

ментів вводять провідник у вигляді стержня діаметром 4,5 мм. По провіднику вводять КМПФ-3, після чого роблять дистальне блокування одним або двома гвинтами і рану зашивають. У післяопераційному періоді додаткову гіпсову іммобілізацію не застосовують. Навантажувати кінцівку починають після загоєння рани.

УДК 616.716-089.844

СПОСІБ КРАНІОПЛАСТИКИ

*Ю.М.Вовк, Т.А.Фоміних, О.Ю.Вовк,
С.Ю.Труфанов*

Луганський державний медичний університет

Вперше використовується спосіб пластики склепіння черепа (патент № 66450А) завдяки моделюванню алотрансплантата з полімеру (АКР-7, АКР-15), який заливається у кістковий отвір. Формування штучного трансплантата здійснюється в операційній рані при звичайній температурі впродовж 10-20 хв. Для збирання тепла при полімеризації речовини і для захисту тканин головного мозку та його оболонок пропонується спеціальна тимчасова синтетична теплоізолююча прокладка, яку вміщують по всій площі кісткового дефекту до твердої мозкової оболонки. На зовнішню поверхню прокладки накладають поліетиленову плівку з метою ізоляції прокладки від полімеру. Після затвердіння виймають штучний трансплантат і видаляють теплоізолюючу прокладку. Трансплантат обробляють антисептичними розчинами (спиртом, фурациліном), після чого його поміщають у кістковий дефект черепа з обов'язковою шовною або клейовою фіксацією.

УДК 572.71

РОЗРОБКА НОВИХ ХІРУРГІЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ

*Ю.М.Вовк, Т.А.Фоміних, О.Ю.Вовк,
С.Ю.Труфанов, В.В.Спригін, О.А.Орехов*

Луганський державний медичний університет

Нами розроблений оригінальної конструкції затискач для судин головного мозку (патент № 43568А). Інструмент має рукоятку, бранші і відрізняється тим, що корпус має два шарнірних важелі, з'єднаних з браншами, розмикання яких здійснюється фіксатором-повзунком. Крім того, одна бранша коротка і пряма, а друга – подовжена, зігнута і має розплющений кінець, який підводиться під судину. Переваги інструмента: малотравматичний для дрібних судин головного мозку, не пошкоджує мозкову тканину, можна тримати на судинній стінці тривалий час завдяки його маленьким розмірам.

Розроблений та впроваджений спеціальний судинний затискач (патент № 49222А) для зупинки кровотечі з поверхневих мозкових артерій та вен крізь

малий трепанаційний отвір. Затискач складається з рукоятки, браншів та закріплених робочих губок, також має пальцевий важіль для змикання браншів, а на корпусі рукоятки інструмента є виїмка для утримання важеля. Відрізняється тим, що подовжена бранша має кінцевий вигин та списоподібну розплющену губку.

Вперше створений оригінальний гемостатичний інструмент для склепіння черепа (патент № 49167А). У циліндричному корпусі він має набір металевих порожнистих стержнів, заповнених різноманітними гемостатичними речовинами. На корпусі інструмента (у вигляді олівця або стержневого самопису) встановлені важелі, які з'єднані окремо з кожним поршнем, встановленим у стержні. При необхідності хірург натискає на важель, який приводить у дію поршень, а той витискає гемостатичну речовину. Залежно від виду роз'єднуваної тканини можна застосовувати ту чи іншу гемостатичну речовину. Інструмент не потребує ніяких додаткових засобів, простий у використанні в умовах малих трепанаційних отворів на склепінні черепа.

Багато років відома лігатурна голка Дешана, яка буває право- або лівобічною і завжди проводиться з боку вени. Нами поставлена мета об'єднати в одному інструменті можливість перев'язування кровоносної судини як з правого так і з лівого боку. Для цього модифіковано інструмент виготовленням рухомої головної частини за допомогою з'єднання гвинта та гайки-баранця. Завдяки останньому головна частина легко повертається в необхідне положення. Гайка-баранець затягує гвинт і далі здійснюють маніпуляцію за загальноприйнятою методикою.

УДК 616.366-098.86-031:611.342]-085

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДЕКОМПРЕСІЮ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

*П.М.Волянюк, О.О.Карлійчук, О.І.Іващук,
А.С.Паляниця, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Серед властивих усім білідигестивним анастомозам недоліків увагу привертає боротьба з ентеробіліарним рефлюксом. Одним із шляхів вирішення проблеми є створення клапанних анастомозів, при яких можливість ефективного дренажу забезпечувалася б використанням максимально короткої петлі з надійним запобіганням рефлюксу кишкового вмісту в його порожнину. Дослідження проводили на 15 безпородних собаках, яким для анастомозування з жовчним міхуром виключали 50% або 10% порожньої кишки. Холецистоєноностомію виконували способами Ру-Герцена, Бурцева-Свистоніока та у власній модифікації, при якій з порожньої кишки вилучали сегмент, один з кінців якого занурювали в анасто-

тичну камеру новоствореного міжкишкового сполучення "кінець у кінець" за методом Лук'яненко-Матяшина без "сліпих закутків". Вплив виключення різних за розмірами ділянок порожньої кишки на секреторну та кислотопродукуючу функцію шлунка вивчали за допомогою фістули маленького шлуночка впродовж 3-х місяців. Рефлюкс хімусу у виключену ділянку кишки визначали методом відкритого катетера Гальперіна. Антирефлюксні можливості анастомозу власної модифікації повністю зберігаються і через 3 міс, тоді як при операції Бурцева-Свистонюка у 2 випадках внаслідок розвитку склеротичних явищ та втрати еластичності абсорального кінця інвагінації спостерігалось рубцеве звуження ділянки клапана та зумовлена цим неефективність дренажування біліарної системи. При вивченні секреторної та кислотопродукуючої функції шлунка при виключенні різних за обсягом ділянок тонкої кишки доведено, що рівень шлункової секреції при виключенні з травлення половини порожньої кишки вже через 2 тиж збільшується на 34%, а через 3 міс залишається на доволі високому рівні. Разом з цим збільшується кислотність шлункового соку, і хоча з першого місяця після операції завдяки компенсаторним процесам вона зменшується, наприкінці терміну спостереження рівень рН залишається на 10% меншою за контрольні показники. Вираженість цих змін у функціональному стані шлунка при виключенні з травлення малих за розміром ділянок тонкої кишки незначна і практично не залежить від способу формування міжкишкового анастомозу.

УДК 616.231-089.844

ПЛАСТИКА ТРАХЕИ МОРФОИНДУКТИВНИМИ МАТЕРІАЛАМИ

В.Н.Георгица, И.Г.Поддубный, Г.Ф.Гузун, И.Г.Брус, В.В.Булат

*Університет медицини и фармації
ім. Н.Тестемицану, г. Кишинів (Молдова)*

Реконструктивні операції на трахеї продовжують займати одне з ведучих місць в ліченні цілого ряду захворювань і травм. Многочисленні дослідження спеціалістів направлені на изыскание оптимальних способів пластики трахеї з метою відновлення її органотипичної структури і функції. Особу актуальність в сучасній реконструктивній хірургії органів дихання прибуває використання біологічно повноцінного матеріала. Експерименти проведені на 30 кроликах "Шиншила" вагою 3-5 кг. Створювали окончаті дефекти шейного відділу трахеї, розмірами 1x2 см з резекцією 4 трахеальних кілець. Для закриття дефекта трахеї в якості трансплантата використовували перфорировану пластинку з виступаючими краями, моделювану з морфоіндуктивного матеріала

"osteomatrix-forte". Аналіз результатів показав, що даний матеріал, взаємодіючи з ложем реципієнта, сприяє відновленню анатомічної цілості органу. Органотипична перестройка в зоні пластики забезпечується завдяки синхронно протікаючим процесам резорбції-регенерации з наступним відновленням реваскуляризації, іннервації і функції органу.

УДК 616.33/342-002.44-06-07

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ НА ПРОРИВНУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ

М.М.Гресько

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

У лікуванні хворих на проривну виразку важливе значення має ступінь тяжкості загального стану хворих. З цією метою запропоновані оціночні критерії на основі бальних систем АРАСНЕ-I, -II, -III, Мантеймського перитонеального індексу та інші. Нами вивчена оцінка тяжкості загального стану хворого з перитонітом у 68 хворих на проривну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) (чоловіків – 57, жінок – 11), віком від 23 до 77 років. Проривна виразка шлунка була в у 9 пацієнтів, ДПК – 59. Хворим проводили загальноприйнятні методи обстеження та оперативне лікування: у 23 – висікання та зашивання проривної виразки, у 24 – висікання проривної виразки з використанням дренажних операцій, у 21 – висікання виразки з ваготомією. При сумі балів 8 – загальний стан хворого задовільний, 8-10 – середньої тяжкості, більше 10 – тяжкий. Померло 5 хворих віком від 35 до 77 років. Один пацієнт мав 12 балів, два – 14 балів, два – 17, 18 балів. Тяжкість загального стану хворих на перитоніт пропорційно залежить від терміну з моменту перфорації виразки. Проте при короткочасному терміні захворювання стан хворого може бути тяжким і навіть закінчитися летальністю, якщо в післяопераційному періоді виникають ускладнення чи виконуються повторні оперативні втручання. Тому оцінка стану хворого згідно з бальною системою має значення не тільки для вибору відповідної передопераційної підготовки та оперативного втручання, а й для проведення адекватного лікування в післяопераційному періоді.

УДК 618.019

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕСПРАВЖНИМИ СУГЛОБАМИ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

При оперативному лікуванні несправжніх суглобів (псевдоартрозів) великогомілкової кістки (ВГК) на