

ної хвороби внаслідок накладання численних швів; протиприродність використання інтестинальної пластики, що порушує принцип морфофункціональної цілісності органів і тканин. Нами в умовах експерименту на 12 собаках запропоновано новий морфофункціонально обгрунтований метод реконструкції миско-сечовідного сегмента аутове-нозним трансплантатом з великої підшкірної вени, який забезпечує біологічну сумісність живих тка-нин і сталість анатомічного та функціонального результатів реконструктивної операції.

УДК 616.37-002-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ХИ-РУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНО-ГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Т.В.Семенова, Л.Н.Яковлева, А.И.Григорьян, М.В.Юренко, М.С.Стрельникова

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Дискуссионным вопросом современной хирургии является выбор способов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП). Цель исследования: 1) оценка эффективности интраперитонеального введения 5-фторурацила, иммобилизованного на полиметилсилоксане при лечении острого панкреатита; 2) оценка результатов лапароскопических вмешательств при ОДП. Материалом для исследования послужили 25 собак, у которых создавали модель острого панкреатита. В 1-й группе 5 собак получали только поддерживающую инфузионную терапию. На релапаротомиях на 7 сутки у всех животных выявлены субтотальные или крупноочаговые некрозы поджелудочной железы (ПЖ). Во 2-й группе (10 собак) в течение 3 суток в/в вводили 5-фторурацил по 0,2 г/сут. На 7 сутки у 3 собак выявлены субтотальные некрозы, у 4 – крупноочаговые, у 3 – мелкоочаговые. В 3-й группе 10 собакам однократно интраперитонеально вводили 5-фторурацил, иммобилизованный на полиметилсилоксане, после чего у 2 животных развился крупноочаговый панкреонекроз, у 5 – мелкоочаговый, у 3 панкреатит купирован на фазе отечного. Повторные вмешательства у 15 собак выполнены лапаротомным доступом (летальность 40%), у 10 – лапароскопическим (летальность 10%). Таким образом, впервые использованная для интраперитонеального введения при ОДП пролонгированная форма 5-фторурацила оказалась высокоэффективной и малотоксичной. Лапароскопические вмешательства позволяют выполнять адекватную санацию брюшной полости и очагов деструкции в ПЖ с невысокой летальностью.

УДК 618.19-089.87

ЗАКРИТТЯ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ РА-ДИКАЛЬНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ МАСТЕКТОМІЇ

Р.В.Сенютович, І.О.Дацюк, С.Ю.Кравчук, Е.В.Олійник

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Поширені стадії місцевого раку грудної залози (ГЗ) Т₄, інфільтративно-набрякові форми, що охоплюють всю ГЗ, раки, що поширюються на шкіру грудної клітки, живота, потребують відсікання великих клаптів шкіри та м'язів грудної клітки разом з ГЗ. В результаті утворюються великі дефекти тканин, закриття яких утруднене. Після вирізування ГЗ з приводу великих пухлин, ми додатково мобілізуємо клапті шкіри – до середини ключиці, протилежного краю груднини, задньої пахової лінії, і нижче реберної дуги. Зашиваючи рану, попередньо надрізаємо клапті, зміщуючи їх так, щоб закрити рану. Зашита рана може набути фігурної форми. Другий спосіб вирізування широких клаптів, який ми застосовуємо, вирізняється тим, що вони звичайних розмірів. Знизу мобілізують шкіру на дуже малій площі, бо саме звідти вирізатиметься клапоть шкіри. Ми вирізуємо дуже широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною з нижньої частини рани аж до пупка або нижче. Другий клапоть вирізуємо з бічної стінки грудей. Рукую відшаровуємо найширший м'яз спини. У цій ділянці формуємо еліпсоподібний клапоть, нижній край якого майже вдвічі більший за верхній. Пластику дефекту протилежною ГЗ робимо так: проводимо два паралельні розрізи зверху і знизу протилежної ГЗ, тупо відшаровуючи її від великого грудного м'яза (ВГМ) до середньої ключичної лінії. Кровоносні судини треба ретельно перев'язувати. ГЗ зміщуємо в протилежному напрямку і фіксуємо за допомогою шкірних швів. В анатомічному експерименті ми розробили метод пластики дефекту завдяки роздвоєнню протилежної ГЗ. Знову ж таки робимо два розрізи зверху і знизу ГЗ, не відшаровуючи її від ВГМ. Із залози вирізають широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною. При малій товщині клітковини в клапоть частково захоплюють тканини ГЗ. У чверті хворих, яким ми виконали різні пластичні операції, спостерігали розходження країв рани, зумовлені тривалою лімфорезою. Починаючи з 10-14 дня, шви поетапно прорізуються, рановий дефект збільшується, але ніколи не досягає того розміру, який буває зразу ж після вирізування ГЗ. Надалі, впродовж багатьох місяців, може тривати епітелізація цих дефектів. Ми жодного разу не спостерігали нагноєння рани, анаеробних флегмон, незважаючи на наявність великих виразок з розпадом.