

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№110 - 2017

Випуск 7 з проблеми

«Хірургія»

Підстава: рецензія Головного
позаштатного спеціаліста з
спеціальності «Хірургія»

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:

ХІРУРГІЯ

СПОСІБ СТИМУЛЯЦІЇ НЕОАНГІОГЕНЕЗУ ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМИ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

АВТОРИ:

**КРИВОРУЧКО І. А.,
ПРАСОЛ В. О.,
ЗІУЗЬКО С. Н.,
ГОНІ С.-К. Т.,
АНТОНОВА М. С.,
СИКАЛ М. О.,
СИВОЖЕЛІЗОВ А. В.,
ТОНКОГЛАС О. А.,
СВІРЕПО П. В.,
КІРІЄНКО Д. О.**

**УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ**

м. Київ

Суть впровадження: ефективний спосіб лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок (ХКІНК) з дистальною формою ураження судинного русла методом стимуляції неоангіогенезу за допомогою збагаченої тромбоцитами аутоплазми.

Пропонується для впровадження в закладах охорони здоров'я (обласних, міських, районних) хірургічного профілю спосіб лікування ХКІНК з дистальною формою ураження судинного русла.

Ангіогенез є природною реакцією організму на ішемію, покликаною відновити кровопостачання тканини за рахунок утворення нових судин. Формування нових судин - неоангіогенез, в дорослому організмі розглядається як результат проліферації, міграції та ремоделювання вже наявних зрілих ендотеліальних клітин. Стимуляція ангіогенезу набуває все більшого поширення як потенційний метод лікування критичної ішемії нижніх кінцівок та інших ішемічних захворювань.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Удосконалення та розробка методів діагностики і хірургічного лікування захворювань і травм органів черевної порожнини та грудної клітки, судин верхніх та нижніх кінцівок із використанням мініінвазивних методик у пацієнтів на високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень», термін виконання 2016-2018 р.р.

Нами розроблений спосіб стимуляції неоангіогенезу при критичній ішемії нижніх кінцівок за допомогою збагаченої тромбоцитами аутоплазм, який полягає в тому, що додатково до основної програми лікування збагачену тромбоцитами аутоплазму в кількості 5 млн. та більше тромбоцитів у об'ємі 1012 мл плазми вводять в латеральну та медіальну голівки литкового м'яза ураженої гомілки за одну процедуру на максимальну глибину з обов'язковим контролем запобігання пункції судин.

Теоретичною основою розробленого лікувального комплексу є те, що розвиток колатералей у хворих даної групи, який стимулюється фізіологічними чинниками, а саме гіпоксією, є недостатнім або повільним. Для стимуляції цього процесу ми й пропонуємо плазмотерапію як додатковий до основного метод лікування даних хворих.

Ефективність способу доказана на підставі проведення клініко-лабораторних досліджень у 105 пацієнтів, яким було виконано прямі та непрямі методи реваскуляризації і проведено консервативну терапію. 55 хворим, які склали основну групу додатково до основного лікування було проведено стимуляцію неоангіогенезу. Стимуляцію неоангіогенезу виконували наступним чином: хворому вводили збагачену тромбоцитами плазму, отриману з аутокрові шляхом м'якого центрифугування, у латеральну та медіальну голівки литкового м'яза ураженої гомілки на максимальну глибину з обов'язковим контролем пункції судин (не вводити у судинно-нервовий пучок, а вводити в м'язи). Аутоплазму збагачують із розрахунку 5 млн. та більше тромбоцитів у об'ємі 10-12 мл плазми. 50 хворих склали групу порівняння.

У хворих оцінювали рівень болю за візуальною аналоговою шкалою, дистанцію безбольової ходи, якість життя за опитувачем SF-36 протягом 1 року. Дані динаміки рівню якості життя хворих на ХКІНК показали, що у хворих з основної групи, яким виконувалася черезшкірна балонна ангіопластика (ЧБА), рівень болю відразу після лікування на 42,1 % був меншим, ніж у групи порівняння ($p=0,050$), у строк через 6 міс. — на 36,8 % ($p=0,037$), а через 12 міс. — на 47,1 % ($p=0,023$). Фізичне функціонування (ФФ) у хворих, що отримували консервативну терапію, через 6 та 12 міс. відповідно на 23,7% і на 51,9 було вищим в основній групі ($p=0,000$). Психічне функціонування (ПФ) у хворих основної

групи, яким виконували ЧБА, у строки через 12 міс. спостереження було на 14,8 % ($p=0,050$), а у хворих з консервативним лікуванням через 6 та 12 міс. на 12,1% ($p=0,028$) та на 13,1 % був вищим ($p=0,036$) ніж у групі порівняння. ДБХ у хворих основної групи, яким виконували ЧБА, у строки через 6 та 12 міс. був на 32 % ($p=0,047$) та на 18,1 % ($p=0,043$), у хворих, яким було виконано відкриту реваскуляризацію через 12 міс. на 71,6 % ($p=0,049$), а у хворих, що лікувалися консервативним методом, через 6 міс. на 82,3 % та через 12 міс. — на 112,4% ($p=0,000$) був вище за цей показник у групі порівняння. Слід відмітити, що у групі порівняння ДБХ протягом року спостереження скорочувалась, а у основній групі — збільшувалась ($\chi^2=30,148$, $p=0.000$).

Показанням до застосування розробленого способу є хронічна критична ішемія нижніх кінцівок з дистальною формою ураження судинного русла.

Протипоказанням до застосування є гнійно-септичні явища на гомілці.

Висновок: Ефективний результат лікування хворих з ішемією нижніх кінцівок досягається поєднанням основного методу лікування з додатковим виконанням стимуляції ангиогенезу за допомогою багаті тромбоцитами аутоплазми. Розроблена технологія може бути рекомендована практичній медицині.

За додатковою інформацією звертатись до авторів листа: ХНМУ Кафедра хірургії №2, Гоні Самха-Катерина Тахірівна, тел. 0506659112.