

3 2016
Volume 20

Видається Київським клінічним госпіталем

ISSN 1029-743X



Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

International Journal for:

- Neurosurgery
- Interventional Radiology / Neuroradiology
- General Surgery / Pediatric Surgery
- Arthroscopy • Endovascular Surgery
- Gynecology • ORL Surgery • Urology
- Intensive Care in MIEN Surgery
- Diagnostics in MIEN Surgery
- Education in Surgery
- New Instruments, Techniques, Pharmaceutical Products, Ideas



<http://www.endoscopy.com.ua>
<http://www.gvkg.kiev.ua>
<http://www.elibrary.ru>

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ЖУРНАЛ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ
"ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ" МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

ОФІЦІЙНИЙ ЖУРНАЛ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ
ПО МАЛОІНВАЗИВНИМ ЕНДОСКОПІЧНИМ ТА ЛАЗЕРНИМ ТЕХНОЛОГІЯМ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ ВГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ»

ЖУРНАЛ ЦИТУЄТЬСЯ У МІЖНАРОДНІЙ НАУКОМЕТРИЧНІЙ БАЗІ РІНЦ;
РОСІЙСЬКИЙ ІНДЕКС НАУКОВОГО ЦИТУВАННЯ

МАТЕРІАЛИ VIII СІМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ



УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ



Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X
ВИДАЄТЬСЯ З 1997 РОКУ

Volume 20 No 3
2016

Цитується у міжнародній наукометричній базі РІНЦ

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ЖУРНАЛ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ
«ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ» МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ОФІЦІЙНИЙ ЖУРНАЛ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ
ПО МАЛОІНВАЗИВНИМ ЕНДОСКОПІЧНИМ ТА ЛАЗЕРНИМ ТЕХНОЛОГІЯМ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ ВГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ»

"Український журнал малоінвазивної
та ендоскопічної хірургії"
(Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір.) —
рецензуємий науково-практичний журнал.

Заснований у 1996 р.

Видається 4 рази на рік.

Затверджено ВАК України
1997 р., 1999 р. та 10.II.2010 постанова №1-05/1

Затверджено
Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij žurnal maloinvazivnoї
ta endoskopičnoї hirurgii"
(Ukr. ž. maloinvazivnoї endosc. hir.)

"Ukrainian Journal of Minimally Invasive
and Endoscopic Surgery"
(Ukr. J. Minimally Invasive Endosc. Sur.)

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник

Український фонд підтримки та розвитку
нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видавець

Київський клінічний госпіталь

Мова видання

українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження

загальнодержавна, зарубіжна.

Свідчення про державну реєстрацію

КВ #2301, 23.XII.1996

Передплатний індекс

40719

Підписано до друку

18.VIII.2016

Наклад

500 примірників

Адреса редакції

01133, Київ, вул. Госпітальна, 18

тел./факс: +380 (44) 522-8379

Сканування, дизайн та комп'ютерна верстка

Куценко С. О. +380 (67) 464-8670

www.endoscopy.com.ua

www.gvkg.kiev.ua

www.elibrary.ru

Головний редактор
Данчин О. Г.

Заступник головного редактора
Данчин А. О.

Редактори

Грубнік В. В., Лурін І. А., Нікішаєв В. І.

Редакційна колегія

Возіанов О. Ф.

Венцовський Б. М.

Білий В. Я.

Bauer B. L. (Germany)

Бурий О. М.

Cohen A. R. (USA)

Заболотний Д. І.

Зазірний І. М.

Запорожан В. М.

Зозуля Ю. П.

Зубарев П. М. (Росія)

Grotenhuis J. A. (Netherlands)

Fukushima T. (USA)

Hellwig D. (Germany)

Куценко С. О.

Мамчич В. І.

Ничитайло М. Ю.

Orljansky V. (Austria)

Палієнко Р. К.

Педаченко Є. Г.

Поліщук М. Є.

Радіонов Б. В.

Руденко А. Ю.

Саєнко В. Ф.

Samii M. (Germany)

Shabus R. (Austria)

Sosna A. (Чехія)

Teo Ch. (Australia)

Тимофєєв О. О.

Тофан А. В.

Фомін П. Д.

Цимбалюк В. І.

Щеглов В. І.

Шеф-редактор
Алхазян А. А.

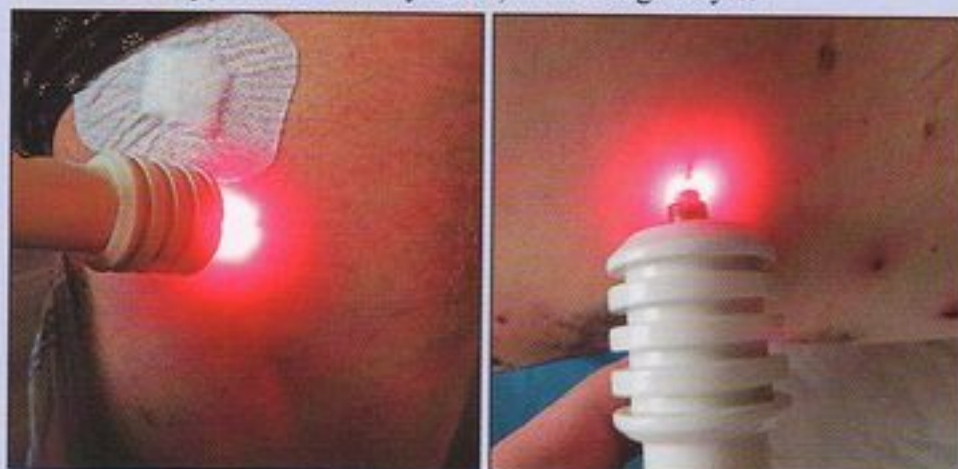
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- 5 Оперативная хирургия огнестрельных ранений мягких тканей свода черепа — особенности топографической анатомии, принципы хирургической обработки, исходы лечения в системе лечебно-эвакуационного обеспечения Данчин Г.А.

Operative Surgery of Gun-Shoot Wounds of Skull Skin — Topographic Anatomy, Surgical Principles, Results of Treatment G.A. Danchin

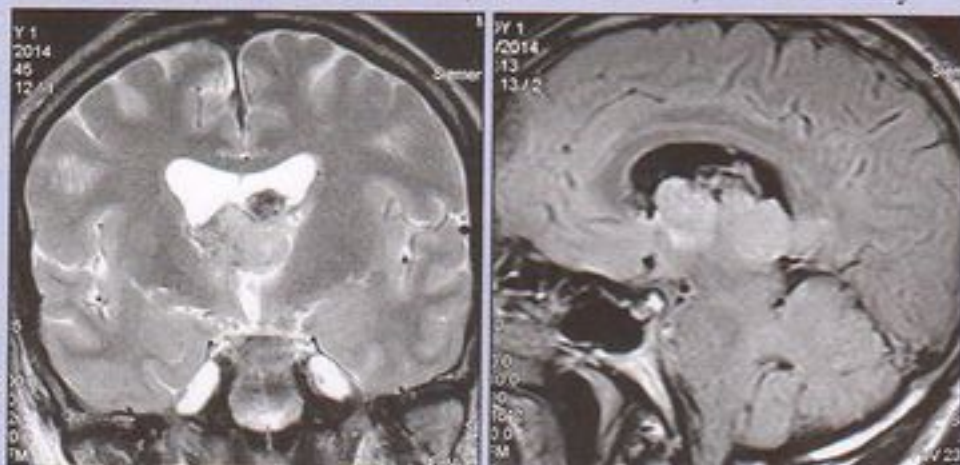
- 12 Возможности способа трансиллюминации мягких тканей при ревизии огнестрельных ран Беленький В.А., Михайлюсов Р.Н., Негодуйко В.В.

Possible Method of Soft Tissue During Transillumination Revision Gunshot Wounds V.A. Belenky, R.N. Mikhaylusov, V.V. Negoduyko



- 17 Менингиомы боковых желудочков: клиника, диагностика и лечение Полищук Н.Е., Облывач А.А., Возняк А.М., Мехрзи М.К.

Meningiomas of Lateral Ventricles — Data of Clinics, the Diagnostics and Surgery N.E. Polischuk, A.A. Oblivach, A.M. Vozniak, M.K. Mehrzy



- 22 Використання сумнівних донорів при спорідненій трансплантації нирки Лісовий В.М., Поляков М.М., Андон'єва Н.М.

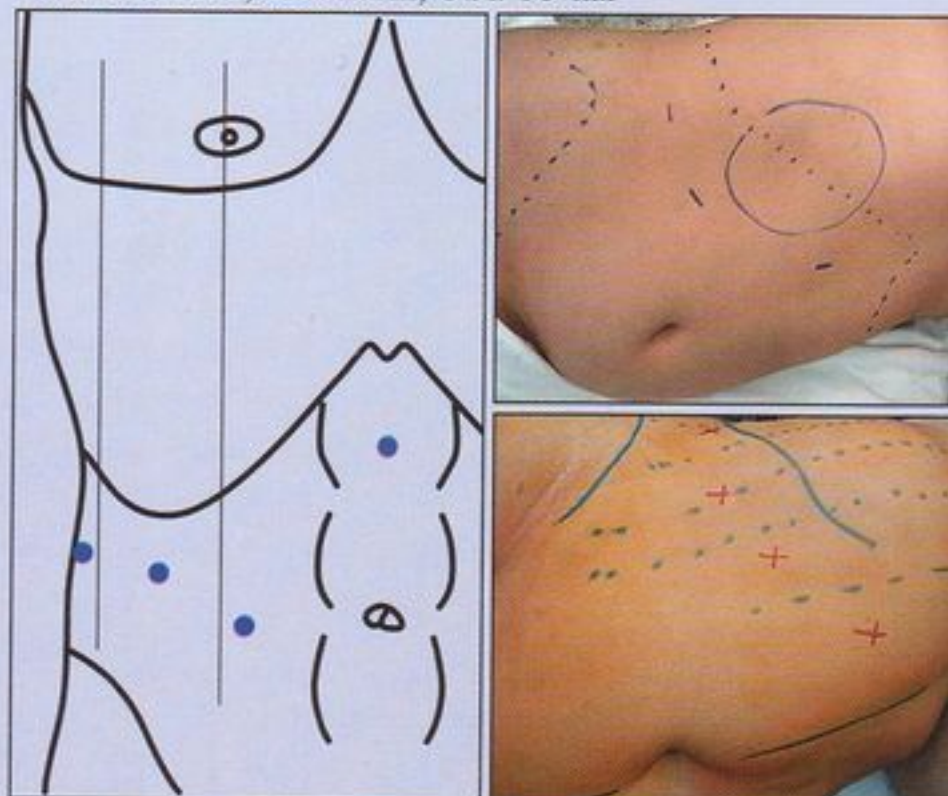
The Use of Questionable Donors in Related Kidney Transplantation V.M. Lisovyi, M.M. Poliakov, N.M. Andonjeva



ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

- 26 Адаптація розташування ендоскопічних портів при лапароскопічних адреналектоміях залежно від вікових та клінікоанатомічних особливостей пацієнтів Черенько С.М., Ларін О.С., Товкай О.А.

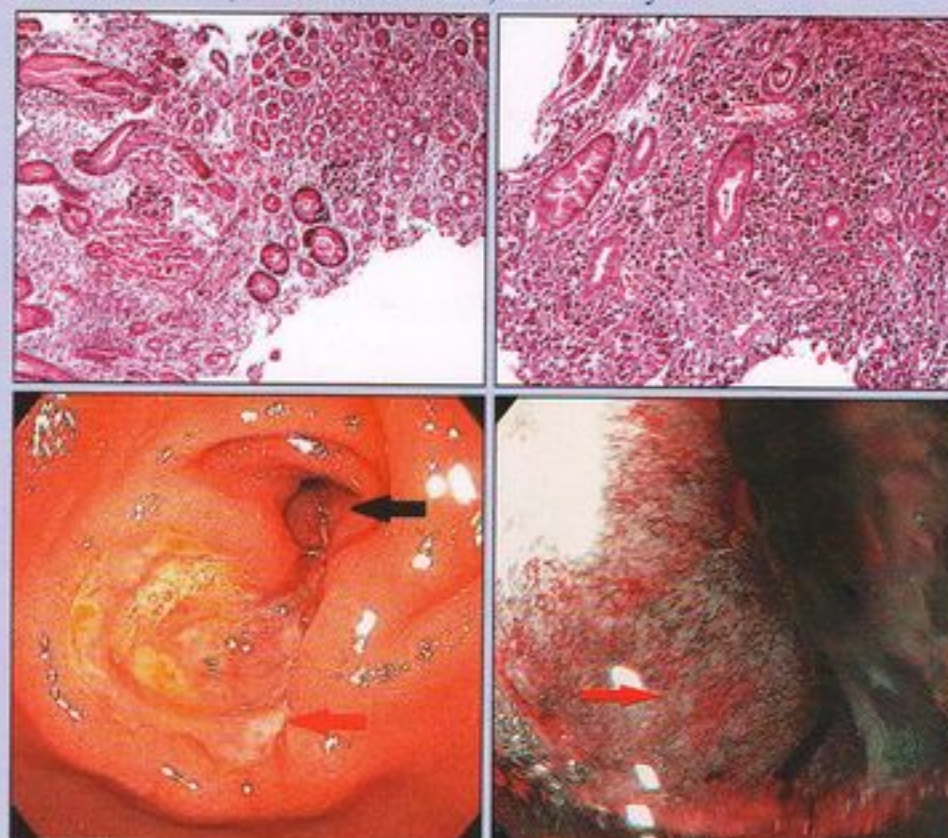
Adjustment of Endoscopic Ports Position for Laparoscopic Adrenalectomy Considering Age, Clinical and Anatomical Peculiarities of Patients S.M. Cherenko, O.S. Larin, O.A. Tovkai



ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА

- 31 Возможность прогнозирования гистологического типа аденокарциномы при использовании эндоскопов с большой разрешающей способностью в режимах большого увеличения и узкополосной визуализации Бухарин Т.В., Яковенко В.А., Курик Е.Г.

The Ability to Predict the Histological Type of Adenocarcinoma Using High Resolution Endoscopes with High Magnification and NarrowBand Imaging T.V. Bukharin, V.A. Yakovenko, E.G. Kuryk



VIII СИМПОЗІУМ Асоціації лікарів ендоскопістів України

- 36 Причини формирования, частота выявления и топография распространения по слизистой желудка внутриклеточных "депо" хеликобактерной инфекции
Авраменко А.А., Горбенко Ю.В.
- 36 Тонкокишкова непрохідність яка викликана міграцією інтрагастрального балону
Бурий О.М., Лаврик А.С., Атаманський І.М., Доскуч К.О., Роздобудько Ю.М.
- 37 Перший досвід ендоскопічної панкреатонекреквестректомії
Бурий О.М., Копчак В.М., Терешкевич І.С., Перерва Л.О., Ротар О.В.
- 37 Опыт применения дексланзопралола в лечении пациентов с эндоскопически позитивной ГЕРБ
Врублевская Е.О.
- 37 Шляхи виявлення герпесвірусної інфекції у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки
Гомоляко І.В., Тумасова К.П., Швадчин І.А., Клочкова Н.Е., Царенко Т.А.
- 38 Туберкулез бронхов
Громов В.В.
- 38 Сравнение лапароскопической крурорафии и пластики облегченным сетчатым трансплантатом больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы: отдаленные результаты проспективного рандомизированного исследования
Грубник В.В., Малиновский А.В.
- 38 Использование самофиксирующих сеток *progrip* при лапароскопической пластике грыж пищеводного отверстия диафрагмы
Грубник В.В., Малиновский А.В., Грубник В.В.
- 39 Елементи сугестії в ендоскопічній практиці
Демчук Є.С., Дорожинський Ю.А., Коваль В.М., Цмок С.В., Ткачук М., Попик С.В.
- 39 Методи ендоскопічного лікування холедохолітазу у пацієнтів з тубулярним стенозом та "важкими" каменями холедоха
Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В.
- 39 Технические особенности выполнения минилапароскопии у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением при неотложной хирургической патологией абдоминальных органов
Капшитарь А. В.
- 40 Лапароскопическая термометрия у пациентов абортивным панкреонекрозом
Капшитарь А.В.
- 40 Информационная оценка *youtube* для изучения и обучения гастроинтестинальной эндоскопии и эндохирургии
Калашников Н.А., Андрусинь К.М.
- 41 Досвід ендоскопічного видалення новоутворення (ліпоми) сигмоподібної кишки великих розмірів
Кліменко В.М., Кліменко А.В., Кюсов О.М., Гулевський С.М., Кальмов С.І.
- 41 Лапароскопічний підхід до лікування кістозних новоутворів дистального сегменту підшлункової залози
Литвиненко О.М., Лукеча І.І., Колесник А.В.
- 41 Лапароскопическая ненатяжная каркасная аллопластика гигантских грыж пищеводного отверстия диафрагмы: трехлетние отдаленные результаты нового метода
Малиновский А.В., Грубник В.В.
- 42 Діагностика поліпів і раку товстої кишки під час колоноскопії: досвід впровадження протоколу *quacol*
Матвійчук Б.О., Тумак І.М., Артюшенко М.Є., Когут Л.М., Ярмолюк А.О.

VIII СИМПОЗІУМ Асоціації лікарів ендоскопістів України

- 42 Зміни епідеміології і патоморфоз пептичних виразок, ускладнених кровотечею: 2013р. на противагу 1995р.
Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Артюшенко М.Є., Король Я.А., Патер Я.З., Когут Л.М., Склярів П.О., Погорецький Р.М.
- 42 Применение малоинвазивных лазерных технологий при исследовании огнестрельных ран мягких тканей
Михайлуков Р.Н.
- 43 Использование устройства для удаления фиксированных ферромагнитных тел в условиях военного госпиталя
Негодуйко В.В.
- 43 Редкая причина кровотечения из малигнизированного полипа желудка
Никишаев В.И.
- 43 Тактика діагностики та лікування уражень товстої кишки
Нікішаєв В.І., Лазарчук В.М.
- 44 Казуїстичний випадок синдрому бурхаве (від початку захворювання до діагнозу 40 днів)
Нікішаєв В.І., Болотських М.О., Садовий В.Ю.
- 44 Ускладнення черезшкірної ендоскопічної гастростомії
Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О.
- 45 Казуистическое инородное тело пищевода и желудка
Новохатний П.В., Партола Д.В.
- 45 Опыт эндоскопической интубации трахеи пациентам с острой хирургической патологией
Новохатний П.В.
- 45 Ендоскопічні транспаплярні втручання в невідкладній гепатопанкреатобілярній хірургії
Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Литвин О.І.
- 46 Ендоскопічна декомпресія жовчних протоків при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки
Огородник П.В., Дейниченко А.Г.
- 46 Ефективність ендоскопічної аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами в лікуванні хронічних виразок шлунка, що погано регенерують
Петрушенко В.В., Радьога Я.В., Гребенюк Д.І., Собко В.С.
- 46 Сучасна ендоскопічна діагностика захворювань тонкого кишківника
Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В., Задорожний С.П., Тараненко А.О., Злобенець С.О., Плем'яник С.В., Гречана У.І., Ноєс А. Дж.
- 47 Гетеротопія слизової оболонки желудка в двенадцатиперстную кишку
Симонова Е.В.
- 47 Современный подход в лечении гормональноактивных опухолей надпочечников
Скумс А.В., Гулько О.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М., Сердюк В.П., Ганжа В.А., Цубера Б.И.
- 47 Результати лапароскопічного мінішунтування шлунку
Тивончук О.С., Кондратенко Б.М., Згонник А.Ю., Москаленко В.В.
- 48 Лапароскопічна хірургія в лікуванні поліпів шлунка і товстої кишки
Тивончук О.С., Згонник А.Ю.
- 48 Методика усовершенствованной эндоскопической полипэктомии
Узун С.А., Диордица И.Н., Ильяшенко В.В.
- 48 Віддалені результати лапароскопічного лікування гриж СОД та ахалазії кардії
Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Дмитренко О.П., Москаленко В.В.



Український журнал
малоінвазивної та
ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X

Вельмишановні автори!

Запрошуємо Вас надсилати статті/рукописи на адресу редакції!

Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" публікує оригінальні (не комерційні) статті, та кольорові репродукції до них.

Редакція приймає статті та рукописи авторів на окремих файлах у форматі Win Word на CD, DVD, флеш накопичувачах, тощо. Рукописи, ілюстрації, диски та ін. не повертаються. Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

Також Ви маєте можливість надіслати статтю/рукопис/ілюстрації на електронну адресу редакції: bomartin@yandex.ru

Відповідальність за коректування наданого авторами власного матеріалу, цитат та посилань несуть автори статей. Однак редакція залишає за собою право представляти отримані роботи для рецензування авторитетним у цій галузі спеціалістам. В таких випадках відгук буде опублікований разом з рецензованою статтею. Редколегія залишає за собою право, в разі особливої потреби, скорочувати та виправляти статті, не змінюючи при цьому їхнього істотного змісту.

Авторські права

Прийняття рукопису до публікації передбачає, що цю роботу відправлено до редакції за згодою усіх авторів установи, де її було виконано; авторські права автоматично переходять від авторів до видавника; рукопис не буде опубліковано де-небудь без згоди власника авторських прав.

Для прискорення роботи редакція журналу звертає увагу авторів на нижче надані інструкції та вимагає готувати рукописи відповідно до наступних умов:

1. Рукопис повинен бути надрукований Times New Roman, 12, через 1,5 інтервали на аркуші форматом A4 (21×29,7 см).

2. Титульний лист повинен мати на українській (або російській) мові та на англійській мові назву статті та імена авторів, заклад, клініку, відділення, в якому виконано роботу, адресу закладу для кореспонденції. Далі, сторінки рукопису повинні бути пронумеровані послідовно.

3. Чітке відокремлення друкованого аркуша — важлива допомога читачам. **Кожна стаття повинна мати:** узагальнення (summary), вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, література.

4. Узагальнення (summary) повинно бути на англійській мові, мати короткий огляд основних положень роботи. Його розмір може складати від 1/2 до цілої сторінки. Додайте не більше 4 ключових слів у кінці.

5. Вступ пов'язаний в основному з найбільш важливими питаннями статті. Після ознайомлення зі вступною частиною читачу повинно бути зрозуміло, навіщо було виконано дану роботу, та яка мета автора.

6. В частині матеріали та методи повинен бути представлений короткий, але чіткий опис, наприклад, основної методики оперативного втручання, або яким чином виконувався експеримент, яка апаратура та техніка використовувалась, обсяг клінічного матеріалу і його підрозділ, види та кількість експериментів і т.д. Ця частина повинна дозволити читачеві контролювати, повторювати і продовжувати наукову роботу авторів.

7. Результати повинні бути викладені чітко та стисло. Таблиці та графіки бажані в тому

випадку, якщо вони скорочують текст і збагачують зміст.

8. В обговоренні основні результати повинні бути порівняні з результатами, які є в літературі. Їхнє значення в практичній хірургічній роботі рекомендується виділити.

9. Список літератури (у статті — Література) повинен бути представлений в алфавітному порядку, пронумерований та ідентифікований з номерами в тексті.

Згадування журналу повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації у круглих дужках, повну назву статті, назву журналу — скорочення відповідно "Index Medicus", номер тому (якщо є), номер журналу, перші та останні номери сторінок.

- Борисов А.П., Григорьев С.Г. (1998) Классификация малоинвазивных хирургических вмешательств. Эндоскопическая хирургия. 4: 30-31
- Fay T., Grant F.C. (1923) Ventriculography and intraventricular photography in internal hydrocephalus. JAMA. 46; 80: 461-463

Посилання на книгу, методичні рекомендації повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в круглих дужках, повну назву книги, місце публікації в круглих дужках, видавництво та кількість сторінок.

- Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. (1986) Компьютерная томография мозга. (Москва). "Медицина". 256 с.
- Зозуля Ю.А. (1981) Методические рекомендации по диагностике и лечению травматических внутричерепных гематом у больных различных возрастных групп. (Киев). "Здоровье". 25 с.
- Grossman C.B. (1990) Magnetic resonance imaging and computed tomography of the head and spine. (Baltimore). Williams and Wilkins, eds. 280 p.

Посилання на дисертацію повинно включати: прізвище та ініціали автора, рік публікації в круглих дужках, повну назву дисертації, науковий ступінь пошукача, місце публікації в круглих дужках, кількість сторінок.

- Бхат А.К. (1987) Диагностика и лечение травматических двусторонних субдуральных гематом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Киев). 18 с.

Посилання на тези повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в круглих дужках, повну назву тезисів, назва конференції, місце публікації в круглих дужках, перші та останні номери сторінок.

- Блинов Е.И. (1982) Распознавание и лечение хронических внутричерепных гематом. Тез. докл. III Всесоюзного съезда нейрохирургов. (Москва). с. 23-24
- Danchin A.G. (1997) Endoscopic assisted microsurgery of lateral herniated lumbar disks. In Abstract Book: Third Congress on Minimally Invasive Neurosurgery. (France). pp 28-29

10. Ілюстрації мають надаватися окремими файлами, в форматі TIFF або JPEG (maximum quality) з розподільчою здатністю 300 dpi, та розміром не меншим за розмір репродукції. Категорично не допускається надання зображень імпортованих у програму MSWord або CorelDraw.

11. При використанні цифрових джерел отримання ілюстрацій рекомендуємо переконатися, що розміри фінальних файлів відповідають максимально-можливим розмірам (розподільчою здатністю) вашої технічної бази.

12. При нанесенні на зображення додаткових позначок доцільно передавати обидва файли: оригінал зображення та файл на якому накреслені позначки.

13. Схеми і графіки повинні бути розбірливими. При створенні схем або графіків доцільно використовувати програми векторної графіки.

14. Будь ласка, додайте у кінці статті повні імена, титули та повну адресу всіх авторів, закладів, в яких виконано роботу, країну і місто. Вкажіть: з ким, по якій адресі і по якому телефону редакція буде при необхідності мати контакт.

15. Всі ділові контакти (переговори) та особливо всю кореспонденцію відносно остаточного друку необхідно надсилати прямо на адресу Редакції.

Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"

Клініка нейрохірургії та неврології
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна

Тел./факс: +38 (044) 522-83-79

Тел.: +38 (044) 521-82-87

e-mail: bomartin@yandex.ru

Ендобіліарне стентування з застосуванням тефлонових та нітінолових ендопротезів виконували у 422 пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози та дистального відділу загальної жовчної протоки. З них — у 285 випадках стенти встановлювали як перший етап хірургічного лікування пацієнтів, а у — 137 пацієнтів — як завершальний паліативний метод відновлення жовчевідтоку. Нітінолові стенти з поліуретановим покриттям використовували у 128 пацієнтів з пухлинами підшлункової залози та дистального відді-

лу ЖЖП, без покриття — у 70 пацієнтів. Ускладнення після ЕТПВ при периапулярних пухлинах спостерігали у 72 (11,7%) пацієнтів.

Висновки. У пацієнтів з тривалою та високою обтураційною жовтяницею і вираженою печінковою недостатністю доцільним є проведення передопераційної декомпресії жовчних протоків з пріоритетним застосуванням транспапільярного ендоскопічного доступу.

ЕНДОСКОПІЧНА ДЕКОМПРЕСІЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Рак великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) зустрічається у 0,004–0,12% загальної популяції та займає 3 місце серед усіх причин злоякісної обтураційної жовтяниці. На сьогоднішній день не викликає сумнівів необхідність ліквідації біліарної гіпертензії в передопераційному періоді, однак вибір методу, його тривалість та терміни виконання оперативного втручання залишаються дискусійними.

Матеріали і методи. Нами досліджені результати виконання 462 ендоскопічних транспапільярних втручань пацієнтам з пухлинами ВСДК, що знаходилися на лікуванні в клініці інституту з 2005 по 2016 рр. Серед досліджуваних пацієнтів було 244 (52,8%) жінки і 218 (47,2%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав $56,5 \pm 9,57$ років.

Результати. Ми виділяємо наступні ендоскопічні форми раку ВСДК:

1. дилатація ЖЖП та головної панкреатичної протоки при відсутності видимих ендоскопічних змін ВСДК. Діагноз в таких випадках встановлювали після проведення ендоскопічного ультразвукового дослідження та діагностичної папілотомії з подальшою прицільною біопсією змінених тканин;
2. інтраампулярний тип — збільшення розмірів сосочка; слизова оболонка, що вкриває ампулу ВСДК не змінена; діагноз встановлюється після виконання діагностичної папілотомії;
3. протрузія пухлини через вічко ВСДК;
4. екстраампулярний тип — часткове чи тотальне ураження ампули сосочка неопластичним процесом;

5. виразковий тип — виразковий дефект медіальної стінки ДПК в периапулярній зоні;
6. органічний стеноз нисхідного відділу ДПК.

Вирішальним методом діагностики пухлин ВСДК була дуоденоскопія з прицільною біопсією змінених тканин ампули сосочка та подальшим гістопатологічним дослідженням біоптату. У 145 пацієнтів з інтраампулярним раком біопсію пухлини виконували після атипової діагностичної папілотомії. Як діагностичний та лікувальний метод, супрапаялярна холедоходуоденостомія (СПХДС) при пухлинах ВСДК виконана у 260 (56,3%) пацієнтів. У 158 пацієнтів з переходом неопластичного процесу на дистальний відділ ЖЖП, СПХДС була безуспішною та доповнювалась ендобіліарним пластиком стентуванням. У 44 випадках нерезектабельного раку ВСДК було проведено нітінолове ендопротезування жовчних шляхів як завершальний етап хірургічного лікування даної категорії пацієнтів. Нітінолові стенти з поліуретановим покриттям використовували у 32 пацієнтів з пухлинами ВСДК, без покриття — у 12 пацієнтів. У 275 пацієнтів були виконані ендоскопічні транспапільярні втручання (ЕТПВ) при пухлинах ВСДК виконували як перший етап підготовки хворого до радикального хірургічного втручання.

Ускладнення після ЕТПВ виникли у 48 (10,4%) пацієнтів. Кровотечі після ендоскопічних операцій спостерігали у 22 пацієнтів, гострий панкреатит — у 10, міграції стентів — у 9 пацієнтів, ранню обтурацію ендопротезів — у 7 пацієнтів. Летальних випадків не було.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА, ЩО ПОГАНО РЕГЕНЕРУЮТЬ

Петрушенко В.В., Радьога Я.В., Гребенюк Д.І., Собко В.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Вступ. Хронічна виразка шлунку, що погано регенерує протягом багатьох десятиліть залишається актуальною проблемою медицини в цілому та хірургії зокрема. Зважаючи на це постає питання про розробку та впровадження нових методів лікування, серед яких перспективним напрямком є локальне введення стимуляторів репаративних процесів, зокрема аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами.

Мета роботи: оцінити ефективність ендоскопічної аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами в лікуванні хронічних виразок шлунка, що погано регенерують.

Матеріали та методи. В дослідження були включені 50 пацієнтів із хронічними виразками шлунку розмірами 1–3 см. В дослідну групу увійшло 23 пацієнти (стандартна консервативна противиражкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами — Патент України на корисну модель № 104840), в групу порівняння — 27 пацієнтів (стандартна консервативна противиражкова терапія).

На 1, 7 та 14 добу виконували ендоскопічне дослідження із поліпозиційною біопсією та визначенням площі виразок.

Результати. У групі порівняння на 7 добу відмічалось достовірне ($p < 0,01$, t -критерій Стьюдента) зменшення площі виразок із $288,7 \pm 121,7$ мм² до $191,5 \pm 113,4$ мм². На 14 добу цей показник склав $134,3 \pm 103,4$ мм² і також достовірно відрізнявся від показників, отриманих під час ініціального ендоскопічного дослідження ($p < 0,01$, t -критерій Стьюдента).

Схожа тенденція прослідковувалась і в дослідній групі, де локальні репаративні процеси підсилювались введенням плазми збагаченої тромбоцитами. Так, площа виразок на 14 добу ($37,0 \pm 52,9$ мм²) була значно меншою від площі на 1 ($292,5 \pm 129,3$ мм²) та 7 ($147,9 \pm 99,9$ мм²) добу ($p < 0,01$, t -критерій Стьюдента).

Крім оцінки динаміки репаративного процесу всередині кожної групи, також ми порівнювали розміри виразкових дефектів в обох групах на кожному терміні дослідження. Так, якщо на 1 добу дослідження жодних відмінностей ($p > 0,05$, t -критерій Стьюдента) між показниками площі виразок в обох групах не було, то на 7 добу нами було помічено більш швидке, хоча й недостовірне ($p > 0,05$, t -критерій Стьюдента) зменшення площі в дослідній групі. На 14 добу відмінності були ще більш вираженими, і на цей раз були достовірними ($p < 0,01$, t -критерій Стьюдента).

Повне загоєння виразок шлунку на стадії "червоного рубця" спостерігалось при ендоскопічному дослідженні лише на 14 добу у 19 пацієнтів. Абсолютно всі випадки повного загоєння виразкових дефектів припадали на частину пацієнтів із виразками середніх розмірів.

Висновки. Однократна локальна ендоскопічна аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами на фоні противиражкової терапії дозволяє достовірно прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 діб, зменшити площу виразкових дефектів великих розмірів та досягти 100% загоєння виразкових дефектів середніх розмірів.

СУЧАСНА ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОГО КИШКІВНИКА

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В., Задорожний С.П., Тараненко А.О., Злобенєв С.О., Плем'яник С.В., Гречана У.І., Ноєс А. Дж.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Вступ. Патологія тонкої кишки стає все більш актуальною темою. Тепер ми маємо можливість повної ендоскопічної візуалізації останньої за допомогою капсульної ендоскопії (КЕ) та двобалонної ентероскопії. Стало можливим побачити не лише таку специфічну патологію як хвороба Крона чи целиакія, а також оцінити вплив на слизову тонкої кишки ятрогенних факторів (медикаменти, променева терапія, посттрансплантаційні зміни тощо), ознаки системних уражень.

Матеріали та методи. В період з травня 2011 року по квітень 2016 року методом КЕ обстежено 470 пацієнтів. КЕ проведено із використанням системи капсульної ендоскопії ОМОН. Стандартна підготовка включала дотримання безшлакової дієти протягом 2 днів, Фортранс за схемою: 2 пакети в перший день підготовки та 4 пакети напередодні за умови відсутності активної кровотечі на момент обстеження. Було обстежено 470 пацієнтів за період з травня 2011 року по квітень 2016 року, з них — 287 жінок, 183 чоловіків, середній вік — 50,5 років (від 16 до 85 років). Показаними до обстеження були: абдомінальний больовий синдром — 48,5%, шлунково-кишкові кровотечі неясного генезу — 21,6%, діарея неясного генезу — 24,6%, інше — 4,3%. ДБЕ проведено за допомогою двобалонного ентероскопа Pentax. Виконано 17 обстежень за період з жовтня 2014 по квітень 2016 року. Всі пацієнти відібрані для обстеження на підставі попередньо проведеної КЕ. Використано трансанальний доступ у 12 пацієнтів, трансанальний доступ у 5 пацієнтів. Середній вік склав 41 (29–53) рік. Стать: 9 чоловіків та 8 жінок. Час прове-

дження антеградної ДБЕ був $90,1 \pm 20,1$ хвилин і ретроградної ДБЕ $120,0 \pm 11,0$ хвилин. Показаними до обстеження були: синдром Пейтца-Єтерса — 1 пацієнт, підозра на пухлину тонкої кишки — 6 пацієнтів, тонкокишкова кровотеча — 3 пацієнти, підозра на целиакію — 2 пацієнти, недиференційована ентеропатія — 5 пацієнтів.

Результати. При проведенні КЕ виявлено наступні ендоскопічні зміни слизової тонкої кишки: хвороба Крона тонкої і товстої кишки — 8,3%; пухлини тонкої кишки — 5,8%; хронічний ентерит з атрофією ворсинок — 12,3%; целиакія — 1,5%; поліпи тонкої кишки — 3,2%; хронічний ентерит без атрофії ворсинок — 27,2%; хвороба Крона тонкої кишки — 17,3%; виразки голодної і клубової кишки — 6,7%; кишкова кровотеча без чіткого джерела локалізації — 0,8%; судинна мальформація тонкої кишки — 6,8%; метастази в тонку кишку — 0,5%; нормальна ендоскопічна картина тонкої і клубової кишки — 9,6%. У 3(0,1%) пацієнтів з хворобою Крона тонкої кишки виникла затримка капсули. І хвора пролікована консервативно, капсула вийшла самостійно, в 1 пацієнтки виконано спробу видалення капсули за допомогою ентероскопа (трансанальний доступ). Через виражене запалення не вдалося пройти за стенозовану ділянку. Пацієнтка отримувала базисну терапію із застосуванням кортикостероїдів, харчування ізокалорійною сумішшю з виключенням інших продуктів. Через 7 днів виконано успішне ендоскопічне видалення капсули. У 1 пацієнта розвинулася гостра кишкова непрохідність. Інтраопераційно — аденокарцинома здухвинної кишки.