

УДК 617-089.053.2

МІКРОХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЧЕРЕВНІЙ ЧАСТИНІ СЕЧОВОДА

М.М.Кернесюк

*Уральська державна медична академія,
м. Єкатеринбург (Росія)*

У 33 собак досліджені результати шва сечовода та уретеротомії залежно від відділів органа. Зроблено 66 операцій поздовжньо-поперечного шва в поперековому (20), клубовому (14) відділах, верхньому проміжному (8) та середньому (12) звуженнях сечовода, а також 12 уретеротомій (по 6 передніх і бокових в середньому звуженні). Шов виконано в двох варіантах: передньозадній та боковий. У післяопераційному періоді обстежували функціональний та морфологічний стан нирок і сечовивідних шляхів (рентгенографія, цистоскопія, електроуретероміографія), вивчали патогістологічні препарати, пофарбовані гематоксилін-еозинном, методом ван Гізона та на еластичні волокна. Встановлено, що в ранні терміни шов сечовода в поперековому та клубовому відділах призводить до зниження функції нирки в 20% випадків, а такий же шов у середньому відділі – в 5%. У віддаленому періоді добра та задовільна функція нирок була у 87,5% випадків шва в згаданих відділах і в усіх обстежених піддослідних тварин при формуванні шва в межах середнього та верхнього проміжного звужень. При цьому досить суттєво відрізнявся функціональний та морфологічний стан сечоводів після тотожної техніки шва в різних відділах органа. Більш високі результати забезпечує боковий шов як у межах звужень, так і в відділах сечоводів. Обидва способи уретеротомії в межах середнього звуження забезпечують добру функцію нирки. Морфофункціональні зміни оперованих сечоводів (атонія, розширення, дезорієнтація м'язових волокон, запалення, набухання та руйнування міоцитів, колагенових і, особливо, еластичних волокон) більше були виражені при травмі міофасцикулів при операції в поперековому чи клубовому відділах. Отже, суттєвим для обґрунтування мікрохірургічної техніки реконструктивно-відновних операцій на сечоводі є врахування особливостей його гістотопографії.

УДК 616.832:612.821.8]-07

СПОСІБ ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ СЕНСОРНОЇ БЛОКАДИ СПИННОГО МОЗКУ

Ф.Г.Кулачек, О.В.Ротар, В.І.Ротар

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Нині широко використовується блокада спинного мозку (епідуральна та спинно-мозкова анестезія) з метою регіонарної анестезії при оперативних втру-

чаннях, гострому і хронічному болю, а також з метою стимуляції моторної активності і кровопостачання кишечника. Визначення меж блокади у клінічних умовах проводиться виключно якісно завдяки подразненню шкіри голкою у відповідних дерматоммах, що створює у хворого відчуття неадекватності знеболювання. Крім того, подібну оцінку неможливо використати у дітей, а також у дорослих у неприємному стані. З метою об'єктивізації визначення глибини та поширення ділянки сенсорної блокади нами запропонований спосіб, який передбачає вимірювання електричного опору шкіри у блокованих дерматоммах (деклар. пат. України № 36034А). Спосіб ґрунтується на тісному зв'язку між електричним опором шкіри і активністю потових залоз, яка регулюється симпатичними волокнами. Блокада прегангліонарних симпатичних волокон викликає зменшення інтенсивності потовиділення і підвищення електричного опору, що реєструється за допомогою омметра. Запропонований спосіб дозволяє об'єктивно, без участі хворого, оцінити початок розвитку сенсорної блокади, межі її розповсюдження і початок відновлення чутливості у всіх пацієнтів незалежно від віку і стану свідомості. Крім того, його можна використовувати в експерименті на тваринах.

УДК 617.55-089

ОДНОРЯДНИЙ ШОВ У ХІРУРГІЇ ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ

*Ф.Г.Кулачек, Р.І.Сидорчук, О.В.Ротар,
І.О.Малішевський, Я.В.Кулачек, Дарахмед
Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

В експерименті на 52 безпородних собаках та у 23 хворих вивчені можливості використання однорядного шва для відновлення безперервності кишки після її резекції. У тварин оперативні втручання проводили під внутрішньолегеновим знеболюванням. У 16 собак на тонкій кишці накладали анастомози "кінець у кінець", у 17 собак – "бік у бік". У 5 собак на товстій кишці накладали анастомози "кінець у кінець", 3 – "бік у бік". Решті собакам (11) виконана пілоропластика за методом Мошеля. Цілісність кишки відновлювали однорядним інвертованим вузловим швом поліпропіленовою ниткою без попереднього прошивання судин підслизової основи. На лінію швів додатково наносили клей "К-4" та колагенову плівку. Полімеризація настає через 2 хв після нанесення компонентів клею, що сприяє герметизації швів. Операцію завершували промиванням черевної порожнини розчином сорбогелю. Собак виводили з досліду через 1, 3 доби, 2 тижні, 1 місяць і 1 рік. При роз-

тині тварин звертала на себе увагу відсутність виражених запальних явищ навколо рани кишечника в ранні терміни та відсутність спайкового процесу в черевній порожнині в більш пізні терміни. Клінічні дані підтверджують висновки експериментальних досліджень.

УДК 616.62-007.251-007

ДО ПИТАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДІАГНОСТИКИ ВНУТРІШНЬООЧЕРЕВИННОГО РОЗРИВУ СЕЧОВОГО МІХУРА

А.О.Кудла, О.С.Федорук, І.С.Білик

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Навіть найскладніші сучасні методи не завжди достеменно діагностують внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура. Нами запропоновано спосіб діагностики внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура за допомогою лапароскопії. В сечовий міхур через уретру вводять катетер, зовнішній кінець якого занурюють у розчин антисептика. Після цього накладають пневмоперитонеум. Кисень, у міру його накопичення в очеревинній порожнині, по катетеру виділяється назовні, що свідчить про наявність дефекту в стінці сечового міхура. Застосування даного способу показано у хворих із закритою травмою живота, в яких, за клінічними даними, є підозра на внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура, відсутні умови для екстреного урологічного обстеження (нічний час, відсутність уролога), або результати проби Зельдовича та ретроградної цистографії сумнівні. Проведені нами клінічні дослідження (7 хворих) показали, що запропонований спосіб діагностики внутрішньоочеревинного розриву сечового міхура простий у виконанні та дозволяє швидко встановити вірний діагноз.

УДК 617.55-007.43-053.2:616-089.84

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ГІСТОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ШВА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЧЕРЕЗТКАНИННОГО ПРИСТРОЮ ВЛАСНОЇ КОНСТРУКЦІЇ

Ж.І.Логвінова

Харківський державний медичний університет

Нами запропоновано черезтканинний пристрій (А.с. № 1131501), який забезпечує стабільну репозицію країв рани. Пристрій апробовано на кроликах і цуценятах. Проведено досліди у 2-х групах тварин: у 1-й рану зашивали через усі шари на зовнішніх амортизаторах (силіконові півтрубки); у 2-й – із застосуванням черезтканинного пристрою. На 7, 14 і 21 добу проводили забір рубця для гістологічного дослідження. У дослідній групі на 7-у

добу визначається значна кількість новоутворених тонкостінних судин, фібробластів і тонких сполучнотканинних волокон, що перетинаються, між якими визначаються лімфоїдні елементи, еозинофільні лейкоцити, незначна кількість нейтрофільних лейкоцитів, сидерофаги, ксантомні клітини. У тварин контрольної групи між краями рани утворюється грануляційна тканина з осередками крововиливу, великими ділянками гнійного запалення з абсцедуванням, наявністю колоній мікробів. На 14-у добу у тварин дослідної групи діастаз у межах післяопераційного розрізу вивонений сполучнотканинними волокнами, які переплітаються у пучки, мають визначений напрямок; потовщуються стінки судин. У тварин контрольної групи між краями рани розвивається пухка сполучна тканина, багата судинами капілярного типу та фібробластами. Поряд з цим виявляються осередки інфільтрації нейтрофільними лейкоцитами з домішками еозинофілів. На 21-у добу в дослідній групі в ділянці рани виявляється щільна волокниста сполучна тканина, бідна клітинними елементами, місцями гіалізована. У м'язовому шарі на межі зі сформованим рубцем спостерігаються регенаторні зміни поперечнопосмугованих волокон. У контрольній групі, окрім розвитку щільної сполучної волокнистої тканини, спостерігаються дрібні осередки лімфоїдно-лейкоцитарної інфільтрації. Отже, більш швидке і якісне формування післяопераційного рубця при застосуванні розробленого нами черезтканинного шовного мостика підтверджує перевагу останнього перед відомими засобами.

УДК 611.018.4

РЕПАРАТИВНИЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО БИОМАТЕРИАЛА

*В.Е.Наку, Б.М.Топор, В.К.Бецишор, Ф.И.Горнеа,
Г.М.Кроитору, М.И.Дарчук, Н.А.Главан,
О.В.Мочалов*

*Университет медицины и фармации
им. П.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

Работа основана на изучении способности “osteomatrix-forte” (в виде пасты и/или пластинок) стимулировать остеогенез в трубчатых и губчатых костях при остеогенно дефицитных состояниях и возможности применения данных материалов в ортопедии и травматологии для лечения больных. Экспериментальное исследование остеогенных свойств пластического материала, проведенное на 53 крысах и 18 кроликах, доказало, что данный остеоиндуктивный биоматериал совместим с организмом реципиента, не вызывает резко выраженных местных и общих реакций и обеспечивает активный и равномерный остеогенез в зоне дефекта. Предлагаемый нами био-