

«Эспераль». После имплантации динамическое наблюдение с целью контроля за состоянием пациенток осуществлялось в течение 2х лет с периодичностью 2 раза в месяц. У большинства (8 пациенток) длительность ремиссий составила более 1 года.

По-видимому, для лиц с изначально невысокой стрессоустойчивостью и низкой внушаемостью более эффективными являются методы психотерапии, основанные на возникновении витального страха как активирующие инстинкт самосохранения. В то же время, ПСП эффективна, в основном, у женщин с изначально низкой стрессоустойчивостью (с тенденцией к её повышению в ходе ремиссии) и высокой внушаемостью, где нерационально применять методы, основанные на активации инстинкта самосохранения.

Представляет интерес учет характера психической травматизации у женщин с алкогольной зависимостью на этапе формирования ремиссии. Семейно-бытовые психотравмы, связанные с взаимоотношением с близкими (конфликты с мужем, болезни или смерти близких людей), оказалась наиболее значимым фактором риска возникновения рецидива. Психотравмы, связанные с конфликтными ситуациями на работе или с потерей имущества, не играли существенной роли в длительности ремиссий, особенно у больных II группы.

Таким образом, применение дифференцированных терапевтических вмешательств в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии, сочетавшейся с различными суггестивными техниками,

учитывающих личностные особенности женщин с проявлениями алкогольной зависимости, позволило повысить качество и длительность терапевтических ремиссий.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – М., 2000. – С. 116-133
- 2.Гофман А.Г., Александрова И.В., Гражинский А.В. Терапевтические ремиссии и рецидивы алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т.7, №1. – С. 39-44
- 3.Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. – М., 2000. – 430 с.
- 4.Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 544 с.
- 5.Мельник Э.В. Активационная теория наркологических заболеваний – Вісник психічного здоров'я. – 2001. – №1-2. – С.23-27
- 6.Пахмурный В.А. Культуральные, социально-психологические, клинические и нейрофизиологические аспекты аддиктивного поведения у женщин: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1991, – 25 с
- 7.Пахмурный В.А., Мельник Э.В. Особенности аддиктивного поведения у женщин в зависимости от вида употребляемого спиртного напитка // Вісник психічного здоров'я. – 2001. – №3 – С.42-47
- 8.Фёдорова Н.Н., Галемин Е.В., Алексеева О.В. Особенности терапевтических ремиссий при алкоголизме у женщин – Вісник психічного здоров'я. – 2002. – №1-2. – С. 19-22.
- 9.Шайдукова Л.К. Психологические истоки формирования алкоголизма у женщин // Рос. психиатр. журн. – 1998. – №3. – С.27-30
- 10.Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма // Соц. и клин. психиатрия. – 1994. – №1. – С.90-95

УДК 616.36-001-089-019

Ю.Т. Ахтемійчук, О.М. Слободян, О.П. Деркач, І.Л. Горбатий

МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УКРИТТЯ РАН ПЕЧІНКИ ПАРІЄТАЛЬНОЮ ОЧЕРЕВИНОЮ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

Реферат. В експерименті макро- і мікроскопічно досліджено доцільність укрітття рани печінки клаптем парієтальної очеревини.

Ключові слова: резекція, очеревинний клапоть, печінка.

Незважаючи на вагомі досягнення в хірургічній гепатології, резекція печінки є складним і небезпечним оперативним втручанням [3, 4, 6]. Неуспіх хірургічного лікування захворювань печінки, зумовлений інтраопераційними кровотечами, розладами кровопостачання та жовчовідтоку збереженої паренхіми внаслідок помилкової перев'язки великих судин і жовчних проток через недостатню візуалізацію під час операції, відсутністю ефективних способів укрітття рани печінки, розвитком гнійних ускладнень, жовчних перитонітів, гострої печінкової недостатності тощо [1, 2, 5, 7].

Пошук ефективних методів укрітття ран печінки не припиняється і сьогодні, оскільки існуючі різноманітні способи та методи гемостазу не задовільняють повною мірою лікарів-хірургів.

Мета дослідження - встановити морфологічні зміни і характер загоєння ранової поверхні печінки після резекції з укрітттям парієтальною очеревиною в експерименті.

Матеріал і методи

Об'єктами в експериментальних дослідженнях були 12 безпородних собак масою від 10 до 20 кг. Під час експериментів дотримувались міжнарод-

них принципів Хельсинської декларації про гуманне ставлення до тварин.

Для ввідного наркозу використовували розчин кетаміну (каліпсолу). Підтримували наркоз внутрішньовенним введенням розчину тіопенталу натрію. Проводили верхньосерединну лапаротомію або правий ключкоподібний доступ. Виконували крайову або клиноподібну резекцію однієї з часток печінки. Ранову поверхню печінки покривали клаптем парієтальної очеревини, пришиваючи його П- або 8-подібними швами. Очеревинний клапоть викроювали з передньобоквої стінки живота. Проводили контроль гемостазу. Пошарово ушивали передню черевну стінку. Тварин виводили з наркозу.

Через 7 і 30 діб під наркозом у тварин вивчали макроструктуру печінки в місці резекції, оцінювали вираженість зрощень. Після цього вирізували частину паренхіми печінки з парієтальною очеревиною в місці попередньої резекції. Для мікроскопічного дослідження її фіксували у 9-10%-ному розчині формаліну протягом 48-72 год. Тканинні шматочки зневоднювали в спиртах висхідної концентрації і заливали в парафінові блоки. Мікропрепарати завтовшки 5-10 мкм виготовляли на мікротомі МС-2, забарвлювали гематоксиліном і еозинном, пікрофуксином за Ван Гізоном і резорцин-фуксином за Вейгертом.

Результати та обговорення

В післяопераційному періоді загибелі тварин від ускладнень не було. На 7 добу після операції макроскопічно в місці резекції спостерігали повне зведення країв рани, нашарування фібрину, незначний набряк, повне прилягання листка очеревини до паренхіми, відсутність спайок.

При мікроскопічному дослідженні зазначається виражене проникнення фібробластів і новостворених судин у товщу паренхіми як з боку очеревини, так і з паренхіми печінки. На межі паренхіми та очеревини в товщі сполучної тканини виявляються поодинокі проліферуючі жовчні протоки, між якими велика кількість макрофагів, що містять гемосидерин і жирові включення. В окремих жовчних капілярах, які прилягають до очеревинного клаптя, спостерігається стаз жовчі.

На 30 добу в місці резекції спайковий процес майже відсутній. Очеревинний клапоть має щільно-еластичну консистенцію, щільно прилягає до паренхіми, макроскопічних змін паренхіми не виявлено. В жодному випадку не спостерігалось жовчовитікання.

При мікроскопічному дослідженні в окремих групах гепатоцитів виявлено гідропічну та зернисту дистрофію, яка охоплює біля 15% гепатоцитів і має нерівномірний характер, в основному біля каналу шовного матеріалу. Зміни найбільш виражені на межі паренхіми та очеревинного клаптя. Також мають місце слабко виражені ознаки хронічного запального процесу: помірна лімфоцитарна інфільтрація строми. У товщі клаптя збільшена кількість судин. Давні крововиливи мають вигляд нагромадження гемосидерину. У структурі печінки виявляється активація процесів судиноутворення.

Імовірніше, що судини проростають з очеревинного клаптя у печінку, або самостійно утворюються з грануляцій, зростаючись з судинами печінки або очеревини. Біля краю печінки, навколо жовчної протоки, виявляється рубцевий склероз дрібновогнищцевого характеру, гіперплазія клітин Купфера. На межі очеревинного клаптя та паренхіми печінки відбуваються активні проліферативні процеси гепатоцитів. В цьому місці паренхіма печінки добре зростається з очеревинною тканиною.

Таким чином, результати експериментального дослідження свідчать, що укріплення рани печінки парієтальним листком очеревини сприяє активному загоюванню рани, надійному гемостазу і запобігає спайкоутворенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумова О.Ю., Куценко Н.Г., Федорова Л.М. и др. Стимуляция процессов регенерации и коррекция функциональной активности печени при ее частичной резекции и токсических поражениях // Вестник Российской АМН. – 1996. – № 5. – С. 36-42.
2. Абдуганиев А.А., Рустамов И.Р., Ахмедов А.З. Особенности гемостаза при операциях на печени // Клиническая хирургия. – 1990. – № 9. – С. 51-53.
3. Вишневецкий В.А. Пути улучшения результатов обширных резекций печени // Вестник Российской АМН. – 1994. – № 6. – С. 23-26.
4. Готье С.В., Цирульникова О.М., Филлин А.В. и др. Радиальные резекции при обширных очаговых поражениях печени // Вестник Российской АМН. – 1997. – № 9. – С. 8-13.
5. Девятов А.С., Понкратов П.А., Суханов А.Н., Рыбачук В.И. Изменение динамики заживления ран печени при применении нового гемостатического пр-та "Капрофер" // Клиническая хирургия. – 1994. – № 6. – С. 60-61.
6. Жулай В.В. Резекции печени // Журнал практического врача. – 1997. – № 3. – С. 11-13.
7. Савицкая И.М. Влияние микроокружения тканей печени на динамику рассасывания гемостатических рассасывающихся материалов и клеевых композиций // Клиническая хирургия. – 1999. – № 6. – С. 35-37.