

p-ISSN: 2786-8311
e-ISSN: 2786-832X

Український журнал КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

The Ukrainian Journal of Clinical Surgery



Том 91 · Номер 2
Березень/Квітень
2024

www.hirurgiua.com.ua

Ліга-Інформ

ISSN 2786-8311 (Print)
ISSN 2786-832X (Online)

Асоціація хірургів України
Національний науковий центр хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

Український журнал клінічної хірургії

Том 91, № 2 (березень-квітень) 2024

Двомісячний науково—практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Головний редактор

О. Ю. УСЕНКО

Заступники головного редактора

С. А. АНДРЕЄЩЕВ, М. В. КОСТИЛЄВ

Редакційна колегія

L. ANGRISANI (Італія), J. BENEDIK (Німеччина),
Л. С. БІЛЯНСЬКИЙ, С. О. ВОЗІАНОВ,
М. FRIED (Чеська Республіка), Н. FRIESS (Німеччина),
В. Г. ГЕТЬМАН, О. І. ДРОНОВ, Г. П. КОЗИНЕЦЬ,
В. М. КОПЧАК, А. С. ЛАВРИК, В. В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ,
І. А. ЛУРІН, J. MELISSAS (Греція), С. І. САВОЛЮК,
А. В. СКУМС, І. П. ХОМЕНКО, В. І. ЦИМБАЛЮК,
R. WEINER (Німеччина)

Редакційна рада

В. П. АНДРЮЩЕНКО, Я. С. БЕРЕЗНИЦЬКИЙ,
В. В. БОЙКО, М. М. ВЕЛІГОЦЬКИЙ,
Б. С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, М. П. ЗАХАРАШ,
І. В. ЮФФЕ, П. Г. КОНДРАТЕНКО,
І. А. КРИВОРУЧКО, В. І. ЛУПАЛЬЦОВ,
О. С. НИКОНЕНКО, В. В. ПЕТРУШЕНКО,
В. І. РУСИН, А. І. СУХОДОЛЯ,
Я. П. ФЕЛЕШТИНСЬКИЙ, С. О. ШАЛІМОВ,
С. Д. ШАПОВАЛ, І. М. ШЕВЧУК

Редактор В. М. МОРОЗ

Коректор О. П. ЗАРЖИЦЬКА

Включений до Реєстру суб'єктів медіа 14.09.2023.
Ідентифікатор/номер ліцензії R40-01319.

Включений
до Переліку наукових фахових видань України
(Наказ МОН № 1301 від 15.10.2019)
Категорія "Б"

Адреса редакції

03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс +38 044 408 18 11
e – mail: info@hirurgiya.com.ua
new.article@hirurgiya.com.ua

Видавець

ТОВ «Ліга—Інформ»

03126, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30
Тел./факс (044) 408 18 11

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Розмноження у будь-якій формі матеріалів, опублікованих у журналі,
можливе тільки з письмового дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів
несе рекламодавець.

© Український журнал клінічної хірургії, 2024
© Ліга — Інформ, 2024



Сухаревські ЧИТАННЯ 2024

**КОНГРЕС
СУДИННИХ ХІРУРГІВ,
ФЛЕБОЛОГІВ ТА АНГІОЛОГІВ
УКРАЇНИ**

**м. Львів
16-18 травня 2024 р.**

Ефективність часткової емболізації селезінкової артерії у профілактиці пізніх рецидивів кровотеч портального ґенезу

Петрушенко В. В., Гребенюк Д. І., Мельничук М. О., Сідоров С. А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Актуальність. Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка виникають в 50–70% випадків у хворих на цироз печінки. Рецидиви кровотечі виникають у 70% пацієнтів, протягом першого року після інциденту. Летальність при кожному епізоді становить до 40%. Ризик рецидиву кровотечі є вкрай високим (≈50%), особливо протягом першого тижня та залишається таким до 3 місяців після первинної кровотечі. Такі хворі потребують динамічного диспансерного спостереження та активної тактики лікування та пацієнта.

Мета. Оцінити ефективність часткової емболізації селезінкової артерії у профілактиці пізніх рецидивів кровотеч портального ґенезу.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 39 пацієнтів із підтвердженим діагнозом цирозу печінки, ускладненим портальною гіпертензією та кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу. В Групу 1 (n=17) увійшли пацієнти, яким виконували ендоскопічне лігування вариксів, що кровили при поступленні до стаціонару, а також часткову емболізацію селезінкової артерії через 1 місяць після епізоду кровотечі. В Групу 2 (n=22) увійшли пацієнти, яким виконували лише ендоскопічне лігування вариксів, що кровили. З інтервалом в 1 місяць оцінювали

рівні лабораторних показників, що характеризують функціональний стан печінки.

Результати. Протягом усього терміну дослідження у Групі 1 рецидиву кровотечі не було у жодного пацієнта. В той же час у Групі 2 мали місце 3 (13,6%) випадки рецидиву. У Групі 1 мало місце прогресивне достовірне покращення всіх досліджуваних показників з часом. У Групі 2 достовірне покращення всіх показників мало місце в період між першим та другим візитами. В подальшому зміни не носили статистично достовірний характер. При проведенні мультифакторного дисперсного аналізу для дослідження впливу емболізації на показники пігментного обміну та показники системи гемостазу, достовірність залежності зростала з часом та набувала статистичної значущості лише на четвертому візиті. При дослідженні впливу емболізації на рівні печінкових ферментів та показники білкового обміну, достовірність залежності також зростала з часом, проте набуття нею статистичної значущості спостерігалось вже на третьому візиті.

Висновки. Виконання часткової емболізації селезінкової артерії пацієнтам після перенесеної кровотечі портального ґенезу дозволяє досягти позитивної динаміки лабораторних показників функціонального стану печінки та зменшення кількості пізніх рецидивів кровотечі.

Вибір методу формування AV-фістули для проведення хронічного гемодіалізу у пацієнтів з термінальною стадією хронічної ниркової недостатності

Петрушенко В. В., Скупий О. М., Лонський К. Л., Хребтій Я. В., Пивоварова Н. П., Юрець С. С., Чубатюк В. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова

Аналізуючи клінічні настанови по формуванню артеріо-венозних фістул для проведення хронічного гемодіалізу ми не знайшли якогось певного алгоритму формування артеріо-венозних фістул, де рекомендують посилається на досвід оперуючого хірурга та найкращі клінічні рішення, оскільки немає достатніх доказів того, що будь яка техніка накладання швів анастомозу або конфігурація анастомозу має перевагу.

Проаналізовано 174 історій хвороб хворих яким було сформовано артеріо-венозні фістули за останні 3 роки. Згідно з досвідом нашого Центру перевага віддавалась артеріо-венозним фістулам, які були виконані в нижній третині передпліччя. Використовувалась техніка з формуванням анастомозів кінцевої променевої артерії в кінцевої головної вени та

кінцевої головної вени в бік променевої артерії з формуванням «біфуркації» та створенням петлі вени.

Також проаналізовано 145 історій хвороб хворих з хронічним гемодіалізом, у яких виник тромбоз артеріо-венозної фістули. В даному випадку завжди використовувалась методика кінцевої променевої артерії в кінцевої головної вени.

Найважливішою проблемою є група хворих з хронічним гемодіалізом у яких внаслідок тривалого часу виконання гемодіалізу виникали тромбози артеріо-венозних фістул. Даним пацієнтам виконували повторні хірургічні втручання з приводу тромбозу артеріо-венозної фістули на передпліччя. У випадках тромбозу вен на передпліччі використовували формування артеріо-венозної фістули між плечовою арте-

рією та веною в ліктьовій ямці у 12 пацієнтів та 24 хворих було виконано брахіобазиллярну фістулу з транспозицією внутрішньої підшкірної вени.

Тромбоз артеріо-венозної фістули виник у 38 хворих. Основними причинами тромбозу були пошкодження вени внаслідок невдалої її пункції та падіння системного тиску.

Венозний тромбоемболізм у пацієнтів з бойовою травмою кінцівок

Петрушенко В. В., Скупий О. М., Хребтій Я. В., Лонський К. Л., Чубатюк В. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова

Вступ. Явища венозного тромбоемболізму (ВТЕ) є одним з найбільш поширених ускладнень у пацієнтів з травмою. За даними літератури ВТЕ присутній від 0,36% до 9,1% при цивільній травмі, тоді як при бойовій травмі відсоток зростає від 2,2% до 28%. Ускладнення у вигляді ВТЕ можуть призводити як до суттєвого погіршення в лікуванні та реабілітації поранених, а також і до летальних наслідків за рахунок виникнення ТЕЛА.

Мета. Покращити результати лікування хворих з бойовою травмою кінцівок, що ускладнилась тромбозом глибоких вен.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лікування хворих з бойовою травмою, що мали явища ВТЕ на рівні КНП «Вінницька клінічна обласна лікарня ім. М. І. Пирогова». Проаналізовано 65 випадків виникнення ВТЕ внаслідок бойової травми у різних груп пацієнтів. З метою визначення локалізації, характеру ураження судинного русла та регіонарної гемодинаміки застосовувались ультрасонографія та дуплексне сканування, СКТ з контрастуванням.

У ході аналізу виявлено, що ізольована травма вени, що привела до ТГВ, мала місце у 3%, одномоментне ураження артерій та вен нижньої кінцівки у 28%, верхньої кінцівки – у 21%. Перелом трубчастих кісток у 30%. Травматичні ампутації кінцівок у 3%. Травма лише м'яких тканин – 15% випадків.

Найбільш часто зустрічались тромбоз гомілкових – у 30%, плечових вен – у 30%. Загальної стегнової вени – у 23%, поверхневої стегнової вени – у 7%, підколінної вени – у 10%. ТЕЛА мала місце у 3% пацієнтів.

Результати. У всіх пацієнтів, що мали безпосереднє пошкодження вен, або поєднану травму вен та артерій, незалежно від того було відновлення вени, чи її лігування – відмічався венозний тромбоз в зоні поранення. У пацієнтів, що мали перелом трубчастих кісток, без ушкодження судин мав місце асимптомний дистальний ТГВ. Всі травмовані хворі отримували антикоагулянтну терапію. 4 пацієнта з ТЕЛА низького ризику також отримували антикоагулянтну терапію.

Оперативні втручання ґрунтувались на наданні етапної хірургічної допомоги, включаючи дебридмент ран, накладання VAC-систем (58 пацієнтів), з послідовним заживленням ран за рахунок ушивання ран (54 пацієнти), або аутодерматопластики (4 пацієнти), остеометалосинтезу трубчастих кісток.

Висновки. Тактика лікування хворих з бойовою травмою, що ускладнилась венозним тромбоемболізмом повинна бути індивідуальною, базуватися на локалізації та ступені важкості ушкодження, факторах ризику, що могли призвести до виникнення ТГВ. Всім пацієнтам, навіть асимптомним, потрібно проводити скрінінгове УЗДС вен кінцівок.

Досвід лікування хворих з арозивними кровотечами після проведених оперативних втручань на артеріях внаслідок бойової травми

Петрушенко В. В., Хребтій Я. В., Скупий О. М., Юрець С. С., Цигалко Д. В., Лонський К. Л.

Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова,
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Пошкодження судин в умовах сучасних бойових дій виникають у п'ять разів частіше, ніж у попередні роки. Пошкодження судин кінцівок становлять 70–80% усіх судинних травм, тоді як 10–15% локалізуються в ділянці шиї, а 5–10% у тулубі. Однією з найімовірніших основних причин збільшення частки судинних травм є широке впровадження бойової медичної підготовки та використання джгутів. Поранених, які під час попередніх збройних конфліктів померли б на полі бою, тепер доставляють до місця надання медичної допомоги.

Проаналізовано результати лікування 35 пацієнтів у центрі серцево-судинної хірургії, у яких були арозивні кровотечі після операцій на артеріях внаслідок бойової травми. Артеріальні реконструкції включали інтерпозицію підшкірної вени у 27 пацієнтів, тромбектомію з анастомозом кінець у кінець – 8 пацієнтів.

Діагностичний алгоритм включав УЗД судин і м'яких тканин або СКТ ангіографію, а і візуальна оцінка місця ураження і тканин, якими були укріплені оперовані судини.

Більшість поранень спричинені кульовими та осколковими пораненнями. Ураження артерій – найчастіше (14/35)