

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



її обсягу, зустрічається від 18 до 68% випадків. На досить високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 15-20% випадків оперованих хворих.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було виявлення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та можливих способах його корекції.

Обстежено 35 хворих, які в анамнезі були оперовані з приводу гіпертиреодних форм зоба. Обсяг оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози. Серед обстежених, у 20 пацієнтів (58,3%) порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 10 хворих (27,7%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 5 (13,7%) пацієнтів. Для в'яснення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Встановлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантною системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з $5,71 \pm 0,132$ до $15,31 \pm 0,131$ мкм/л; окиснювальної модифікації білків з $1,38 \pm 0,021$ до $1,44 \pm 0,015$ од.опт.густ/мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з $23,37 \pm 0,462$ до $19,06 \pm 0,661$ мкмоль/хв.л; глутатіону відновленого з $1,03 \pm 0,024$ до $0,76 \pm 0,032$ мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з $55,02 \pm 0,241$ до $47,55 \pm 0,072\%$).

Виявлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ($56,01 \pm 1,832\%$ проти $61,99 \pm 1,121\%$ у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ($32,28 \pm 1,722\%$ проти $16,74 \pm 0,773\%$ відповідно), значиме зростання концентрації IgG ($13,06 \pm 1,412$ проти $10,26 \pm 0,154$ г/л) та ЦІК ($124,14 \pm 15,434$ проти $70,02 \pm 4,051$ г/л). Вірогідно зростали рівні АТ-ТПО ($156,07 \pm 66,933$ проти $31,48 \pm 5,516$ МО/мл; $p < 0,01$) та АТ-ТГ ($305,91 \pm 57,017$ проти $89,6 \pm 8,81$ МО/мл; $p < 0,01$).

Проаналізована також, залежність рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 5 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання односторонньої субтотальної резекції ЩЗ (2 випадки) та гемітиреоїдектомії (3 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (19 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (12 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреодні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді. Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набуваючи антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Гресько М.М.

ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ЛІКУВАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ТА ОЦІНКА КРИТЕРІЇВ КОНВЕРСІЇ

Кафедра хірургії

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють провести диференціальну діагностику гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування. В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв, що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

Метою роботи було узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 5107 хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію.

Під нашим наглядом знаходилось 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих). Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних



утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакаоскопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біляміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоуху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДІК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі попереочно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакаоскопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатопексія. Діагностична торакаоскопія – у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень. Таким чином, при наявності труднощів у поточній діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики.

Отже, при гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю.
ДІАГНОСТИКА ПОШИРНОСТІ ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що правильний діагноз є запорукою успішного лікування будь якого захворювання. Значної актуальності питання діагностики набувають в умовах перитоніту, оскільки визначення певної його форми визначає подальшу тактику, обсяг лікування й, відповідно, наслідки. Слід зауважити, що підходи різних дослідників до визначення тактики при перитоніті суттєво, іноді кардинально, відрізняються. Однією з основних причин таких розбіжностей є відсутність загальноприйнятої класифікації перитоніту, причому суперечності стосуються практично всіх складових існуючих варіантів. Одним із найбільш суперечливих питань залишається розподіл перитоніту за поширеністю. Між тим, саме остання значною мірою визначає його тяжкість і, відповідно, хірургічну тактику, а у підсумку – наслідки. В даний час основним розмежувальним критерієм такого поділу вважають 9 анатомічних областей передньої черевної стінки.

Всі дослідники поділяють перитоніт на дві основних форми: місцевий і розповсюджений. Однак трактування останнього різко відрізняються. Зокрема, такий перитоніт поділяють на дифузний, що займає 2 – 3 анатомічних ділянки, розлитий, який поширюється на 4 – 6 ділянок, та загальний, що захоплює більше 6-ти зон. Водночас, є думка про недоцільність окремого виділення розлитого та загального перитоніту, що аргументується відсутністю суттєвих відмінностей клінічних проявів.

Вважаємо за необхідне відзначити, що часто заперечення необхідності деталізації розповсюдження запального процесу не відповідає принципам вибору тактики, оскільки обсяг санації очеревинної порожнини та метод завершення операції залежить від поширеності перитоніту на певну кількість анатомічних ділянок. Неоднозначно висвітлюються також питання стадійності перитоніту. Деякі дослідники її заперечують, інші виділяють 2, 3, або 4 стадії. Такі розбіжності значною мірою зумовлені різними поглядами на поширеність перитоніту, яка суттєво визначає стадійність розвитку. Між тим, відсутність єдиної класифікації має не тільки академічне, скільки важливе практичне значення, оскільки створює передумови для розбіжностей у підходах до лікування гострого перитоніту і трактування його результатів. Це свідчить, що дана проблема потребує подальшого поглибленого вивчення. Основною причиною розбіжностей у поглядах на поширеність, тяжкість, стадійність перитоніту є відсутність чітких критеріїв визначення. Межі запального процесу в очеревинній порожнині визначаються суто суб'єктивно на підставі візуальної оцінки змін тканин, наявності гіперемії, набряку, інфільтрації, нашарувань фібрину, ексудату тощо. І цілком зрозуміло, що в умовах поширеного запального процесу часто чітко визначити його межі за такими ознаками неможливо.

З метою вдосконалення діагностики нами в експерименті апробований метод, заснований на визначенні інтенсивності люмінесценції очеревини. Для цього у нелінійних білих шурів з моделями перитоніту проводили опромінення очеревини монохроматичним лазерним променем, джерелом якого був аргонний лазер ЛГН-503, що випромінює на довжині хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт.



Результати досліджень спектрів люмінесценції засвідчили, що в межах довжин хвиль $\lambda = 474 - 488$ нм визначається характерне збільшення її інтенсивності в запально змінених ділянках очеревини. Це дозволяє чітко визначати межі поширення запального процесу, засновуючись на вірогідному об'єктивному показнику.

Однак застосування такої методики в клінічних умовах унеможливується технічними причинами, пов'язаними з конструкцією лазера ЛГН-503. Тому нами проводиться розробка моделі пристрою, який дозволить би проводити дослідження в клініці.

Домбровський Д.Б., Оліник Ю.В.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ ПРИ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ РОЗЛАДАХ ТКАНИН КІНЦІВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА КЛІНІЦІ

Кафедра хірургії

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Трофічні венозні виразки становлять понад 70% усіх виразок нижніх кінцівок. Під впливом консервативної терапії тривалістю до 4-х місяців загоєння венозних трофічних виразок відбувається лише у 50% випадків. Після 2-х років лікування не загоюється 20%, а після 5-ти років 8% виразок.

Метою нашого дослідження було дослідити на моделі трофічної виразки, поєднаної з венозною гіпертензією, процеси що відбуваються на гістологічному та імуногістохімічному рівні до та після трансплантації стовбурових клітин кордової крові, як основу для подальших досліджень клітинної терапії.

Експериментальні дослідження проведені на білих щурах масою 200-240г. Всім тваринам змодельовано трофічну виразку. Тварини поділені на дві групи: дослідній вводилась клітинна суспензія, контрольній – фізіологічний розчин. Забір матеріалу проводили на 3, 5, 10, 14, 21, 25 добу. Проводилось гістологічне дослідження за методом Слімченка, а також імуногістохімічно визначалась експресія віментину та фактору Віллебранда в отриманих тканинах.

При дослідженні біоптатів отриманих на 3-5 добу в контрольній групі тварин клітини попередники мезенхімальних клітин не виявлені. Проте в дослідній групі вони з'являються вже на 5 добу, а на 10 добу їх вже у 2-3 рази більше, ніж у тварин контрольної групи. На 14 добу по контуру виразкового дефекту та в м'язах під виразкою кількість клітин попередників у дослідній групі тварин продовжує зростати, що підтверджується імуногістохімічним методом виявлення експресії віментину. Така картина в контрольній групі тварин спостерігалась лише на 20-25 добу.

Експресія віментину була найбільшою у тварин контрольної групи на 25 добу, що свідчить про активацію процесів, спрямованих на відновлення клітинної та тканинної цілісності, коли у біоптатах тварин дослідної групи даний показник з'являється раніше, вже на 14 добу.

При дослідженні м'язів кінцівки тварин дослідної групи на 14 добу імуногістохімічно спостерігається виражена експресія фактору Віллебранда в ендотеліальних клітинах, що вказує на активний ангиогенез. Відповідно в контрольній групі тварин ці явища спостерігались тільки на 21-25 добу.

Клінічні дослідження проводяться із залученням пацієнтів з трофічними виразками венозного генезу, які перенесли оперативні втручання щодо корекції венозного відтоку та у яких традиційна консервативна терапія є мало- або неефективною. В дослідній групі хворих, яким вводяться стовбурові клітини кордової крові, спостерігається активація регенеративного процесу з перших діб після трансплантації, виразкові дефекти загоюються чи значно зменшуються в об'ємі. Далі визначається математичний індекс швидкості загоєння виразкового дефекту за формулою Попової в модифікації Кравцова, який вірогідно зростає у пацієнтів дослідної групи порівняно з групою контролю ($p < 0.05$).

Таким чином, в експерименті гістологічно та імуногістохімічно доведено, що трансплантація клітин кордової крові тваринам дослідної групи активізує процеси регенерації та відновлення тканин. Трансплантація клітин кордової крові призводить до стимуляції власних механізмів загоєння виразкового дефекту у пацієнтів з трофічними виразками венозного генезу, що не загоювались при застосуванні традиційної терапії.

Dudko O.G., Pathak Bithika

USE OF MODERN FIXING DEVICES IN THE TRITMENT OF HAND INJURIES

Department of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery

Higher education institution in Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Injuries of hand are very common for adults especially for men that work with electric equipment at plants and factories. Fractures of hand can be open and closed, closed fractures occur in 8.4% of cases. Most of these fractures are phalangeal fractures which form 73.6% of the total hand fractures. Metacarpal fractures forms 19%, wrist fractures – 1.4%, their combinations – 6%. Intraarticular fractures make up 31.2%, combined and multiple fractures – 15% (according to USOLTSEVA E.V., 1986). These injuries can cause such complications as malunion, delate union, stiffness in 24-36% of cases, which decreases function and ability to work.

To compare different methods of osteosynthesis hand fractures and determinate indications for use of different devices that will improve the outcome of the treatment.

Nowadays certain implants for osteosynthesis hand fractures are used for surgical treatment: K-wires (diameter in mm 1.0, 1.25, 1.5, 1.6), mini plates and mini screws without angular stability, mini plates and mini screws with



angular stability, biodegradable pins. These devices are made of different materials like: stainless steel, titanium, titanium alloys, polymeric materials (biodegradable materials and non-biodegradable). We analyzed patients with hand fractures that were surgically treated in University Emergency City Hospital within 01.01.2015-01.11.2015.

Total 60 patients underwent surgical treatment, out of them open fractures were in 37 patients in which osteosynthesis with K-wires was done in 32 patients, with screws – 3 patients, with external fixators – 1 patient, with mini screws and K-wires – 1. The rest 23 patients had closed fractures. In which osteosynthesis with K-wires was done in 8 patients, with K-wires – 6 patients, mini plates and screws – 5 patients, with mini screws – 2 patients, with mini screws and K-wires – 1 patient and removal of mini plates and screws was done in 1 patient. Osteosynthesis of hand fractures with mini plates and screws allows to start active movements in hand in 14 ± 3.2 days after surgery. Use of miniscrews allows achieving precise reduction that is very important for intraarticular fractures. Interfragmentary compression with a lag screw results in primary healing of fractures. That is significantly improving outcome and decrease the period of patient disability.

Consequently, indications to use mini plates and mini screws are closed fractures of fingers phalanges and metacarpal bones and malunited fractures. For open phalangeal and metacarpal fractures with oblique and spiral fracture plane it is better to use lag mini screws combined with 1.0 K-wires. In cases of open hand fractures with intensive damage of soft tissues it is better to use external fixators.

Дудко О.Г., Стинавко П.І.

ЗАСТОСУВАННЯ БІОДЕГРАДУЮЧИХ ТА МЕТАЛЕВИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ГОМІЛКИ

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Значна кількість переломів проксимального відділу гомілки зі зміщенням (42,8–61,7%) потребує проведення оперативного лікування для відновлення конгруентності суглобової поверхні. Для досягнення оптимальних результатів важливим є правильний вибір фіксуючої конструкції для остеосинтезу переломів.

Проаналізувати результати оперативного лікування переломів проксимального відділу гомілки, визначити оптимальний метод фіксації в залежності від типу перелому, дизайну та матеріалу застосованої конструкції.

Проведено аналіз результатів лікування 21 хворого, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділі травматології для дорослих університетської клініки лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці в 2015 р. і були оперовані з приводу переломів проксимального відділу гомілки.

При остеосинтезі переломів виростків гомілки у 5 випадках застосовано металеві пластини і гвинти без кутової стабільності, у 12 пацієнтів – з кутовою стабільністю. У 5 випадках остеосинтез пластинами і гвинтами поєднувався з фіксацією стягуючим гвинтом. Остеосинтез полімерними біодеградуючими гвинтами «Біоретек» проведено у 1 хворого (використано два канюльовані імплантати), металевими канюльованими гвинтами у одного пацієнта, у двох пацієнтів застосовано неканюльовані стягуючі гвинти. Кісткова пластика застосовувалась у 4 хворих. Зовнішня іммобілізація після остеосинтезу класичними пластинами проводилась ортезами та гіпсовими лонгетними пов'язками впродовж 4 тижнів, після остеосинтезу металевими і полімерними гвинтами – 6 тижнів, після остеосинтезу імплантатами з кутовою стабільністю 2.5 – 3 тижнів. Осьове навантаження у всіх випадках дозволялося через 12 тижнів після оперативного втручання. У всіх випадках отримано добрі результати, ускладнень не було.

Таким чином остеосинтез пластиною і гвинтами слід проводити пацієнтам з переломами обох виростків гомілки (Т і У-подібними переломами) та у випадках ізольованого перелому виростків гомілки з значною площею суглобової поверхні фрагменту (понад 50%). При остеосинтезі переломів ізольованого медіального чи латерального виростка гомілки ми віддаємо перевагу закритому малоінвазивному остеосинтезу канюльованими гвинтами. Застосування біодеградуючих гвинтів дозволяє досягти надійної фіксації перелому, а методика операції і післяопераційний період аналогічні випадкам з застосуванням металевих гвинтів. В подальшому не потрібна повторна операція по видаленню конструкцій. Відсутність повторної операції при застосуванні полімерних фіксаторів зменшує психологічну травму пацієнта та загальні терміни непрацездатності в середньому на два тижні.

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ КРИВАВЛЯЧИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кафедра хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Підходи до лікування гострих кровотеч з виразок шлунка і ДПК впродовж останніх десятиріч зазнали значних змін. На сучасному етапі чільну роль у їх діагностиці й лікуванні відіграють ендоскопічні технології, з впровадженням яких результати лікування значно покращились. Проте радикального вирішення проблемних питань досягнути не вдалось. Частота рецидивів кровотеч після ендоскопічного гемостазу залишається досить значною, що потребує подальших досліджень цієї проблеми.