

вана пупкова вена для введення медикаментів. Частині хворих (64) проведена холодоходуоденостомія. В комплекс лікування включали патогенетичну антибіотикотерапію з використанням різноманітних шляхів введення антибіотиків: парентеральний, трансумбілікальний 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-

ментів вводять провідник у вигляді стержня діаметром 4,5 мм. По провіднику вводять КМПФ-3, після чого роблять дистальне блокування одним або двома гвинтами і рану зашивають. У післяопераційному періоді додаткову гіпсову іммобілізацію не застосовують. Навантажувати кінцівку починають після загоєння рани.

УДК 616.716-089.844

### СПОСІБ КРАНІОПЛАСТИКИ

*Ю.М.Вовк, Т.А.Фоміних, О.Ю.Вовк,  
С.Ю.Труфанов*

*Луганський державний медичний університет*

Вперше використовується спосіб пластики склепіння черепа (патент № 66450А) завдяки моделюванню алотрансплантата з полімеру (АКР-7, АКР-15), який заливається у кістковий отвір. Формування штучного трансплантата здійснюється в операційній рані при звичайній температурі впродовж 10-20 хв. Для збирання тепла при полімеризації речовини і для захисту тканин головного мозку та його оболонок пропонується спеціальна тимчасова синтетична теплоізолююча прокладка, яку вміщують по всій площі кісткового дефекту до твердої мозкової оболонки. На зовнішню поверхню прокладки накладають поліетиленову плівку з метою ізоляції прокладки від полімеру. Після затвердіння виймають штучний трансплантат і видаляють теплоізолюючу прокладку. Трансплантат обробляють антисептичними розчинами (спиртом, фурациліном), після чого його поміщають у кістковий дефект черепа з обов'язковою шовною або клейовою фіксацією.

УДК 572.71

### РОЗРОБКА НОВИХ ХІРУРГІЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ

*Ю.М.Вовк, Т.А.Фоміних, О.Ю.Вовк,  
С.Ю.Труфанов, В.В.Спригін, О.А.Орехов*

*Луганський державний медичний університет*

Нами розроблений оригінальної конструкції затискач для судин головного мозку (патент № 43568А). Інструмент має рукоятку, бранші і відрізняється тим, що корпус має два шарнірних важелі, з'єднаних з браншами, розмикання яких здійснюється фіксатором-повзунком. Крім того, одна бранша коротка і пряма, а друга – подовжена, зігнута і має розплющений кінець, який підводиться під судину. Переваги інструмента: малотравматичний для дрібних судин головного мозку, не пошкоджує мозкову тканину, можна тримати на судинній стінці тривалий час завдяки його маленьким розмірам.

Розроблений та впроваджений спеціальний судинний затискач (патент № 49222А) для зупинки кровотечі з поверхневих мозкових артерій та вен крізь

малий трепанаційний отвір. Затискач складається з рукоятки, браншів та закріплених робочих губок, також має пальцевий важіль для змикання браншів, а на корпусі рукоятки інструмента є виїмка для утримання важеля. Відрізняється тим, що подовжена бранша має кінцевий вигин та списоподібну розплющену губку.

Вперше створений оригінальний гемостатичний інструмент для склепіння черепа (патент № 49167А). У циліндричному корпусі він має набір металевих порожнистих стержнів, заповнених різноманітними гемостатичними речовинами. На корпусі інструмента (у вигляді олівця або стержневого самопису) встановлені важелі, які з'єднані окремо з кожним поршнем, встановленим у стержні. При необхідності хірург натискає на важель, який приводить у дію поршень, а той витискає гемостатичну речовину. Залежно від виду роз'єднуваної тканини можна застосовувати ту чи іншу гемостатичну речовину. Інструмент не потребує ніяких додаткових засобів, простий у використанні в умовах малих трепанаційних отворів на склепінні черепа.

Багато років відома лігатурна голка Дешана, яка буває право- або лівобічною і завжди проводиться з боку вени. Нами поставлена мета об'єднати в одному інструменті можливість перев'язування кровоносної судини як з правого так і з лівого боку. Для цього модифіковано інструмент виготовленням рухомої головної частини за допомогою з'єднання гвинта та гайки-баранця. Завдяки останньому головна частина легко повертається в необхідне положення. Гайка-баранець затягує гвинт і далі здійснюють маніпуляцію за загальноприйнятою методикою.

УДК 616.366-098.86-031:611.342]-085

### СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДЕКОМПРЕСІЮ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

*П.М.Волянюк, О.О.Карлійчук, О.І.Іващук,  
А.С.Паляниця, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Серед властивих усім білідигестивним анастомозам недоліків увагу привертає боротьба з ентеробілярним рефлексом. Одним із шляхів вирішення проблеми є створення клапанних анастомозів, при яких можливість ефективного дренивання забезпечувалася б використанням максимально короткої петлі з надійним запобіганням рефлексу кишкового вмісту в його порожнину. Дослідження проводили на 15 безпородних собаках, яким для анастомозування з жовчним міхуром виключали 50% або 10% порожньої кишки. Холецистоєноностомію виконували способами Ру-Герцена, Бурцева-Свистоніока та у власній модифікації, при якій з порожньої кишки вилучали сегмент, один з кінців якого занурювали в анасто-