

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 аборального кінця інвагінату 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 займать одно из вєдущих мест в лечении целого ряда заболеваний и травм. Многочисленные исследования специалистов направлены на изыскание оптимальных способов пластики трахеи с целью восстановления ее органотипической структуры и функции. Особую актуальность в современной реконструктивной хирургии органов дыхания приобретает использование биологически полноценного материала. Эксперименты проведены на 30 кроликах "Шиншилла" весом 3-5 кг. Создавали окончатые дефекты шейного отдела трахеи, размерами 1x2 см с резекцией 4 трахеальных колец. Для закрытия дефекта трахеи в качестве трансплантата использовали перфорированную пластинку с выступающими краями, моделированную из морфоиндуктивного материала

"osteomatrix-forte". Анализ результатов показал, что данный материал, взаимодействуя с ложем реципиента, способствует восстановлению анатомической целостности органа. Органотипическая перестройка в зоне пластики обеспечивается благодаря синхронно протекающим процессам резорбции-регенерации с последующим восстановлением реваскуляризации, иннервации и функции органа.

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 загальноприйняті 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

сучасному етапі застосовують операції з використанням позавогнищового компресійно-дистракційного методу остеосинтезу апаратами на зразок Ілізарова з обов'язковою попередньою остеотомією малогомілкової кістки (МГК), яка до цього часу зростається. Застосовують і стержневі апарати, а також комбінацію компресійно-дистракційних і стержневих апаратів. Але в деяких випадках, коли є дефект кісткової тканини, проводять кісткову пластику. Автотрансплантат беруть з крила клубової або з ВГК. Проте остеотомія МГК з наступним зближенням фрагментів ВГК може викликати деформацію, стиснути м'які тканини і малогомілковий нерв. Забір трансплантата наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків пропонується поперечна подвійна остеотомія МГК на рівні дефекту ВГК з використанням вирізаної частини МГК як автотрансплантата, що вводиться інтрамедулярно. Запропонований спосіб пластики несправжніх суглобів ВГК сприяє стабільній адаптації відламків, поліпшує регенерацію кісткової тканини і виключає додаткове травмування при формуванні кісткового трансплантата. За даною методикою прооперовано двоє хворих. Післяопераційних ускладнень не було.

УДК 618.019

ОСТЕОСИНТЕЗ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА МОДИФІКОВАНИМ ЦВЯХОМ БОГДАНОВА

А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Методом вибору оперативного лікування при переломах ліктьового відростка (ЛВ) є металоостеосинтез цвяхом Богданова. Недоліки методу: стандартний цвях Богданова треба скорочувати в зв'язку з тим, що у нього на всій довжині один діаметр і це призводить до розклинення відламків та їх зміщення. Крім того, цвях може мігрувати, зменшуючи стабільність зіставлення відламків, і викликати явища бурситу ліктьового суглоба. Для усунення цих недоліків запропоновано модифікований цвях Богданова для остеосинтезу при переломах ЛВ зі зміщенням відламків. Для прискорення остеосинтезу, доброї адаптації відламків, стабільної фіксації перелому і виключення міграції діаметр цвяха Богданова на відстані 2-3 см від початку конусоподібно зменшують на половину і більше з урахуванням ступеня звуження кістково-мозкового каналу ліктьової кістки на межі середньої і нижньої третини. На 0,5 см від отвору цвяха, за який його видаляють після зрощення, формують звуження (шийку) завдовжки 0,5 см. Деякі зміни в конструкції цвяха Богданова (формування шийки, поступове конусоподібне зменшення діаметра) покращує стабільність фіксації відламків, виключає міграцію цвяха, значно скоро-

чує час операції, її травматичність і поліпшує якість лікування хворих. За даною методикою прооперовано 12 хворих. У післяопераційному періоді вони отримували анальгетики, антибіотики, іммобілізацію кінцівки гіпсовою шиною впродовж 1-2 тиж з раннім проведенням фізіофункціональної та реабілітаційної терапії. Ускладнень не було, зрощення і поновлення функції суглоба наставало в оптимальні терміни.

УДК 618.019

СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОДВІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Для поліпшення якості лікування подвійних переломів стегнової кістки, коли лінія перелому дистального відламка проходить через губчасту кісткову тканину (метаепіфіз), пропонується оперативний спосіб лікування, який поліпшує міцність фіксації кісткових відламків і не потребує накладання гіпсової пов'язки після операції. Спосіб передбачає комбінований остеосинтез (інтрамедулярний та екстремедулярний) з застосуванням компресійного металополімерного фіксатора (КМПФ) І.М.Рубленіка та кутоподібного фіксатора, який виготовляється з цвяха Бакічарова. Блокуючі гвинти проводять через поліамідні вікна КМПФ та отвори в бранші кутоподібного фіксатора. Вони не тільки надійно фіксують кутоподібний фіксатор, але й сприяють з'єднанню двох конструкцій в єдину систему, яка забезпечує стабільне зіставлення і компресію відламків. Кут конструкції становить 80-90°. Запропонований спосіб оперативного лікування подвійних переломів стегнової кістки поліпшує якість і стабільність остеосинтезу, виключає зовнішню фіксацію, що дозволяє в ранні терміни розробляти рухи в суглобах і навантажувати кінцівку. Даний спосіб використаний при лікуванні п'яти хворих. Післяопераційних ускладнень не було. Функції кінцівки поновилися в 2-3 рази швидше.

УДК 618.019

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСКОЛКОВИХ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

При осколкових внутрішньосуглобових переломах фаланг пальців у деяких випадках при неефективності консервативної терапії (ручна репозиція з накладанням гіпсової пов'язки, витягання методами