

УДК 611.21-053.31+611.21.013

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИВЧЕННЯ БІЧНИХ СТІНОК НОСА ЛЮДИНИ В РАНЬОМУ ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ

К.І.Яковець

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Морфологічне дослідження 120 препаратів носової ділянки людини доповнює і по-новому розкриває існуючі уявлення про становлення і зміну топографо-анатомічних взаємовідношень бічних стінок носа впродовж раннього періоду онтогенезу. Одержані дані можуть бути використані в навчальному процесі на кафедрах морфологічного профілю, ЛОР-

хвороб, а також при написанні монографій, навчальних посібників і підручників. Результати наукового дослідження можуть стати основою для подальшого вивчення розвитку і топографії структур бічних стінок носа в екологічно несприятливих регіонах. Виявлені окремі критичні періоди органогенезу структур бічних стінок носа необхідно враховувати під час профілактично-роз'яснювальної роботи з жінками 1-3-го місяців вагітності. На основі результатів комплексного дослідження морфології приносних пазух (верхньощелепних, комірок решітчастого лабіринту та клиноподібної) рекомендуємо їх обстеження при невизначеності патологічного процесу в ділянці носа в новонароджених задля вибору оптимального методу лікування.

СУЧАСНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

УДК 616.381-085.2.469-075-019

ДЕТОКСИКАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ СОРБОГЕЛЮ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНІТУ

І.І.Білик

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

З метою кращої детоксикації у комплексному лікуванні перитоніту використовують сорбційні методи. Для вивчення детоксикаційних властивостей сорбогелю проведено 12 серій стендових досліджень на перитонеальному ексудаті (ПЕ) від 12 безпородних собак, яким моделювали перитоніт за методикою С.С.Ременніка. Контейнери з сорбентом занурювали у пробірки з ПЕ та інкубували впродовж 72 год. Контролем була пробірка з ПЕ без сорбента. Через 12, 24, 48 та 72 год досліджували токсичність ПЕ за допомогою парамеційного тесту та визначення питомої електропровідності. Дослідження показали, що сорбогель володіє вираженими детоксикаційними властивостями. За даними парамеційного тесту, токсичність ПЕ становила $5,34 \pm 0,60$ хв. Через 12 год токсичність вірогідно збільшилась в ПЕ без сорбенту до $4,90 \pm 0,83$ хв та знизилася на 72,2% ($9,27 \pm 0,78$ хв) у ПЕ з сорбогелем. Через 24 год тривалість життя парамецій зменшилась у контрольній пробірці до $4,41 \pm 0,80$ хв

та збільшилась у дослідній до $9,71 \pm 0,95$ хв. Через 48 та 72 год інкубації токсичність у контрольній пробірці становила відповідно $4,2 \pm 1,07$ хв і $4,15 \pm 1,29$ хв, у дослідній – $10,25 \pm 0,8$ хв, $11,61 \pm 1,28$ хв. За даними питомої електропровідності, вихідний рівень становив $0,70 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$. Динаміка зміни токсичності суттєво не відрізнялася від динаміки змін парамеційного тесту. Через 12, 24, 48, 72 год токсичність ПЕ без сорбенту становила $0,64 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $0,62 \pm 0,1 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $0,59 \pm 0,05 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $0,56 \pm 0,06 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$ відповідно і знижувалася у пробірці з сорбогелем ($1,02 \pm 0,04 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $1,2 \pm 0,04 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $1,22 \pm 0,09 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$, $1,25 \pm 0,08 \times 10^{-2} \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$).

УДК 616.361-002-89.168.1-08

ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІТУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

І.С.Білик, А.О.Кудла

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Упродовж 25 років у клініці прооперовано 2684 хворих на гострий та хронічний холецистит. Холангіт верифікований у 387 хворих. В комплексній терапії хворих на гострий холангіт (318) операцію закінчували дренажуванням спільної жовчної протоки методом Холстеда-Піковського, з них у 144 хворих розбужо-

Приклад бібліографічного опису тез:

Білик І.І. Детоксикаційні властивості сорбогелю за умов експериментального перитоніту / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. п.т. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С. 75.

вана пупкова вена для введення медикаментів. Частині хворих (64) проведена холодоходуоденостомія. В комплекс лікування включали патогенетичну антибіотикотерапію з використанням різноманітних шляхів введення антибіотиків: парентеральний, трансубілікальний з дозованою гіперпресією. Частині хворих призначали внутрішньоорганний електрофорез. Проводили детоксикацію, корекцію порушень обмінних процесів та кислотно-лужного дисбалансу. На 3-4 день після операції спостерігалось значне поліпшення загального стану, зниження рівня шлаків.

УДК 616.441-053.2-001

ЗАКРИТА ТРАВМА СЕЛЕЗІНКИ В ДІТЕЙ

*Б.М.Боднар, В.В.Горячев, С.В.Шестобуз,
В.Л.Брожик, Д.А.Трефаненко, О.Б.Боднар,
М.Г.Унгурян*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Закрита травма живота у дітей в 33-55% випадків супроводжується пошкодженням селезінки. Спленектомія була основним методом лікування її розривів. Доступність таких діагностичних засобів, як лапароскопія, УЗД, комп'ютерна томографія на фоні стійкої гемодинаміки призвела до того, що у більшості дорослих та дітей, що поступають з тупою травмою селезінки, сприятливі наслідки досягаються консервативним лікуванням. Проведено аналіз лікування 33 дітей із закритими пошкодженнями селезінки за 20 років. Визначено діагностичну цінність клінічних симптомів і порівняльну характеристику сучасного лікування травми селезінки у дітей. Діагностика закритої травми селезінки у 57,6% дітей утруднена, а частота несправжніх двомоментних розривів селезінки у дітей становить 87,9%. Моніторинг гемодинаміки та УЗД дозволяє зменшити кількість показань до оперативного лікування закритих травм селезінки у дітей.

УДК 618.31:616.381-072.1

ЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

*О.М.Вавринчук, О.М.Юзько, Т.А.Юзько,
О.Я.Петрашук*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Основний лікувально-діагностичний метод при трубній вагітності – лапароскопія. Маніпуляцію проводять тільки під загальною анестезією в медичних закладах, де є умови для негайної лапаротомії. Лапароскопічна операція показана при локалізації плодового яйця в перешийку або ампулі маткової труби та її діаметрі до 5 см. Якщо стан хворої задовільний, лапароскопічний доступ можна використати й

при розриві маткової труби. При локалізації плодового яйця в рудиментарному розі матки лапароскопічну операцію не застосовують через високий ризик кровотечі. Як правило, дефект маткової труби після сальпінготомії не зашивають. Сальпінгоектомію виконують при значному ураженні маткової труби, значній кровотечі з місця сальпінготомії і якщо пацієнтка не планує більше вагітніти. Дана методика діагностично-лікувального алгоритму з успіхом використана нами у 100 пацієнток з позаматковою вагітністю.

УДК 618.019

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ МАЛОІНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

В.Л.Васюк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

На кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської медакадемії під керівництвом професора І.М.Рубленика розроблені нові технології малоінвазивного остеосинтезу при переломах кісток кінцівок, застосованих у понад 700 хворих.

Закритий остеосинтез при епіметафізарних переломах. Для операції використовують спонгіозні, малеоларні та кортикальні гвинти, які на торці мають канал діаметром 2 мм та глибиною 5 мм. Після репозиції фрагментів на тракційному ортопедичному столі під контролем електронно-оптичного перетворювача (ЕОП) проводять черезшкірну тимчасову фіксацію відламків у вправленому положенні двома спицями Кіршнера. Канюльований гвинт одягають на спицю і за допомогою викрутки вводять гвинт до створення міжвідламкової компресії.

Закритий інтрамедулярний остеосинтез при переломах плечової кістки (ПК). Через прокол шкіри розмірами 0,3x1 см за допомогою тригранного шила трепанують кортикальний шар ПК над великим горбиком. Під ЕОП-контролем вводять інтрамедулярний фіксатор уздовж осі ПК до лінії перелому, після чого здійснюють закрити ручну репозицію перелому. За допомогою спеціальної насадки і молотка просувають інтрамедулярний фіксатор за лінію перелому в кістково-мозковий канал дистального фрагмента. Імобілізацію здійснюють за допомогою задньої гіпсової шини до здорової лопатки на 10-12 днів, до зняття швів, після чого хворому рекомендують хусткову іммобілізацію до 4-6 тиж, проводять фізіофункціональне лікування.

Закритий та напіввідкритий остеосинтез при переломах стегнової кістки. Після репозиції відламків на ортопедичному столі під рентгентелевізійним контролем через розріз м'яких тканин у ділянці великого вертлуга трепанують кістку. У кістково-мозковий канал центрального та периферійного фраг-