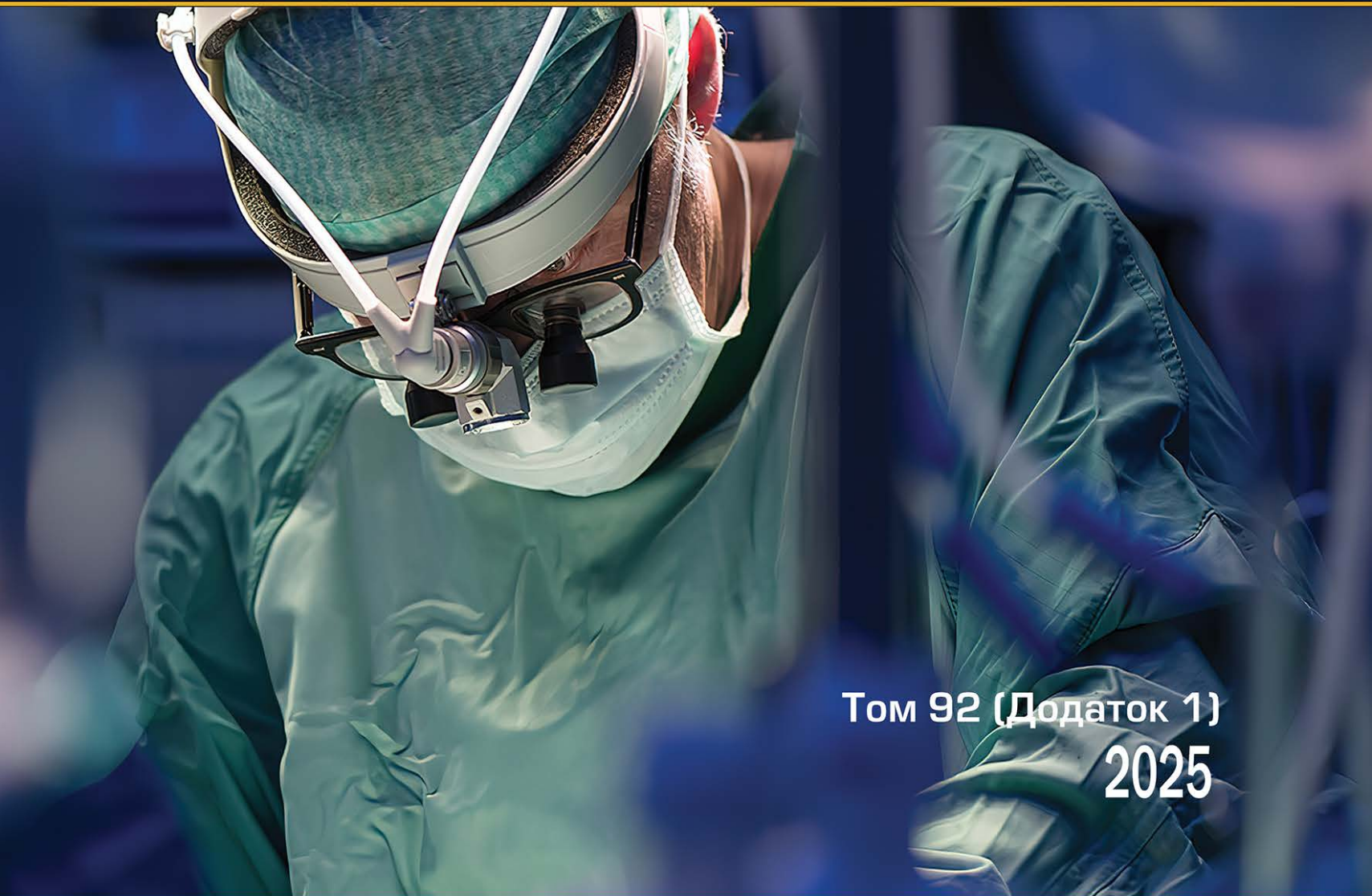


p-ISSN: 2786-8311
e-ISSN: 2786-832X

Український журнал **КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ**

The Ukrainian Journal of Clinical Surgery



Том 92 (Додаток 1)
2025

www.hirurgiua.com.ua

Ліга-Інформ

Гістологічні зміни периферичних артерій у пацієнтів із критичною ішемією кінцівки

Савон І. Л., Лазунько Т. І., Максимова О. О.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Захворювання периферичних артерій (ЗПА) нижніх кінцівок є поширеним судинним захворюванням. Загально прийнято вважати, що причиною ЗПА є атеросклероз, а фактори ризику такі як цукровий діабет (ЦД), куріння погіршують ситуацію. Діагностика та лікування атеросклерозу має вирішальне значення для зниження захворюваності, запобігання розвитку критичної ішемії кінцівок. Тривала хронічна тотальна оклюзія (ХТО) і важка кальцифікація судин є визнаними факторами що негативно впливають на кінцевий результат. На сьогодні більше досліджений атеросклероз коронарних артерій, а патологія судинних захворювань нижніх кінцівок залишається недостатньо висвітленою.

Мета. Виявити закономірності гістологічних змін артерій нижніх кінцівок при захворюванні периферичних артерій та цукровому діабеті 2 типу.

Матеріали та методи. Ми дослідили артеріальне дерево 15 ампутованих на рівні стегна нижніх кінцівок від пацієнтів з критичною ішемією та гангrenoю у період 2023–2024 рр.

Середній вік пацієнтів $72 \pm 5,2$ років з ЗПА, ЦД 2 типу, артеріальною гіпертензією, гіперліпідемією. З них 8 було чоловічої статі. Пацієнти з анамнезом відкритого або ендovasкулярного втручання на артеріях нижніх кінцівок в дослідження не входили.

Протоколом лікування та післяопераційного патанатомічного дослідження передбачено обстеження видалених органів та частин тіла на предмет підтвердження захворювання. У зв'язку з цілю затвердженого дослідження стандартизовано етапи розтину кінцівки з наступним гістологічним дослідженням судин на визначених анатомічних ділянках. Гістологічне дослідження проводилось на кафедрі патологічної анатомії і судової медицини ЗДМФУ.

Спочатку проводили препаровку артерій нижніх кінцівок по всій довжині, від відсічення кінцівки на рівні середньої третини стегна до рівня гомілковостопного суглоба та стопи. Препарованні судини сфотографовані, занурені для фіксації у 10% нейтральний буферний розчинин формаліну. Далі послідовно розрізані з інтервалом близько 10 – 20 мм залиті в парафін, з подальшим розрізом від 4 до 5 мм та гістохімічним фарбуванням. Усього вивчено 128 гістологічних препарати.

Атеросклеротичні бляшки в периферичних артеріях характеризували за класифікацією Американської кардіологічної асоціації, запропонованої для коронарних атеросклеротичних уражень. Оцінювали ступінь кальцифікації інтими та медії.

Артеріальне русло поділено на поверхневу стегнову артерію (ПСА), підколінну артерію (ПКА) та артерії гомілки: передню великогомілкову (ПВГА), задню великогомілкову (ЗВГА) та малоомілкову артерію (МГА).

Тип бляшок відрізнявся між артеріями. Поширеність атеросклеротичних уражень була більш вираженою в ПСА, ПКА (82,8%) порівняно з артеріями гомілки (52,7%) ($p < 0,5$), з вищою частотою бляшок, збагачених ліпідами, включаючи патологічне потовщення інтими, розвиток фіброатером, кальцинозу, розриву бляшки. Гострі тромботичні події спостерігалися в ПСА та ПКА. ХТО були більш поширеними в артеріях гомілки. З уражень ХТО більшість були оклюзовані через атеросклеротичні бляшки, розрив загоєної бляшки, фіброзно-кальцифіковану бляшку. Кальцифікація інтими при ураженнях ХТО була значно вищою ніж при стенотичних ураженнях ($p < 0,05$).

Ступінь кальцифікації інтими була значно вищою в артеріях гомілки, ступінь кальцифікації медії була подібною в артеріях вище та нижче коліна. Спостерігали подовжену циркулярну кальцифікацію зі зменшенням просвіту в артеріях гомілок.

Результати. Ураження ПСА та ПКА мали переважно атеросклеротичний характер порівняно з артеріями гомілки; гострі тромботичні події спостерігалися частіше при ураженнях ПСА та ПКА, були пов'язані з кальцифікацією інтими; для артерій гомілок харна наявність ХТО та виражена кальцифікація як в інтимі так і медії.

Висновки. Комбінація атеросклерозу і кальцифікація інтими-медії в периферичних судинах нижніх кінцівок асоціюється з високим ризиком гострих тромботичних подій в ПСА та ПКА.

Етіологія розвитку тромботичних ускладнень в ПСА, ПКА, артеріях гомілки відрізняється. Для ПСА, ПКА характерний розрив кальцифікованого вузла або бляшки, для судин гомілок характерніше емболія.

Медіальна кальцифікація часто зустрічається на всіх рівнях, але більш поширена в артеріях гомілки.

Пиптюк О., Телемуха С., Пиптюк В. Реперфузійний синдром	39
Попович Я. М., Болдіжар П. О., Попович Я. Я. Хірургічне лікування трансфасціального тромбозу	40
Попович Я. М., Костюнін В. С., Попович Я. Я. Мініінвазивні втручання при тромбозі поверхневих варикозних вен басейну великої підшкірної вени	40
Попович Я. М., Попович Я. Я. Випадок хірургічного лікування аневризматичного розширення зовнішньої яремної вени	42
Радиш Р., Демірман Л. Ендоваскулярне лікування аневризм черевної аорти у пацієнтів старечого віку	43
Русанов І. В., Мялковський Д. С., Міхеєв Ю. О., Шумильський Д. С. Калюжний Damage control surgery при пораненнях судин шиї – які варіанти тактики краще обрати: аналіз літератури та клінічні випадки	44
Русин В. І., Левчак Ю. А., Горленко Ф. В., Гаджега В. М. Судинні доступи для програмованого гемодіалізу	45
Рябоконь А. М., Столярчук Є. А., Чехлов М. В., Максимовський В. Є. Клінічний випадок лікування пацієнта з дисекцією абдомінального відділу аорти з односторонньою окклюдією здухвинного сегменту	47
Рябоконь А. М., Столярчук Є. А., Чехлов М. В., Максимовський В. Є. Клінічний випадок лікування пацієнта зі стенозом дистального сегменту par scervicalis внутрішньої сонної артерії	47
Сабадош Р. В. Аневризми верхньої брижової артерії: міжнародні діагностично–лікувальні рекомендації та клінічний приклад	48
Сабадош Р. В. Клінічний випадок синдрому компресії підколінної артерії у військового	49
Сабадош Р. В., Марущак Н. М., Купновицька–Сабадош М. Ю. Діагностичні труднощі та хірургічне лікування гострих аортальних синдромів інфраренальної аорти	49
Сабадош Р. В., Сабадош В. А., Григорчук М. М. Нововиявлені варіанти анатомії пригирлової ділянки малої підшкірної вени та її гілок	50
Савон І. Л., Лазунько Т. І., Максимова О. О. Гістологічні зміни периферичних артерій у пацієнтів із критичною ішемією кінцівки	51
Самойлик Ю., Афонін Д., Охмач А., Хмелецький В., Дундюк І., Васкул Д. Невирішені питання функціонування шунтів у пацієнтів з атеросклеротичними оклюзійними ураженнями артерій нижніх кінцівок	52
Сергєєв О., Письменна Г. Надання медичної допомоги пораненим з бойовою травмою магістральних вен в медзакладі III рівня	52
Сергєєв О. О., Спиридонов А. В., Ольховик С. О., Євсюков Є. А., Альбаюк Я. С., Чайка Р. О., Назаренко В. Ю., Письменна Г. О., Провалов А. Є. Кобилянський А. М. Профілактика арозивних кровотеч у поранених з вогнепальною травмою кінцівок, після відновлювально– реконструктивних втручань на магістральних артеріях	53
Сіваш Ю. Ю., Роговський В. М., Коваль Б. М. Бойова травма магістральних судин кінцівок, ускладнена арозивною кровотечею: шляхи профілактики та досвід лікування	54
Соколов О. В., Кутовий О. Б., Хасілев О. Й., Перцева О. М., Кучерявенко А. І., Тешнер М.Г. Клінічний досвід застосування фосфокреатину у пацієнтів з бойовою травмою артерій нижніх кінцівок після проведення реваскуляризації	55
Суздаденко О. В., Волошин О. М., Губка В. О., Мачуський С. М., Павличенко В. Д. Показання до моноабляції ВБВ залежно від розміру притоків	56
Суздаденко О. В., Расул–Заде С.Т., Волошин О. М., Губка В. О., Павличенко В. Д. Менеджмент пацієнта з лімфедомою нижньої кінцівки та ожирінням	57
Тарасенко Ю. М., Макогончук І. П., Ларіонова О. Б., Грицюк А. В., Кравченко В. І. Результати виконання операцій повної заміни висхідної, дуги, судин дуги і низхідної грудної аорти методикою frozen elephant trunk	57