

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА**

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

**НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ
№1, Ч.2 (Т. 20) 2016**

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Заснований: 17 жовтня 1994 року

Засновник: Вінницький державний медичний університет імені М.І.Пирогова

Державна реєстрація: 18 вересня 2003

Видавець: Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

Періодичність виходу журналу 2 рази на рік

№1, Ч.2 (Т. 20) 2016

Фахове наукове видання України у галузі медичних наук

Згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого наказом МОН України №747 від 13.07.2015 (додаток 17)

Фахове наукове видання України у галузі біологічних наук

згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого Наказом МОН України №1021 від 07.10.2015 (додаток 11)

Головний редактор

Мороз В.М.

Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

Заступник головного редактора

Петрушенко В.В.

Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

Редакційна колегія

Булаченко О.В., Василенко Д.А., Власенко М.В.,
Гунас І.В., Заїка В.С., Камінський В.В., Палій Г.К.,
Погорілий В.В., Пшук Н.Г., Серкова В.К.,
Степанюк Г.І., Шувалов С.М.

Редакційна рада

Булат Л.М., Волков К.С., Гаврилюк А.О., Гайструк
А.Н., Годлевський А.І., Денисюк В.І., Дудник В.М.,
Кириленко В.А., Кіщук В.В., Кукуруза Ю.П.,
Мазорчук Б.Ф., Мороз Л.В., Мостовий Ю.М.,
Пухлик Б.М., Піскун Р.П., Пушкар М.С., Рикало
Н.А., Салдан І.Р., Сарафінюк Л.А., Сергета І.В.,
Стеченко Л.О., Фіщенко В.О., Фурман Ю.М.,
Чайка Г.В., Чорнобровий В.М., Яковлева О.О.

Адреса редакції та видавця:

21018, Україна, м.Вінниця,
вул. Пирогова, 56
Тел.: (043-2) 43-94-11
Факс.: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua
lora@vnmu.edu.ua

Address editors and publisher:

Pyrogov Str. 56,
Ukraine - 21018, Vinnytsia,
Tel.: (043-2) 43-94-11
Fax: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua
lora@vnmu.edu.ua

Технічний редактор Л.О. Клопотовська

Художній редактор Л.М. Слободянюк

Технічний редактор О.П. Віштак

Підписано до друку 26.02.2016 р.

Затверджено Вченою Радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова, протокол №8 від 25.02.16 р.

Формат 84x120 1/16. Друк офсетний. Замовлення № 098. Тираж 600

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56

© Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, (м.Вінниця), 2011

Вісник Вінницького національного медичного університету

Рецензуємий журнал

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №7901 від 18.09.2003

ЗМІСТ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Петрушенко В.В., Яковлева О.О., Зацерковна О.М., Гребенюк Д.І., Таран І.В., Паньків К.М., Білик О.М.** Розробка патогенетичних моделей асептичного та інфікованого гострого панкреатиту
162
- Пашкова Ю.П., Палагнюк Г.О., Жебель В.М.** Структурно-функціональні показники міокарда у чоловіків, мешканців Подільського регіону України, з гіпертонічною хворобою II стадії, носіїв різних варіантів гена мозкового натрійуретичного пептиду
165
- Жук П.М., Філоненко Є.А., Карпінський М.Ю., Гребенюк Д.І.** Біомеханічне дослідження металоостеосинтезу ліктьового відростка блокованим гвинтом
171
- Костюк Г.Я., Костюк А.Г., Трилюк Е.И., Бурков Н.В., Павловская О.Ю., Задорожнюк В.А.** Структурна будова підшлункової залози - основа моделювання її функцій
174
- Жебель В.М., Лозинська М.С., Лозинський С.Е.** Прогностична роль індексу віку серця у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу
177
- Ольхова І.В.** До питання персоналізації прогнозу перебігу хронічного гепатиту В та С
181
- Османов Р.Р., Рябинская О.С., Кабаков Б.А., Кузьменко О.В.** К вопросу о безопасности применения растворов для футлярной анестезии
184
- Petrushenko V.V., Yakovleva O.O., Zatserkovna O.M., Hrebeniuk D.I., Taran I.V., Pankiv K.M., Bilyk O.M.** Working-out of pathogenetic models of aseptic and infected acute pancreatitis
- Pashkova Yu.P., Palahniuk H.O., Zhebel V.M.** Structural and functional indicators of myocardium in men citizens of Podillia region in Ukraine with essential hypertension stage II carriers of different variants of the brain natriuretic peptide gene
- Zuck P.M., Filonenko Ye.A., Karpynskiy M.Yu., Grebeniuk D.I.** Olecranon fracture osteosynthesis, biomechanical investigation
- Kostyuk G.Ya., Kostyuk O.G., Trilyuk O.I., Burkov M.V., Pavlovskaya O.Yu., Zadorozhnyuk V.A.** Structural structure of the pancreas - the basis of its modeling functions
- Zhebel V.M., Lozynska M.S., Lozynskiy S.E.** Prognostic meaning of index of cardiac age in males with hypertension
- Olhova I.V.** On the question of the personification of prognosis chronic hepatitis B and C
- Osmanov R.R., Rjabinska O.S., Kabakov B.O., Kuzmenko O.V.** On the question of tumescent anesthesia solutions safety

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Усенко О.Ю., Петрушенко В.В., Радьога Я.В., Гребенюк Д.І., Собко В.С.** Загоєння хронічних виразок шлунку, що погано регенерують в умовах локальної аутоотрансплантації плазми, збагаченої тромбоцитами
188
- Суходоля А.І., Підмурняк О.О., Суходоля С.А., Тропарчук О.І., Коломієць О.В.** Діагностика та лікування інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень при лапароскопічній холецистектомії з приводу жовчнокам'яної хвороби
192
- Каніковський О. Є., Бабійчук Ю. В., Карий Я.В., Каніковський Д. О.** Способи корекції непрохідності жовчних проток у віковому аспекті
195
- Каніковський О.Є., Павлик І.В.** Мініінвазивна хірургія в комплексному лікуванні кіст підшлункової залози
199
- Запорожченко Б.С., Бородаев І.Е., Качанов В.Н., Муравьев П.Т., Шарапов І.В., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.** Некоторые тактические подходы к хирургическому лечению острого деструктивного панкреатита
202
- Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Павляк А.Я., Рабій С.А., Соколовський І.М.** Комп'ютернотомографічна перфузія підшлункової залози в диференціальній діагностиці та комплексному лікуванні гострого набрякового та некротичного панкреатиту
206
- Плотников А.В., Грубник Ю.В.** Эффективность лапароскопических операций у больных при политравме с превалирующим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки
208
- Usenko O.Yu., Petrushenko V.V., Radoga Ya.V., Hrebeniuk D.I., Sobko V.S.** Healing of chronic stomach ulcers that have a poor regeneration in case of local autotransplantation of plasma enriched on platelets
- Sukhodolia A., Pidmurnyak O., Sukhodolia S., Troparchuk O., Kolomiets O.** Diagnostics and treatment of intraoperative and early postoperative complications in laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis
- Kanikovskiy O. Ye., Babiychuk Yu. V., Kariy Ya. V., Kanikovskiy D. O.** Ways to correct biliary obstruction in age-specific aspect
- Kanikovskiy O.E., Pavlyk I.V.** Miniinvasive surgery in pancreatic pseudocyst treatment
- Zaporozhchenko B.S., Borodaev I.E., Kachanov V.N., Muraviov P.T., Sharapov I.V., Shevchenko V.G., Bondarets D.A.** A certain technical approaches to the surgical treatment of acute severe pancreatitis
- Pyptiuk O., Telemukha S., Pavlyak A., Rabi S., Sokolvskiy I.** Computer tomographic pancreas perfusion in differential diagnosis and treatment of acute edematous and necrotic pancreatitis
- Plotnikov A.V., Grubnik Yu.V.** Effectiveness of laparoscopic operations in patients with polytrauma with the prevailing abdominal and thorax injury

Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П. Возможности лапароскопического хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi

Федоров В.Ю. Спосіб раннього прогнозування розвитку сепсису в хворих на гострі захворювання органів черевної порожнини

Шевченко Р.С., Селезньов М.А., Черепов Д.В., Тележний А.С. Органозберігаючий підхід у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітіазом

Бойко В.В., Грома В.Г., Моїсеєнко А.С., Гончаренко Л.Й., Саріан І.В. Малоінвазивні ендохірургічні втручання в лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки

Булаченко О.В., Григоренко А.М., Сливка Е.В. Лікування недостатності лютеїнової фази у жінок з варикозним розширенням вен репродуктивних органів малого тазу

Грубнік В.В., Парфентьев Р.С., Кресюн М.С. Можливості ендоскопічного лікування вузлового зобу

Грубнік В.В., Тронина Е.Ю., Шипулин П.П., Байдан В.В., Байдан В.И., Кирилюк А.А., Севергин В.Е., Агеев С.В., Козяр О.Н., Целиков М.Ю. Роль видеоассистированных операций в современной торакальной хирургии

Кутувий О.Б., Петрашенко І.І., Пелех В.А., Кутувий М.О., Люлько В.І. Лапароскопічна апендектомія у вагітних: можливості та результати

Милица Н.Н., Солдусова В.В., Постолєнко Н.Д., Тушинский К.С. Спектр микрофлоры инфицированного панкреонекроза в зависимости от площади поражения поджелудочной железы у пациентов с ожирением

Ничитайло М.Ю., Скумс А.В., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Шкарбан В.П., Кондратюк О.П., Дейниченко А.Г., Булик І.І., Хілько Ю.О., Міхальчевський В.П. Оцінка ефективності лапароскопічних втручань при нейроендокринних пухлинах підшлункової залози

Саволук С.І., Гудзь М.А. Вплив відкритих і відеолапароскопічних санацій черевної порожнини на стан імунного профілю у хворих на гнійний перитоніт

Ткаченко А.И., Мищенко В.В., Кошель Ю.М., Койчев Е.А., Шаповалова К.И. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках при осложнении желчекаменной болезни механической желтухой

Усенко О.Ю., Петрушенко В.В., Стойка В.І., Гребенюк Д.І., Стукан С.С. Електрохірургічне лікування непаразитарних кіст печінки

Шкварковський І.В., Москалюк О.П., Бриндак І.А., Русак О.Б. Роль ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії в диференційній діагностиці захворювань жовчовивідних шляхів

Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Холодов И.Г., Шевченко В.Г. Безгазовая лапароскопия в симультанной хирургии органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза

Tamm T.I., Mamontov I.N., Kramarenko K.A., Zaharchuk A.P. Opportunity of laparoscopic treatment of syndrome Mirizzi

212 Fedorov V. Early prediction of sepsis in patients with acute diseases of the abdominal cavity

215 Shevchenko R.S., Seleznev M.A., Cherepov D.V., Telezhnyi A.S. Organo-saving approach in the treatment of patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis

219 Boyko V.V., Groma V.G., Moiseyenko A.S., Goncharenko L.Y., Sarian I.V. Minimally invasive intervention endosurgical for acute obstructive colon obstruction

222 Bulavenko O.V., Grigorenko A.M., Slyvka E.V. Treatment of luteal phase deficiency in women with varicose veins of reproductive organs of the pelvis

226 Hrubnik V.V., Parfentyev R.S., Kresyun M.S. Possibilities endoscopic treatment of nodular goiter

230 Grubnik V.V., Tronina O.Yu., Shipulin P.P., Baydan V.V., Baydan V.I., Kyrilyk A.A., Severgin V.E., Ageev S.V., Kozyar O.N., Tselikov M.Yu. The role of video-assisted operations in modern thoracic surgery

232 Kutovuy O.B., Petrashenko I.I., Pelech V.A., Kutovuy M.O., Lulko V.I. Laparoscopic appendectomy during pregnancy: opportunities and results

236 Milica N.N., Soldusova V.V., Postolenko N.D., Tushinskiy K.S. Spectrum microflora of infected pancreatic necrosis depending on area of pancreas in patients with obesity

239 Nichitaylo M.E., Skums A.V., Ogorodnik P.V., Litvinenko O.M., Shkarban V.P., Kondratyuk O.P., Deynichenko A.G., Bulik I.I., Khilko Yu.O., Mikhalevskyi V.P. Assessment of efficacy of laparoscopic approach for pancreatic neuroendocrine tumors

242 Savolyuk S.I., Gudzy M.A. The impact of open and videolaparoscopic abdominal sanitation on the immune profile of patients with purulent peritonitis

246 Tkachenko O.I., Mischenko V.V., Koshel Yu.M., Koichev E.A., Shapovalov K.I. Laparoscopically intervention on at bile ducts complications cholelithiasis by obstructive jaundice

250 Usenko O.Yu., Petrushenko V.V., Stoika V.I., Hrebeniuk D.I., Stukan S.S. Electrosurgery treatment non - parasitical hepatic cysts

253 Shkvarkovsky I.V., Moskaliuk O.P., Brindak I.A., Rusak O.B. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the differential diagnosis of biliary tract diseases

257 Zaporozhchenko B.S., Kolodiy V.V., Gorbunov A.A., Muraviov P.T., Holodov I.G., Shevchenko V.G. "Gasless" laparoscopy in simultaneous surgery of the abdominal cavity, retroperitoneal space and small pelvis cavity

Петрушенко В.В., Ошовський А.І., Радьога Я.В., Ляховченко Н.А. Аналіз лікування хворих на калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом, у центрі лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за 2013-2015 роки

Пеев С.Б. Возможности эндовидеохирургического лечения в абдоминальной травме

Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Ткачук О.В. Ускладнення лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки

Petrushenko V.V., Oshovskyi A.I., Radoha Ya.V., Liakhovchenko N.A. Analysis of treatment of the patients with calculous cholecystitis with complication of choledocholithiasis in centre of laparoscopic and mini-invasive surgery of Vinnytsia regional clinical hospital n.a. M.I. Pirogov during 2013-2015 years

Peev S.B. Application of endovideosurgical technologies at the isolated trauma of intestinal

Petrushenko V., Pashinckiy Y., Sobko V., Tkachuk O. Complications of treatment of choledocholithiasis in patients with duodenal diverticulum

МЕТОДИКИ

Саволук С.І., Шепетько-Домбровський О.Г., Шепетько-Домбровський Г.М. Технічні аспекти лапароскопічної дуоденопластики

Василюк С.М., Іванина В.В. Мініінвазивне хірургічне лікування гострого біліарного панкреатиту

Грубнік В.В., Малиновський А.В., Узун С.А. Лапароскопічна пластика гриж стравохідного отвору діафрагми: аналіз віддалених результатів 2500 операцій, виконаних за 20-річний період

Колотвін А.О., Герасименко О.С. Експрес діагностика вірусних гепатитів при гострому холециститі

Саволук С.І., Крестянов М.Ю. Порівняльний аналіз результатів лікування пахвинних гриж методами фіксаційної та безфіксаційної лапароскопічної алогерніопластики

Малиновський А.В., Грубнік В.В. Лапароскопічна ненатяжна каркасна алопластика гігантських гриж стравохідного отвору діафрагми: анатомічне обґрунтування нового методу і трирічні віддалені результати

Милица Н.Н., Маслов А.И., Трашкова Н.С., Милица К.Н. Эффективность диагностической и оперативной колоноскопии в выборе метода лечения образованной толстой кишки

Саволук С.І., Лисенко В.М., Зубаль В.І., Балацький Р.О. Результати застосування мультимодальної програми швидкого відновлення при хірургічному лікуванні хворих з жовчно-кам'яною хворобою

Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Захарчук А.П., Полянский Д.П., Дворник И.А. Возможность лапароскопических резекций ободочной кишки при обтурационной непроходимости кишечника

Велігоцький О.М., Хвисьюк О.М., Марченко В.Г., Довженко О.М., Рибак І.М. Симуляційне навчання в лапароскопічній хірургії

Сасюк А.І. Визначення кута відхилення груднини та пригрудинних ділянок як основи діагностики кілеподібної деформації грудної клітки у дітей

Желіба М.Д., Форманчук А.М., Форманчук Т.В., Васенко М.І. Індивідуальний портативний лапароскопічний тренажер

Savoluk S.I., Shepetko-Dombrovskiy O.G., Shepetko-Dombrovskii G.N. Technical aspects of laparoscopic duodenoplasty

Vasylyuk S.M., Ivanyna V.V. Miniinvasive surgical treatment of acute biliary pancreatitis

Grubnik V.V., Malynovskiy A.V., Uzun S.A. Laparoscopic repair of hiatal hernias: analysis of long-term results of 2500 procedures performed for 20-year period

Kolotvin A.A., Gerasimenko O.S. Rapid diagnosis of hepatitis in patient with acute cholecystitis

Savoluk S.I., Krestianov M.Yu. Comparative analysis of inguinal hernia treatment outcomes using fixation and fixation-free methods of laparoscopic alohernioplasty

Malynovskiy A.V., Grubnik V.V. A new method of laparoscopic tension-free framed mesh repair of giant hiatal hernias: anatomical background and 3-year long-term results

Milica N., Maslov A.I., Trashkova N.S., Milica K.N. Efficiency diagnostic and operational colonoscopy in the choice of treatment formations colon

Savoliuk S. I., Lysenko V. M., Zubal' V.I., Balatskyi R.O. Results of implementation of a multimodal fast track recovery program in treatment of patients with cholelithiasis

Tamm T.I., Nepomnyashchiy V.V., Zaharchuk A.P., Polyanskiy D.P., Dvornick I.A. Capabilities of colon laparoscopic resections under occlusion of ileus

Veligotsky O.M., Khvisyuk O.M., Marchenko V.G., Dovzhenko O.M., Rybak I.M. Simulative training in laparoscopic surgery

Sasyuk A.I. Etermination angle of deflection of the sternum and near sternal areas as the basis of diagnosis keeled chest deformity in children

Zheliba M.D., Formanchuk A.M., Formanchuk T.V., Vasenko M.I. Individual portable laparoscopic simulator

ХРОНІКА

Гулько П.М., Гайдуков В.О., Антошук К.Ф., Юкальчук М.І. Роль академіка М.Н. Бурденка у дослідженні та популяризації життя і наукової спадщини М.І. Пирогова

Gunko P.M., Gaydukov V.A., Antoshchuk K.F., Yukalchuk M.I. Role of academician M.N. Burdenko in research and popularization of life and scientific heritage of M.I. Pirogov

© Усенко О.Ю., Петрушенко В.В., Радьога Я.В., Гребенюк Д.І., Собко В.С.

УДК: 616.33:616-072.1-71

Усенко О.Ю.¹, Петрушенко В.В.², Радьога Я.В.², Гребенюк Д.І.², Собко В.С.²

¹Національний Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України (вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, Україна, 03680), ²Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЗАГОЄННЯ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКУ, ЩО ПОГАНО РЕГЕНЕРУЮТЬ В УМОВАХ ЛОКАЛЬНОЇ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ

Резюме. Мета дослідження - оцінити ефективність локальної аутоотрансплантації плазми, збагаченої тромбоцитами, у пацієнтів із хронічними виразками шлунку, що погано регенерують. У дослідження були включені 50 пацієнтів із хронічними виразками шлунку, розміри 1-3 см. У дослідну групу увійшло 23 пацієнти (противираzkова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами), в групу порівняння - 27 пацієнтів (противираzkова терапія). Результати лікування оцінювали на 1, 7 та 14-ту добу. Отримані дані щодо динаміки зміни площі виразкових дефектів демонструють, що як у дослідній групі, так і в групі порівняння прослідковується тенденція до достовірного зменшення числових показників площі виразок з часом ($p < 0,01$, t -критерій Стюдента). При аналізі якості життя пацієнтів в обох групах відзначено прогресивне достовірне зменшення вираженості синдрому абдомінального болю протягом усього періоду спостереження. Таким чином, однократна локальна ендоскопічна аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами на фоні противираzkової терапії дозволяє достовірно ($p < 0,01$, t -критерій Стюдента) прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 діб.

Ключові слова: хронічна виразка шлунку, ендоскопічна ін'єкція, плазма збагачена тромбоцитами, якість життя.

Вступ

Хронічна виразка шлунку протягом багатьох десятиліть залишається актуальною проблемою медицини в цілому та хірургії зокрема. Поширеність даної патології складає 2299,4 на 100 тис. населення та продовжує зростати. При цьому кількість випадків важкого та ускладненого перебігу даної патології коливається в межах 8-25 %. Не зважаючи на постійну оптимізацію підходів щодо її консервативного лікування, а також розвиток та впровадження в практику нових фармакологічних засобів досягти хоча б незначного прогресу в лікуванні даної патології надзвичайно важко [1, 2, 3].

Зважаючи на це постає питання про розробку та впровадження нових методів лікування, серед яких перспективним напрямком є локальне введення стимуляторів репаративних процесів.

У літературі зустрічаються поодинокі дослідження, що вивчають можливість локальної стимуляції репарації виразкових дефектів, що погано регенерують. Щодо аутоматеріалів, які володіють стимулюючими властивостями на механізми репарації, то тут на особливу увагу заслуговує аутоплазма збагачена тромбоцитами [4, 5, 6].

Велика кількість наукових досліджень останніх десятиліть вказують на те, що тромбоцити виконують величезну кількість функцій, на додаток до основної їх ролі - участі у гемостазі. Відновлення пошкоджених тканин ініціюється агрегацією тромбоцитів, утворенням фібринового згустку та вивільненням факторів росту з тромбоцитів, пошкоджених клітин та екстрацелюлярного матриксу. Тромбоцити являють собою одне з найбільших джерел факторів росту в організмі, а, отже, можуть впливати на процеси загоєння тканини. Прискорення репарації при аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами досягається за рахунок масивного локального вивільнення факторів росту із тром-

боцитів.

Таким чином, можливість локальної аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами для прискорення репаративних процесів у хронічних виразкових дефектах шлунку, що погано регенерують, потребує всебічного вивчення.

Мета дослідження - оцінити ефективність локальної аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами у пацієнтів із хронічними виразками шлунку, що погано регенерують.

Матеріали та методи

Проспективне дослідження проводили на кафедрі хірургії № 1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, на базі ендоскопічного та хірургічного відділень Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

У дослідження були включені 50 пацієнтів із хронічними виразками шлунку, поперечні розміри яких знаходилися в межах 1-3 см, тобто мали середні та великі розміри. В даному контингенті жінок було 22 (44,0%), чоловіків - 28 (56,0%). Середній вік пацієнтів знаходився в межах від 27 до 69 років і становив $46,9 \pm 10,4$ років.

Критеріями відбору пацієнтів у дослідження були: вік старше 18 років; підтверджений за даними ендоскопічних та гістологічних досліджень діагноз хронічної виразки шлунку, що погано регенерує (відсутність позитивної динаміки від противираzkової терапії протягом 12 тижнів); наявність виразкових дефектів середніх (1-2 см) та великих (2-3 см) розмірів; відсутність клінічно значущих супутніх захворювань.

Пацієнти були розподілені на групу порівняння (стандартна консервативна противираzkова терапія) та дос-

лідну групу (стандартна консервативна противиразкова терапія, доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми, збагаченої тромбоцитами - Патент України на корисну модель № 104840). У дослідну групу увійшло 23 пацієнти (10 жінок та 13 чоловіків), у групу порівняння - 27 пацієнтів (12 жінок та 15 чоловіків). Розподіл пацієнтів за статтю та віком у групах був рівномірним.

Усі клінічні маніпуляції проводилися після отримання письмової згоди пацієнтів.

Основним методом діагностики була езофагогастродуоденоскопія. Ендоскопічне дослідження виконувалося із використанням обладнання Olympus та Pentax. Під час першого та усіх контрольних ендоскопічних досліджень проводили вимірювання площі виразок та поліпозиційну експрес-біопсію (5-7 ділянок) для виключення ознак малігнізації виразки шлунка (атипові клітини, дисплазія, метаплазія).

У групі порівняння лікування призначали в повному обсязі за чинними стандартами (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 613 від 03.09.14). В основній групі стандартна противиразкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами в періульцерозну зону. В усіх випадках, при наявності підтвердженої інфекції *Helicobacter pylori*, призначалася ерадикаційна терапія.

Плазма збагачена тромбоцитами готувалася наступним чином. У кожного пацієнта дослідної групи виконували забір крові із кубітальної вени в об'ємі 8 мл у стерильні гепаринізовані скляні пробірки, вміст гепарину, в яких складав 14-20 одиниць на 1 мл крові. Центрифугування крові здійснювали на центрифугі 80-2 зі швидкістю 1500 об./хв. (приблизно 700g) протягом 8 хвилин, що давало на виході близько 4,5 мл плазми збагаченої тромбоцитами. В процесі центрифугування кров розділялася на два шари - верхній, який представляв собою плазму збагачену тромбоцитами та нижній, що містив еритроцити та лейкоцити. Верхній шар відбирали в стерильний одноразовий шприц.

Ендоскопічні ін'єкції плазми збагаченої тромбоцитами виконували із використанням одноразових ін'єкційних пристроїв виробництва Olympus. Весь об'єм препарату вводився в періульцерозну зону в 5 рівновіддалених точках і розподілявся порівну між ними.

Контрольні ендоскопічні дослідження із біопсією пацієнтам обох груп виконували на 7 та 14 добу.

Крім того, на 1, 7 та 14-ту добу оцінювали якість життя пацієнтів із використанням опитувальника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), а саме, за питаннями 1 (біль або дискомфорт у верхніх відділах живота чи в ділянці шлунка) та 4 (голодний біль), які характеризують вираженість абдомінального болювого синдрому.

Усі одержані дані, отримані в ході дослідження, фіксувалися та піддавалися подальшій обробці із використанням пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати. Обговорення

Показники площі виразкових дефектів шлунку у пацієнтів нашого дослідження на 1, 7 та 14 добу наведені в таблиці 1.

Як видно із таблиці 1, як у дослідній групі, так і в групі порівняння прослідковується тенденція до зменшення числових показників площі виразкових дефектів з часом. Так, у групі порівняння на 7 добу відмічалася достовірне ($p < 0,01$, t-критерій Стюдента) зменшення площі виразок із $288,7 \pm 121,7$ мм² до $191,5 \pm 113,4$ мм². На 14 добу цей показник складав $134,3 \pm 103,4$ мм² і також достовірно відрізнявся від показників, отриманих під час ініціального ендоскопічного дослідження ($p < 0,01$, t-критерій Стюдента). У той же час, хоча чисельно площа виразкових дефектів на 14 добу була меншою за аналогічний показник на 7 добу, проте дана різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$, t-критерій Стюдента).

Слід зазначити, що у одного пацієнта на 7 добу мало місце незначне збільшення виразки, проте на 14 добу лікування, значення цього показника зменшилося нижче ініціального.

Схожа тенденція прослідковувалася і в дослідній групі, де локальні репаративні процеси підсилювалися 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. Проте, на відміну від групи порівняння достовірність була доведена для кожної пари показників. Тобто, прогресивне зменшення площі виразкових дефектів протягом всього терміну спостереження мало достовірний характер ($p < 0,01$, t-критерій Стюдента).

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 Стюдента) 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 Стюдента) зменшення

Таблиця 1. Показники площі виразкових дефектів шлунку на різних термінах дослідження.

Терміни дослідження		Площа виразкових дефектів у групах, мм ²		Достовірність відмінностей на кожному терміні
		Група порівняння (n=27)	Дослідна група (n=23)	
1 доба	1	$288,7 \pm 121,7^{*(2), *(3)}$	$292,5 \pm 129,3^{*(2), *(3)}$	$p > 0,05$
7 доба	2	$191,5 \pm 113,4^{*(1)}$	$147,9 \pm 99,9^{*(1), *(3)}$	$p > 0,05$
14 доба	3	$134,3 \pm 103,4^{*(1)}$	$37,0 \pm 52,9^{*(1), *(2)}$	$p < 0,01$

Примітка. * Результати відрізняються достовірно, $p < 0,01$, t-критерій Стюдента. В дужках біля показників площі виразкових дефектів наведено номери стрічок, порівняно з якими виявлена достовірність відмінності показників у межах одного стовпчика (однієї групи).

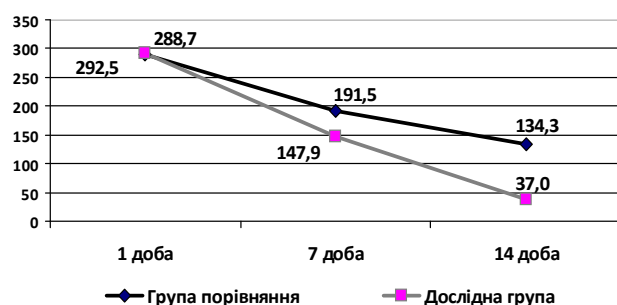


Рис. 1. Динаміка загоєння виразкових дефектів в обстежуваному контингенті.

Таблиця 2. Кількість випадків повного загоєння виразкових дефектів на 14 добу.

Дефекти \ Групи	Група порівняння	Дослідна група	Всього
Загоєні	5 (18,5%)	14 (60,9%)	19 (38%)
Не загоєні	22 (81,5%)	9 (39,1%)	31 (62%)
Всього	27	23	50

площі в дослідній групі. На 14 добу відмінності були ще більш вираженими, і на цей раз були достовірними ($p < 0,01$, t-критерій Стьюдента).

Це свідчить про позитивний вплив плазми збагаченої тромбоцитами на швидкість загоєння виразкових дефектів стінки шлунку.

Графічне зображення описаних залежностей наведено на рисунку 1.

Повне загоєння виразок шлунку на стадії "червоного рубця" спостерігалось при ендоскопічному дослідженні лише на 14 добу. Щодо кількості виразкових дефектів, що повністю загоїлися до 14 доби, то дані показники наведені в таблиці 2.

Із таблиці 2 видно, що всього у 19 пацієнтів нашого дослідження на 14 добу відбулася повна регенерація слизової оболонки шлунку. Щодо розподілу по групах, то в групі порівняння із 27 пацієнтів повне загоєння мало місце лише у 5 (18,5%) випадках. Натомість, у дослідній групі (23 пацієнти) цей показник складав 14 (60,9%) пацієнтів. При статистичній обробці отриманих даних виявилось, що дана різниця є достовірною

($p < 0,01$, χ^2 з поправкою Йетса на безперервність). Тобто, у дослідній групі кількість випадків повного відновлення слизової оболонки шлунку була достовірно вищою за аналогічний показник у групі порівняння.

Слід також зазначити, що абсолютно всі випадки повного загоєння виразкових дефектів припадали на частину пацієнтів із виразками середніх розмірів (1-2 см). Натомість, ні в групі порівняння, ні в дослідній групі, жодна виразка великих розмірів (2-3 см) не загоїлася повністю.

Типова динаміка загоєння виразкового дефекту середніх розмірів після застосування плазми, збагаченої тромбоцитами, наведена на рисунку 2.

Згідно літературних даних, середня тривалість життя тромбоцитів складає 7 діб, а максимальна - 10-12 діб. Виходячи з цього, можна припустити, що до 7 доби має місце максимальне локальне вивільнення факторів росту та диференціації із тромбоцитів ін'єктованих в підслизовий шар стінки шлунку. Крім того, дані літератури також свідчать, що максимальний ефект, зумовлений плазмою збагачено тромбоцитами проявляється протягом перших двох тижнів після аутоотрансплантації.

Проте, наші дані вказують на те, що протягом 14 діб досягти повного загоєння виразкових дефектів великих розмірів досягти не вдається. Тому можна припустити, що для швидшого загоєння виразок у таких пацієнтів необхідно виконувати повторну ендоскопічну ін'єкцію плазми збагаченої тромбоцитами між 7 та 14 добою.

При аналізі якості життя пацієнтів було отримано наступні результати.

У групі порівняння на 7-му добу спостерігали достовірне зменшення больових відчуттів у порівнянні з такими у 1-шу добу. На 14-ту добу цей показник відрізнявся від вихідних та на 7-му добу. Аналогічну тенденцію відзначали і в основній групі.

Тобто, в обох групах відзначене прогресивне достовірне зменшення вираженості синдрому абдомінального болю протягом усього періоду спостереження.

Крім оцінки динаміки інтенсивності болю у кожній групі, ми порівнювали також цей показник в обох групах у різні строки спостереження. Так, якщо у 1-шу добу відмінностей вираженості больового синдрому в обох групах не було, то на 7 добу виявлене достовірно більш

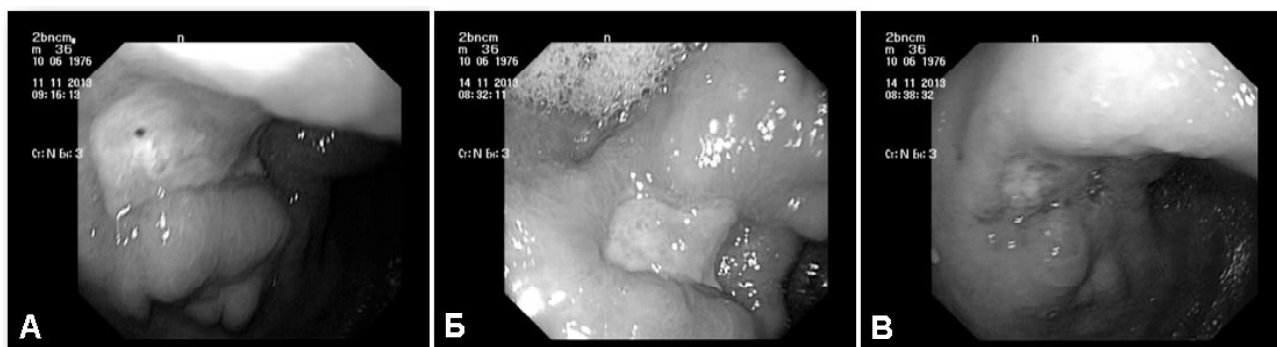


Рис. 2. Відеоезофагогастроуденоскопія. Динаміка загоєння виразкового дефекту середніх розмірів після застосування плазми, збагаченої тромбоцитами. А - 1-ша доба; Б - 7-ма доба; В - 14-та доба.

швидке зменшення інтенсивності болю в основній групі. На 14-ту добу ці відмінності були ще більш вираженими та більш достовірними.

Слід зауважити, що ці зміни не залежали від розмірів виразкових дефектів.

В основній групі інтенсивність абдомінального болювого синдрому становила у середньому ($1,30 \pm 0,42$) бала, тобто, була в межах 1-2 балів, що свідчило про нормальну якість життя.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Однократна локальна ендоскопічна аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами на фоні проти-

виразкової терапії дозволяє достовірно ($p < 0,01$, t-критерій Стюдента) прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 діб, зменшити площу виразкових дефектів великих розмірів із $292,5 \pm 129,3 \text{ мм}^2$ до $37,0 \pm 52,9 \text{ мм}^2$ та досягти 100 % загоєння виразкових дефектів середніх розмірів (1-2 см), а також зменшити вираженість абдомінального болювого синдрому на 67,5 % та нормалізувати якість життя пацієнтів із хронічними виразками шлунка, що погано регенерують ($p < 0,01$, U-критерій Манна-Уїтні).

Наступним етапом планується оцінити результати лікування виразкових дефектів великих розмірів при двократному ендоскопічному введенні плазми збагаченої тромбоцитами.

Список літератури

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги - Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 вер. 2014 р. № 613.
2. Тутченко Н. И. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.И. Тутченко, И.В. Ключко. - К.: Лыбидь, 2009. - 208 с.
3. Фомин П. Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П.Д. Фомин, В.И. Никишаев // Здоров'я України. - 2010. - № 5. - С. 8-11.
4. Effects of heterologous platelet-rich plasma gel on standardized dermal wound healing in rabbits / K.G. Abeg?o, B.N. Bracale, I.G. Delfim [et al.] // Acta cirúrgica brasileira. - 2015. - № 3. - С. 209-215.
5. Efficacy of autologous platelet-rich plasma for the treatment of muscle rupture with haematoma: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial / M.J. Martinez-Zapata, L. Orozco, R. Balus [et al.] // Blood transfusion. - 2015. - № 21. - С. 1-10.
6. The effect of platelet-rich plasma on the repair of muscle injuries in rats / M. L. Quarteiro, J. R. Tognini, E. L. de Oliveira, I. Silveira // Revista brasileira de ortopedia. - 2015. - № 50. - С. 586-595.

Усенко А.Ю., Петрушенко В.В., Радёга Я.В., Гребенюк Д.И., Собко В.С.

ЗАЖИВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, КОТОРЫЕ ПЛОХО РЕГЕНЕРИРУЮТ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

Резюме. Цель исследования - оценить эффективность локальной аутоотрансплантации плазмы обогатённой тромбоцитами у пациентов с хроническими язвами желудка, которые плохо регенерируют. В исследование были включены 50 пациентов с хроническими язвами желудка, размерами 1-3 см. В опытную группу вошли 23 пациента (противоязвенная терапия дополненная эндоскопической аутоотрансплантацией плазмы обогатённой тромбоцитами), в группу сравнения - 27 пациентов (противоязвенная терапия). Результаты лечения оценивали на 1, 7 и 14-е сутки. Полученные данные по динамике изменения площади язвенных дефектов показывают, что как в опытной группе, так и в группе сравнения прослеживается тенденция к достоверному уменьшению числовых показателей площади язв со временем ($p < 0,01$, t - критерий Стюдента). При анализе качества жизни пациентов в обеих группах отмечено прогрессивное достоверное уменьшение выраженности синдрома абдоминальной боли в течение всего периода наблюдения. Таким образом, однократная локальная эндоскопическая аутоотрансплантация плазмы обогатённой тромбоцитами на фоне противоязвенной терапии позволяет достоверно ($p < 0,01$, t - критерий Стюдента) ускорить процесс эпителизации язвенных дефектов в течение 14 суток.

Ключевые слова: хроническая язва желудка, эндоскопическая инъекция, плазма, обогатённая тромбоцитами, качество жизни.

Usenko O.Yu., Petrushenko V.V., Radoha Ya.V., Hrebeniuk D.I., Sobko V.S.

HEALING OF CHRONIC STOMACH ULCERS THAT HAVE A POOR REGENERATION IN CASE OF LOCAL AUTOTRANSPLANTATION OF PLASMA ENRICHED ON PLATELETS

Summary. The aim of study was to estimate an efficiency of local auto-transplantation of plasma enriched on platelets in patients with chronic stomach ulcers with poor regeneration. The 50 patients with chronic stomach ulcers were included into study. The size of ulcers was 1-3 sm. The 23 patients were included into study group. They received anti-ulcerative therapy together with endoscopic auto-transplantation of plasma enriched on platelets. The group of comparison consisted of 27 patients. They received anti-ulcerative therapy. The results of treatment were estimated on 1st, 7th and 14th day. The data we have received demonstrate a tendency of decrease of ulcers' square in study group as well as in group of comparison ($p < 0,01$, t - Student's criterion) with time flow. Authentic progressive reduction of abdominal pain syndrome intensity was mentioned in both groups of patients during the analysis of life quality throughout all the period of the study. So, unitary local endoscopic auto-transplantation of plasma enriched on platelets on the background of anti-ulcerative therapy permits to accelerate a process of the ulcerative defects epithelization significantly ($p < 0,01$, t - Student's criterion) during 14 days.

Key words: chronic gastric ulcer, endoscopic injection, platelet-rich plasma, quality of life.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В.О.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2015 р.

Усенко Олександр Юрійович - д.мед.н., проф., директор ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.

Шалімова" НАМН України; +38 044 454-20-50; o.usenko@shalimov.org

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-32-16; science@vsmu.vinnica.ua

Радьога Ярослав Володимирович - асист. курсу "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 998-95-25; radega09@mail.ru

Гребенюк Дмитро Ігорович - к.мед.н., асист. кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 595-44-83; Doctor.Svo@gmail.com

Собко Вадим Сергійович - асист. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; + 38 097 904-13-19; sv_eskulap@bk.ru

© Суходоля А.І., Підмурняк О.О., Суходоля С.А., Тропарчук О.І., Коломієць О.В.

УДК: 617-089

Суходоля А.І., Підмурняк О.О., Суходоля С.А., Тропарчук О.І., Коломієць О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ І РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Резюме. Проведено аналіз лапароскопічних холецистектомій у Хмельницькій області в період з 1994 по 2015 роки. Перша лапароскопічна холецистектомія виконана в 1994 році. За цей період було виконано 14344 лапароскопічних холецистектомій, з яких на гострий холецистит прооперовано 2308 (16%) пацієнтів та з приводу хронічного холециститу - 12036 пацієнтів (84%). Результати проведеного аналізу дали нам можливість правильно обрати терміни виконання лапароскопічних холецистектомій при гострому холециститі, що склали 24-48 годин від початку захворювання. Рання лапароскопічна холецистектомія зменшує як кількість конверсій, так і перебування пацієнта в стаціонарі. Правильне виконання техніки лапароскопічної операції профілактує інтраопераційні ускладнення. Діагностика ускладнень при лапароскопічній холецистектомії обов'язково потребує інтраопераційної або післяопераційної холангіографії з наступним проведенням реконструктивної операції. Терміни лікування таких пацієнтів значно збільшуються.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, гострий холецистит, Хмельницька область, терміни виконання лапароскопічних холецистектомій, лікування та діагностика ускладнень.

Вступ

За останні роки в хірургічному лікуванні жовчечокам'яної хвороби відбувся значний прогрес пов'язаний з широким впровадженням лапароскопічної холецистектомії та стандартизацією техніки її виконання.

Разом з тим проблема ускладнень при лапароскопічній холецистектомії залишається актуальною і сьогодні. А такі хірургічні ускладнення як коагуляційна (термічна) травма протоків, судин, ускладнення пов'язані з пневмоперитонеумом є суцільно специфічними тільки для лапароскопічної холецистектомії. Актуальною є проблема ятрогенних пошкоджень протоків під час лапароскопічної холецистектомії [2].

Мета нашої роботи є визначення оптимальних термінів виконання ЛХЕ, аналіз, прогнозування та профілактика інтра- і ранніх післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи

Відповідно до мети ми провели аналіз результатів ЛХЕ проведених в Хмельницькій області. Перша лапароскопічна холецистектомія виконана в 1994 році. Всього за цей час по області виконано 14344 операції. В області використовується 15 лапароскопічних комплексів. На рисунку 1 показана динаміка виконання ЛХЕ в Хмельницькій області за 21 рік - в залежності від форми (гострий і хронічний). Починаючи з 2008 року - поступовий ріст як в центральних районних лікарнях,

так і міських.

Хворі були у віці від 11 до 80 років. Жінки складали переважну більшість пацієнтів 86,7%. Діагноз ЖКХ верифікували за допомогою УЗД.

Ультрасонографія до операції дозволяє встановити зміни з боку як міхура - товщина стінок, конкременти, абсцес, так і в сусідніх органах - підшлунковій залозі, печінці.

Усім пацієнтам обов'язково виконували ФЕГДС, призначали огляд кардіолога і гінеколога, а також комплекс загальноприйнятих обстежень згідно стандартів. Під час передопераційного обстеження переслідували мету підтвердження та встановлення діагнозу, і встановлення супутньої патології, яка потребує додаткової хірургічної корекції, або унеможливорює ЛХЕ. У 16% (2308) по Хмельницькій області пацієнтів ЛХЕ виконано з приводу гострого холециститу. Що стосується хірургічної тактики при ГХ, то вона змінювалась від протипоказів до ЛХЕ(в період оволодіння методикою) до активної тактики (за виключенням абсолютних протипоказів) в наступний період.

ЛХЕ з приводу ГХ має деякі технічні особливості. Виділення жовчевого міхура з інфільтрату виконували м'якими затискачами або кінцем електровідсмоктувача. При неможливості захватити жовчевий міхур затискачами, останній пунктуємо і відсмоктуємо жовч.