

© 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 (противиразкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами), в групу порівняння - 27 пацієнтів (противиразкова терапія). Результати лікування оцінювали на 1, 7 та 14-тудобу. 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 Стьюдента). 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 противиразкової терапії дозволяє достовірно ($p < 0,01$, t -критерій Стьюдента) прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 днів.

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 противиразкової 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 противиразкова терапія) та дос-

лідну групу (стандартна консервативна противиражкова 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, метоплазія).

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 противиражкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами в периульцерозну 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 центрифусі 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 периульцерозну 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 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 складав $134,3 \pm 103,4$ мм² і також достовірно відрізнявся від показників, отриманих під час ініціального ендоскопічного дослідження ($p < 0,01$, t-критерій Стьюдента). 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 Стьюдента).

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 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

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±121,7* ⁽²⁾ , * ⁽³⁾	292,5±129,3* ⁽²⁾ , * ⁽³⁾	p>0,05
7 доба	2	191,5±113,4* ⁽¹⁾	147,9±99,9* ⁽¹⁾ , * ⁽³⁾	p>0,05
14 доба	3	134,3±103,4* ⁽¹⁾	37,0±52,9* ⁽¹⁾ , * ⁽²⁾	p<0,01

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

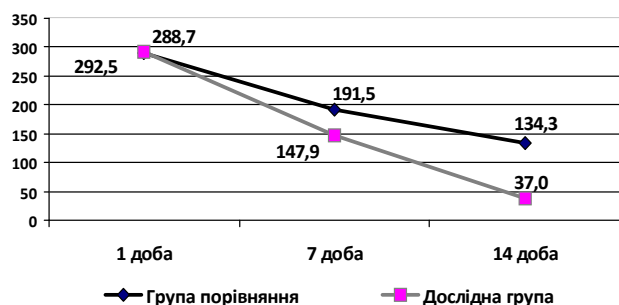


Рис. 1. Динаміка загоєння виразкових дефектів в обстежуваному контингенті.

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

Дефекти	Групи		Всього
	Група порівняння	Дослідна група	
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 групам, 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 збагаченою 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

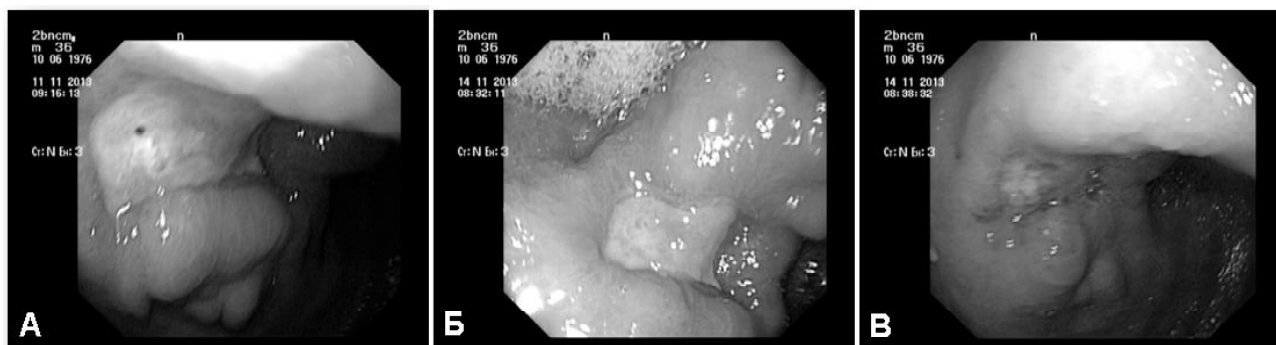


Рис. 2. Відеоезофагогастродуоденоскопія. Динаміка загоєння виразкового дефекту середніх розмірів після застосування плазми, збагаченої тромбоцитами. А - 1-ша доба; Б - 7-ма доба; В - 14-та доба.

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 Стьюдента) прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 діб, зменшити площу виразкових дефектів великих розмірів із $292,5 \pm 129,3$ мм² до $37,0 \pm 52,9$ мм² 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. Ключько. - 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 cirurgica 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. Balias [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 Стьюдента). 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 Стьюдента) 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., Radoga Ya.V., Hrebenuk 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_eskular@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 жовчечкам'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 операцій. 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 склали 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 унеможлиблює 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 захватати жовчевий міхур затискачами, останній пунктуємо і відсмоктуємо жовч.