



експерименті вплив ВЧГ на морфологічні особливості грануляційної тканини лапаротомної рани.

Експеримент проведено на 102 лабораторних щурах, яким виконано серединну лапаротомію довжиною до 3,0 см та зведено краї м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки простими вузловими швами. Всіх дослідних тварин розподілили на дві групи – основну та порівняння. Основну групу склали 72 тварини, яким створювали ВЧГ шляхом уведення у черевну порожнину ємності (презервативу) з певною кількістю фурациліну. Залежно від рівня ВЧГ тварин основної групи розподілили на дві підгрупи. Рівень ВЧГ тварини першої підгрупи становив 20 смН₂О, а другої – 40 смН₂О. Групу порівняння склали 48 тварин, яким після виконання лапаротомії у черевну порожнину заведено пустий презерватив. Забір біологічного матеріалу проводили на 1-у, 3-ю та 5-у доби після створення ВЧГ, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки, під загальним в/м знеболенням з дотриманням правил асептики. Для цілей морфометрії за допомогою комп'ютерної мікроденситометрії (комп'ютерна програма ImageJ 1.48 v) проводили порівняння кількості клітин грануляційної тканини (%).

Отримані результати дослідження свідчать, що створена ВЧГ призводить до нерівномірного повнокров'я тканин м'язово-апоневротичного шару навколо грануляційної тканини, з характерною особливістю: венули містять велику кількість еритроцитів, інколи спостерігається складж, а артеріоли – «порожні». При фарбуванні водним блакитним-хромотропом відмічається набряк та місцями крововиливи, що пояснюється підвищеною проникністю судин. Дані патологічні зміни починають відмічатися на 3-ю добу дослідження, при зростанні рівня ВЧГ до 20 смН₂О.

При дослідженні самої грануляційної тканини зміни виникають починаючи з 3-ї доби спостереження, де за ВЧГ відмічається вірогідне переважання відсотку лімфоїдних клітин над фібробластами. Також, при зростанні рівня ВЧГ до 40 смН₂О відсоток нейтрофілів вірогідно перевищує відсоток фібробластів, що свідчить про підвищену проникність судин, набряк, тобто ознаки запалення.

Отже, післяопераційна внутрішньочеревна гіпертензія призводить до нерівномірного повнокров'я, як м'язово-апоневротичного шару так і грануляційної тканини, збільшення об'єму останньої, а також до переважання відсотку лімфоїдних клітин над фібробластами, що свідчить про затримку репаративних процесів у ділянці рубця. Особливістю венозного повнокров'я за створеної внутрішньочеревної гіпертензії є складж еритроцитів у венулах та «порожні» артеріоли. Ступінь вираження патогістологічних змін спричинених внутрішньочеревною гіпертензією залежить від рівня внутрішньочеревного тиску та тривалості його дії.

Унгурян В.П.

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

На сьогоднішній день, незважаючи на розвиток сучасної медицини, частота розвитку післяопераційної евентрації залишається на досить високому рівні та становить від 0,5 до 2,35%. Летальність при розвитку даного ускладнення сягає до 40-65%, особливо при виникненні на тлі гнійної післяопераційної рани. Одним із багатьох вагомих чинників, який має безпосередній вплив на виникнення післяопераційної евентрації є внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ). Якщо роль рівня ВЧГ у розвитку післяопераційної евентрації є досить зрозуміла та прогнозована, то тривалість ВЧГ та її ступінь залишається до кінця невизначеною. Вивчення тривалості ВЧГ у розвитку післяопераційної евентрації дасть змогу краще зрозуміти етіопатогенез виникнення даного ускладнення та знайти способи щодо ефективного його попередження. Тому метою дослідження було - вивчити роль тривалості внутрішньочеревної гіпертензії, залежно від її ступеня, у розвитку післяопераційної



евентрації.

Для реалізації поставленої мети нами було досліджено 59 прооперованих хворих на злоякісні новоутворення ободової кишки, у II та III стадіях захворювання. Правобічну геміколектомію виконано 18 (30,5%) пацієнтам, лівобічну геміколектомію – 15 (25,4%) особам, резекцію сигмоподібної кишки – 16 (27,2%) особам та резекцію поперечної кишки – 10 (16,9%) особам. Всім пацієнтам при виконанні оперативного втручання проведена лапаротомія, середньою довжиною $21,3 \pm 0,62$ см. Пацієнти поділені на дві групи. Основну групу склали особи, у яких протягом раннього післяопераційного періоду виникла евентрація. Групу порівняння утворили пацієнти, у яких впродовж раннього післяопераційного періоду евентрації не виникало.

Рівень ВЧГ вимірювали через сечовий міхур, з періодичністю 3 рази на добу. У сечовий міхур, після його повного спорожнення, через катетер Фолея вводили 25 мл фізіологічного розчину. До катетеру приєднували пристрій для трансвезикального вимірювання рівня ВЧГ.

Всі пацієнти отримували стандартне післяопераційне лікування згідно із протоколами надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота.

Отримані результати дослідження вказують на вірогідну різницю тривалості періодів без ВЧГ та із ВЧГ всіх ступенів між обома дослідними групами пацієнтів. Так у групі пацієнтів «без евентрації» переважає тривалість періоду без ВЧГ та із ВЧГ I ступеня, а у групі «із евентрацією» - із ВЧГ II, III та IV ступенів.

У групі пацієнтів «без евентрації» слід зазначити вірогідно меншу тривалість періодів ВЧГ II, III та IV ступенів проти періодів без ВЧГ та із ВЧГ I ступеня. Проте у групі пацієнтів «із евентрацією» відмічається вірогідна різниця тільки періоду із ВЧГ III та IV ступенів проти періодів без ВЧГ та із ВЧГ I-II ступенів.

Отже, для розвитку післяопераційної евентрації характерна більша тривалість періодів ВЧГ II, III та IV ступенів та менша – без ВЧГ та ВЧГ I ступеня. Також, зазначено роль тривалості періоду ВЧГ II ступеня, оскільки відсутня вірогідна різниця проти періодів без ВЧГ та із ВЧГ I ступеня.

У розвитку післяопераційної евентрації провідна роль належить порівняно тривалим періодам внутрішньочеревної гіпертензії II, III-IV ступенів.

Шульгіна В.В.

ПЕРЕВАГИ ЦИФРОВОЇ МАМОГРАФІЇ ПРИ СКРИНІНГІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

Мета дослідження - визначити роль цифрової мамографії в діагностиці раку грудної залози (ГР), її переваги та недоліки. Довести доречність проведення цифрової мамографії при масовому скринінзі (МСК) раку грудної залози (РГЗ) та її переваги над плівковою мамографією.

Мамографічне дослідження сприяє виявленню приховано перебігаючого раку грудної залози. Існує два види мамографії (МГ): скринінгова (СМ) і діагностична (ДМ). За допомогою ЦМ можливо: виявити початкові прояви хвороби використовуючи порівняльний аналіз знімків в динаміці; оцінити ступінь поширення процесу; визначити характер росту пухлини - моноцентричний або мультицентричний; визначити стан іншої грудної залози, що важливо для вибору лікувальної тактики.

Економічна ефективність ЦМ при скринінзі визначається в зниженні смертності та зменшенні загальних витрат на лікування. З економічної точки зору лікування хворих на РГЗ в III-й стадії буде в 15-30 разів дорожче ніж у I-й стадії. На діагностику йде 5% матеріальних затрат, на лікування 95%. Ефективність лікування раку, виявленого в доклінічній стадії більша, матеріальні витрати на лікування набагато менше, тому що можна обмежитися тільки хірургічним втручанням. У разі введення ЦМ, можливий позитивний результат при