical ischemia of the lower extremities. The zone of reconstruction passability was confirmed after performance of endovascular transluminal balloon angioplasty in the follow—up terms up to 1 year in 9 (75%) patients, the lower extremities were saved in 10 (83,3%).

Key words: occlusion—stenotic lesion, critical ischemia of the lower extremities tissues, contrast angiography, transluminal balloon angioplasty; stenting.

В останнє десятиріччя в Європі і США широко використовують ендоваскулярну хірургію, що виникла як альтернатива відкритому хірургічному втручанню на НК. Деякі судинні хірурги стверджують, що за критичної ішемії стегнової артерії при ураженні ішемії критичної ішемії при ураженні артерії голіжки та глибокої артерії стегна мають технічний безпосередній успіх у більшості спостережень, забезпечують збереження НК у більшості пацієнтів, покращення якості їх життя, такі операції застосовують у пацієнтів старшого віку, в поєднанні з відкритими судинними втручаннями або поперековою симпатектомією [4, 5]. Покращенню віддалених результатів ангіопластики артерій підколінної—гольжової сегмента сприяє покриття імплантованих стентів лікарськими засобами [4].

Перевагами мінімізованих ендоваскулярних втручань є: мала травматичність, зменшення тривалості періоду госпіталізації та реабілітації, можливість виконувати їх навіть в амбулаторних умовах, відсутність анестезії та її ускладнень, можливість виконання в подальшому відкритих судинних втручань, ускладнень багаторазового виконання мінімізованих втручань, зменшення частоти післяопераційних втручань, мінімальна летальність [6—8].

Основним недоліком ендоваскулярних втручань є їх висока вартість, невисока частка в загальній кількості операцій на дистальному артеріальному руслі.

За даними вітчизняних авторів, частка рентгеноендоваскулярної дилатації та пластики артерій СПГС становить 3,8 — 7,1%, з них у 65,7% пацієнтів її поєднують з ендovasкулярними втручаннями на інших артеріальних сегментах [9].

Незважаючи на достатню ефективність і мінімальну травматичність поєданого використання ендovasкулярних і відкритих судинних втручань, досвід їх застосування недостатній [5]. Ендovasкулярному лікуванню з приводу ураження вінцевих артерій приділяють значну увагу, в той час як захворювання периферійних артерій НК недостатньо вивчені й висвітлені у вітчизняній та світовій літературі.

Мета дослідження: визначити можливості використання ендovasкулярних способів корекції критичної ішемії тканин за дистальних форм атеросклерозу НК на підставі аналізу результатів комплексного клініко—інструментального обстеження пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 12 хворих з приводу дистального оклюзійно—стенотичного ураження судин СПГС у відділенні ендоскопічної діагностики та мініінвазивної хірургії Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака у 2010—2012 рр. Ступінь критичної ішемії тканин НК в усіх пацієнтів визначали за клінічною класифікацією Фонтейна, модифікованою II Європейським консенсусом (1991). Ішемію III Б ступеня діагностували у 7 (58,3%) хворих, IV ступеня — у 5 (41,7%). У 9 (75%) пацієнтів виявлені супутні захворювання, зокрема, цукровий діабет у стадії субкомпенсації, наслідки перенесеного гострого порушення кровообігу головного мозку, хронічна недостатність кровообігу II А стадії. Вік хворих від 33 до 72 років, у середньому (50 ± 2,3) року.

Під час обстеження хворих застосовували лабораторні, а також інструментальні методи дослідження: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування (Aloka—3500, Японія; My Lab—50, Італія; HDI—1500 ATL—Philips; SIM—5000, Радмір; ULTIMA PRO—30, z.one Ultra, ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну ангіографію (DSA, Integris—2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX Siemens, Німеччина).

До 2007 р. відповідно до рекомендацій I Трансатлантичного консенсусу, показаннями до проведення ендovasкулярного лікування вважали локальний стеноз або оклюзію судин СПГС, внаслідок чого у більшості хворих ендovasкулярні втручання не виконували. У 2007 р. за рекомендаціями II Трансатлантичного консенсусу (TASC II), запропоноване широке впровадження ендovasкулярних методів корекції ішемії тканин НК. В той же час, не представлені чіткі

показання та протипоказання, техніки виконання таких втручань [10].

Всім пацієнтам здійснено ендovasкулярну черезшкірну балонну ангіопластику артерій НК, яку у 5 пацієнтів поєднували з стентуванням. Показанням до виконання мініінвазивних ендovasкулярних втручань на початку їх впровадження в клініці були: локальний сегментарний критичний стеноз судин СПГС довжиною до 10 см та оклюзія довжиною 3—5 см. З 2011 р. балонну ангіопластику почали застосовувати в усіх пацієнтів за критичної ішемії НК та виражених супутніх захворювань. Балонна ангіопластика дистального сегмента поверхньої артерії стегна виконана у 3 пацієнтів, підколінної артерії — у 6, устя задньої великогомілкової артерії — у 2, середньої великогомілкової артерії — в 1. У 4 пацієнтів балонна ангіопластика підколінної артерії здійснена у поєднанні з стентуванням, у 2 — потреба у стентуванні виникла після балонної ангіопластики устя задньої великогомілкової артерії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В усіх пацієнтів на етапі обстеження застосовували ультразвукові методи дослідження та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням, які вважали методом скринінгу для проведення подальшого рентгеноконтрастного ангіографічного дослідження. Як контрастну речовину під час мультиспіральної комп'ютерної томографії використовували ультравіст—300. "Золотим" стандартом діагностики у таких пацієнтів є рентгеноконтрастна ангіографія, яка дозволяє оцінити характер, локалізацію та поширення оклюзійно—стенотичного ураження артерій СПГС, для обґрунтування показань до виконання мініінвазивних ендovasкулярних втручань. При цьому використовували рекомендації TASC II [10], що дозволило обґрунтувати показання до здійснення ендovasкулярних втручань. Протипоказаннями до їх виконання вважали виражені необоротні некротичні зміни тканин НК, що потребувало її високої (на рівні середньої третини стегна) ампутації.

За 1 добу до операції пацієнту призначали клопидогрель у дозі 300 мг одноразово, а за успішного виконання ендovasкулярного втручання препарат вводили ще протягом 3 міс по 75 мг одноразово щодоби у поєднанні з аспірином по 100 мг на добу постійно.

Більшість пацієнтів скаржилися на виражений біль у спокою, не могли протягом тривалого часу утримувати НК горизонтально та зберігати нерухомість, у них використовували спинномозкову анестезію.

Здійснювали антеградну та ретроградну катетеризацію артерій за Сельдингером. Як правило, застосовували стегновий антеградний доступ. Завжди використовували гемостатичні інтрольютери Check—Flo

Performer (виробництва компанії Cook Inc., США) та Balton, EC, розмірами 4 – 7 Fr для поліпшення замінні катетера, захисту стінки артерії від пошкодження не-достатньо спорожнення катетером і контролювання інфекцій контрастної речовини. Після встановлення інтродьюсера ввели 5 000 OJ гепарину, за трива-лості втручання понад 1 год додатково ввели 1 000 OJ гепарину. При неможливості здійснити ангіогра-дний доступ використовували контрастяральний до-ступ.

Після попередньої контрольної ангіографії через ділянку стенозу до обструкції під рентгеноскопичним контролем проводили провідник, а потім – балон-ний катетер Low Profile PTA Balloon Dilatation Catheter (виробництва Cook Inc., США), Petriferal Balloon Dilatation Catheter (виробництва Schneider GmbH, Швейцарія) та PTA Dilatation Catheter (ви-робництва Boston Scientific Ireland Ltd., Ірландія) розміром 4 – 5 Fr. Балонні катетери проводили за ділянку стенозу і кризь зону оклюзії за допомогою провідників. Розмір балона обирали відповідно до діаметра просвіту судини. Роздування балона завжи контролювали рентгеноскопично, результати втру-чання перевіряли ангіографічно після спорожнення балона.

Балонну ангіопластику починали з того, що діа-гностичний катетер вертебральної конфігурації діаметром 4 – 5 Fr встановлювали на початку зони оклюзії (рис. 1). Підрульбний провідник діаметром 0,35 дюйма з вигнутим кінчиком направляли в стінку артерії, вильну від колатеральних гілок. Подаль-ше просування провідника, як правило, було почат-ком дисекції, далі катетер вводили в місце оклюзії. При просуванні під внутрішньою оболонкою судини провідник утворює велику петлю. Подібно прово-дичи петлю провідника в катетер за відсутності вира-женого кальцинозу стінки нескладно пройти всю до-вжину зони оклюзії. Велика імовірність мимовільного re-entry пов'язана з тим, що неуряжена внутрішня оболонка стінки судини міцніше зв'язана з середньою оболонкою, ніж уряжена, тому при досягненні межі між уряженою та неуряженою зонами виникає тенденція для провідника вийти у сприважний просвіт артерії. Часто при цьому зменшується діаметр петлі, оскільки вона розміщена всередині просвіту. Катетер вводять по провіднику в просвіт судини, провідник видаляють, введенням контрастної речовини підтвер-джують наявність re-entry.

Якщо re-entry не досягнута, додаткові обертанні маніпуляції провідником і катетером сіці обмежувати ділянкою артерії до першої великої колатеральної гілки. За невдачі процедури кровообстаєчання НК 300 см. Після подолання зони стенозу або оклюзії ба-лонний катетер проводили за незмінений сегмент ар-терії, а коронарний провідник замінювали на провідник діаметром 0,18 дюйма (рис. 2).

Розмір балона обирали у співвідношенні 1:1 з вимірювання з судини протягом 2–3 с.

Стінки судини новоутворений просвіт має спіраль-подібну форму. Тому результат балонної ангіопласти-ки не можна оцінювати відповідно до загальноприй-нятих критеріїв на основні величини залишкового стенозу менше 30% просвіту. Кровоток вважають хо-рошим, якщо введні 6 – 8 мл контрастної речовини вимірюються з судини протягом 2–3 с.

Розмір балона обирали у співвідношенні 1:1 з ділянкою або бути максимальною – за протяжності уряження балон роздували повільно протягом 30 с під тиском 15 – 16 атм. Тривалість ділятації 1 – 3 хв. Роздування балону понад 1 хв може бути ефективним, проте, його сіці застосовувати лише за достатнього колатерального кровотоку дистальніше балона, що закриває просвіт судини. Перві ділятацією артерії голміки або стопи в артерії ввели 0,2 мл нітрогли-церину для усунення спазму.

Для балонної ангіопластики артерій голміки, як правило, використовують керовані провідники діаме-тром 0,18 дюйма, довжиною 300 см. Якщо тертя не-дозволило провести провідник через зону стенозу, дозволило провести провідник через зону стенозу, діагностичний катетер замінювали балоном відповід-ного розміру, а провідник – жорстким коронарним провідником з підрульбним покриттям довжиною 300 см. Після подолання зони стенозу або оклюзії ба-лонний катетер проводили за незмінений сегмент ар-терії, а коронарний провідник замінювали на провідник діаметром 0,18 дюйма (рис. 2).

Рис. 1. Ангіограма хворого К. Червзкірна балонна ангіопластика артерії голміки.



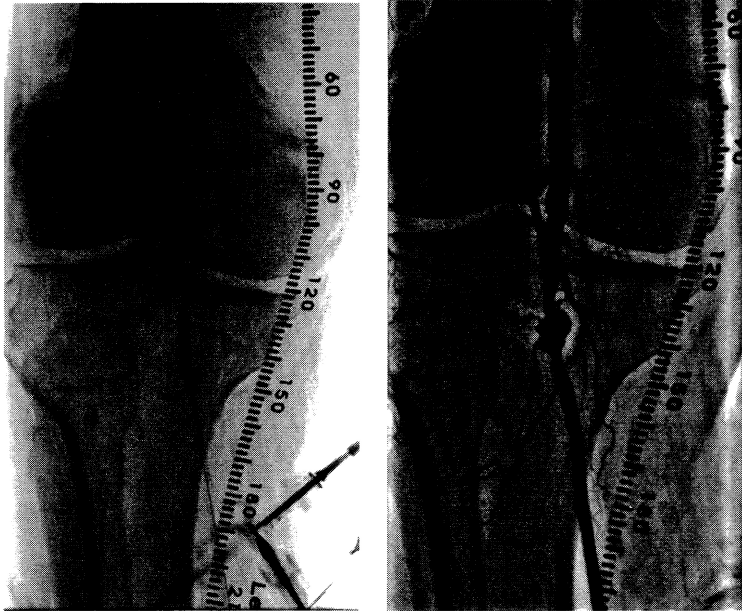


Рис. 2. Ангіограма хворого Т. Контрастування підколінної артерії та артерій гомілки після черезшкірної балонної ангіопластики підколінної артерії.

У деяких ситуаціях, коли балонний катетер неможливо було провести через довгу зону оклюзійно-стенотичного ураження, за умови збереження прохідності дистального артеріального русла, проводили одночасну ретроградну та антеградну ендovasкулярну черезшкірну балонну ангіопластику.

При розриві або відшаруванні внутрішньої оболонки судини внаслідок дилатаційного впливу балона, протяжного та резидуального стенозу черезшкірну балонну ангіопластику доповнювали стентуванням. При цьому використовували стенти Peripheral Stent System (виробництва Abbot Vascular International BVBA, Бельгія) розмірами 4 – 7 Fr.

У ранньому післяопераційному періоді і до 1 року спостереження у 10 (83,3%) пацієнтів відзначений задовільний результат, зокрема, зменшення вираженості ішемії тканин НК: відсутність болювого синдрому у спокою, збільшення дистанції, яку пацієнт проходить до появи болю. При цьому спостерігали збереження прохідності зони реконструкції за даними ультразвукового чи ангіографічного контрольного дослідження у 9 (75%) пацієнтів. В одного хворого, незважаючи на реоклюзію місця балонної ангіопластики, вдалося зберегти НК за допомогою консервативних засобів. У 2 (16,7%) пацієнтів після здійснення черезшкірної транслюмінальної балонної ангіопластики протягом 1 року спостерігали прогресування атеросклеротичного ураження артерій гомілки та відсутність умов для виконання повторних ендovasкулярних втручань, що спричинило необхідність високої ампутації НК.

ВИСНОВКИ

1. Використання комплексу клініко-інструментальних методів дослідження при критичній ішемії

тканин НК дає змогу ретельно обстежити хворих за дистальної форми оклюзії та обґрунтувати показання до виконання ендovasкулярних втручань з приводу локального оклюзійно-стенотичного ураження судин СПГС.

2. Виконання ендovasкулярних втручань з приводу критичної ішемії тканин НК у хворих за їх дистального оклюзійно-стенотичного ураження дозволило зберегти кінцівку у 10 (83,3%) пацієнтів у строки до 1 року спостереження.

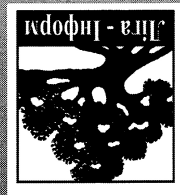
ЛІТЕРАТУРА

1. Васильев А. Э. Эффективность ендovasкулярной коррекции тиббиального кровотока при синдроме диабетической стопы / А. Э. Васильев, С. В. Яконюк, Е. Л. Парфенов: Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тез. докл. // Ангиология и сосуд. хирургия. — 2008. — Т. 15. № 2 (приложение). — С. 47–48.
2. Чрескожные вмешательства при критической ишемии нижних конечностей / В. А. Иванов, И. В. Трунин, Ю. А. Бобков [и др.]: Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тез. докл. // Там же. — С. 110 – 111.
3. Харазов А. Ф. Первый опыт использования ангиопластики артерий голени для улучшения состояния путей оттока / А. Ф. Харазов, В. Н. Цыганков, А. Ю. Лихарев: Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тез. докл. // Там же. — С. 331.
4. Ангиопластика и стентирование артерий голени / З. А. Кавтеладзе, К. В. Былов, С. А. Дроздов [и др.]: Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тез. докл. // Там же. — С. 139 – 140.
5. Бирюков С. А. Эндovasкулярная баллонная ангиопластика подколенной и берцовых артерий при атеросклеротическом поражении / С. А. Бирюков, Ю. А. Алферов, П. Г. Швальб: Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тез. докл. // Там же. — С. 37 – 38.
6. Затевахин И. И. Баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей: монография / И. И. Затевахин, В. Н. Шиповский, В. Н. Золкин. — М.: Медицина, 2004. — 252 с.
7. Клиническая ангиология: руководство, под ред. А. В. Покровского: в 2 т. — М.: ОАО Изд-во Медицина, 2004. — Т. 1. — 808 с.

харним діабетом і трофічeskими порушеннями / А. Н. Быцай // Клін. хірургія. – 2004. – № 11–12. – С. 13 – 14.
10. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / L. Norgren, W. R. Hiatt, J. A. Dormandy [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2007. – Vol. 49, N 1. – P. 63.

8. Predictors of failure and success of tibial interventions for critical limb ischemia / N. Fernandez, R. McEneaney, L. K. Matrone [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2010. – Vol. 52, N 4. – P. 834 – 842.
9. Быцай А. Н. Реконструктивні операції на матримальних артеріях нижніх кінцівок у больових пошкодженого візраста с са-

НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО
“ЛІГА - ІНФОРМ”



Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує

до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію:

від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного

виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія»,

допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує

до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії,

які займаються виробництвом, розповсюдженням

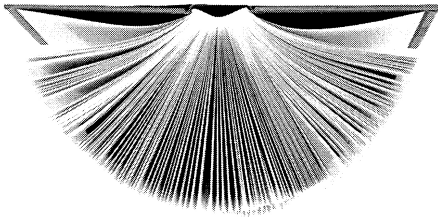
і просуванням на ринок України

лікарських засобів, медичного

устаткування, компанії

фармацевтичної промисловості

(організації та підприємства).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Відпочте про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.