

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 інвагінації 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 займати одне з ведучих місць в ліченні цілого ряду захворювань і травм. Многочисленні дослідження спеціалістів направлені на изыскание оптимальних способів пластики трахеї з метою відновлення її органотипическої структури і функції. Особу актуальність в сучасній реконструктивній хірургії органів дихання прибуває використання біологічеськи цінного матеріала. Експерименти проведені на 30 кроликах "Шиншила" вєсом 3-5 кг. Створювали окончатые дефекты шейного отдела трахеї, розмірами 1x2 см с резекцією 4 трахеальних колець. Для закриття дефекта трахеї в качестве трансплантата використовували перфорированную пластинку с выступающими краями, моделированную из морфоиндуктивного матеріала

"osteomatrix-forte". Аналіз результатів показав, що даний матеріал, взаємодіючи з ложем реципієнта, спосібствует відновленню анатомічеської цілостности органа. Органотипическая перестройка в зоне пластики забезпечується благодаря синхронно протекающим процесам резорбції-регенерации с последующим відновленням реваскуляризації, іннервації і функції 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 загальноприйнятні 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