

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 врахувати 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 зменшилася 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 холедоходуоденостомія. 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 СЕЛЕЗИНКИ У 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 двоментних 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.Петранюк**

*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 першийку 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. Сальпінгектомію 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, малеолярні 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 вертлюга трепанують кістку. У кістково-мозковий канал центрального та периферійного фрагментів вво-

дять 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 обо-в'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.Воляннюк, О.О.Карлійчук, О.І.Івашук,  
А.С.Паляниця, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

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

лучення “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 і фармації  
ім. Н.Тестеміцану, г. Кишинів (Молдова)*

Реконструктивні операції на трахеї продовжують займати одно з ведучих місць в ліченні целого ряду захворювань і травм. Многочисленні дослідження спеціалістів направлені на вивчення оптимальних способів пластики трахеї з метою відновлення її органотипичної структури і функції. Особу актуальність в сучасній реконструктивній хірургії органів дихання набуває використання біологічно повноцінного матеріалу. Експерименти проведені на 30 кроликах “Шиншилла” вагою 3-5 кг. Створювалися оконтчаті дефекти шийного відділу трахеї, розмірами 1x2 см з резекцією 4 трахеальних кілець. Для закриття дефекта трахеї в якості трансплантата використовували перфорировану пластинку з виступаючими краями, моделювану з морфоіндуктивного матеріалу “osteomat-

rix-forte”. Аналіз результатів показав, що даний матеріал, взаємодіючи з ложем реципієнта, сприяє відновленню анатомічної цілості органа. Органотипична перестройка в зоні пластики забезпечується завдяки синхронно протікаючим процесам резорбції-регенерации з наступним відновленням реvascularизации, іннервации 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, Мангеймського 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

сучасному етапі застосовують операції з використанням позавогнищевого компресійно-дистракційного методу остеосинтезу апаратами на зразок Ілізарова з обов'язковою попередньою остеотомією малогомілкової кістки (МГК), яка до цього часу зростається. Застосовують і стержневі апарати, а також комбінацію компресійно-дистракційних і стержневих апаратів. Але в деяких випадках, коли є дефект кісткової тканини, проводять кісткову пластику. Автотрансплантат беруть з крила клубової або з ВГК. Проте остеотомія МГК з наступним зближенням фрагментів ВГК може викликати деформацію, стиснути м'які тканини і малогомілковий нерв. Забір трансплантата наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків пропонується поперечна подвійна остеотомія МГК на рівні дефекту ВГК з використанням вирізаної частини МГК як автотрансплантат, що вводиться інтрамедулярно. Запропонований спосіб пластики несправжніх суглобів ВГК сприяє стабільній адаптації відламків, поліпшує регенерацію кісткової тканини і виключає додаткове травмування при формуванні кісткового трансплантата. За даною методикою прооперовано двоє хворих. Післяопераційних ускладнень не було.

УДК 618.019

### **ОСТЕОСИНТЕЗ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА МОДИФІКОВАНИМ ЦВЯХОМ БОГДАНОВА**

*А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Методом вибору оперативного лікування при переломах ліктьового відростка (ЛВ) є металоостеосинтез цвяхом Богданова. Недоліки методу: стандартний цвях Богданова треба скорочувати в зв'язку з тим, що у нього на всій довжині один діаметр і це призводить до розклинення відламків та їх зміщення. Крім того, цвях може мігрувати, зменшуючи стабільність зіставлення відламків, і викликати явища бурситу ліктьового суглоба. Для усунення цих недоліків запропоновано модифікований цвях Богданова для остеосинтезу при переломах ЛВ зі зміщенням відламків. Для прискорення остеосинтезу, доброї адаптації відламків, стабільної фіксації перелому і виключення міграції діаметр цвяха Богданова на відстані 2-3 см від початку конусоподібно зменшують на половину і більше з урахуванням ступеня звуження кістково-мозкового каналу ліктьової кістки на межі середньої і нижньої третини. На 0,5 см від отвору цвяха, за який його видаляють після зрощення, формують звуження (шийку) завдовжки 0,5 см. Деякі зміни в конструкції цвяха Богданова (формування шийки, поступове конусоподібне зменшення діаметра) покращує стабільність фіксації відламків, виключає міграцію цвяха, значно скоро-

чує час операції, її травматичність і поліпшує якість лікування хворих. За даною методикою прооперовано 12 хворих. У післяопераційному періоді вони отримували анальгетики, антибіотики, іммобілізацію кінцівки гіпсовою шиною впродовж 1-2 тиж з раннім проведенням фізіофункціональної та реабілітаційної терапії. Ускладнень не було, зрощення і поновлення функції суглоба наставало в оптимальні терміни.

УДК 618.019

### **СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОДВІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

*А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Для поліпшення якості лікування подвійних переломів стегнової кістки, коли лінія перелому дистального відламка проходить через губчасту кісткову тканину (метаепіфіз), пропонується оперативний спосіб лікування, який поліпшує міцність фіксації кісткових відламків і не потребує накладання гіпсової пов'язки після операції. Спосіб передбачає комбінований остеосинтез (інтрамедулярний та екстрамедулярний) з застосуванням компресійного металополімерного фіксатора (КМПФ) І.М.Рубленіка та кутоподібного фіксатора, який виготовляється з цвяха Бакичарова. Блокуючі гвинти проводять через поліамідні вікна КМПФ та отвори в бранші кутоподібного фіксатора. Вони не тільки надійно фіксують кутоподібний фіксатор, але й сприяють з'єднанню двох конструкцій в єдину систему, яка забезпечує стабільне зіставлення і компресію відламків. Кут конструкції становить 80-90°. Запропонований спосіб оперативного лікування подвійних переломів стегнової кістки поліпшує якість і стабільність остеосинтезу, виключає зовнішню фіксацію, що дозволяє в ранні терміни розробляти рухи в суглобах і навантажувати кінцівку. Даний спосіб використаний при лікуванні п'яти хворих. Післяопераційних ускладнень не було. Функції кінцівки поновилися в 2-3 рази швидше.

УДК 618.019

### **ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСКОЛКОВИХ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ**

*А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При осколкових внутрішньосуглобових переломах фаланг пальців у деяких випадках при неефективності консервативної терапії (ручна репозиція з накладанням гіпсової пов'язки, витягання методами

Клаппа або Черкес-Заде) і закритих оперативних методів (корекція з трансартикулярною фіксацією спицями Кіршнера) застосовують відкриту репозицію та остеосинтез спицями. При цьому частіше використовують дві спиці Кіршнера, які проводять навхрест з попередньою адаптацією відламків і фрагментів. Але не завжди вдається досягти повної конгруентності суглобових поверхонь. Крім того, відламки нерідко зміщуються під час проведення спиць та в післяопераційному періоді. Для усунення цих недоліків пропонується спочатку провести зіставлення і стабільну фіксацію відламків, які беруть участь в утворенні суглобових відділів фаланг, за допомогою поперечно проведеної спиці, а потім зіставлення відламків і їх фіксацію проведенням двох спиць навхрест. Запропонований спосіб сприяє більш точному і стабільному зіставленню та утриманню фрагментів. Це дозволяє скоротити час фіксації основних кісткових відламків і позитивно впливає на якість і терміни лікування, дозволяє в більш ранній період після операції проводити фізіофункціональне лікування і реабілітаційні заходи. Даним способом прооперовано 8 хворих. Післяопераційний період без ускладнень, у всіх хворих отримані задовільні функціональні результати.

УДК 618.019

### ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БАГАТООСКОЛКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ НАДКОЛІНКА

*А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Лікування закритих і відкритих багатоосколкових переломів надколінка (БОПН) проводиться оперативним методом. При цьому видаляють основу або верхівку, а в деяких випадках надколінок видаляють повністю, що призводить до розвитку деформуючого артрозу колінного суглоба. Причинами останнього є постійне мікротравмування суглоба. Пропонуємо спосіб оперативного лікування БОПН, який полягає в тому, що надколінок формується з двох найбільших відламків. Поновлюється розгинальний і боковий зв'язковий апарат, зберігається захисна функція надколінка. Отже, спосіб остеосинтезу при БОПН дозволяє зберегти найбільшу сесамоподібну кістку, яка захищає колінний суглоб від мікротравм. Даним методом лікували трьох хворих, в одному випадку перелом надколінка був відкритим. Післяопераційних ускладнень не було. Хворі отримували анальгетики, антибіотики, гіпсову іммобілізацію впродовж 4-6 тиж (гіпсова шина – 2 тиж, тугор – 4 тиж). Після накладання гіпсового тугора хворі ходили з навантаженням оперованої кінцівки в положенні розгинання її в колінному суглобі. Функція колінного суглоба у всіх хворих поновилася в оптимальні терміни.

УДК 616.342-002.44-005.1

### ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

*О.І.Іващук, О.О.Карлійчук, А.С.Паляниця, П.М.Воляннюк*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

У роботі представлено результати дослідження та лікування 132 хворих віком понад 60 років із хронічною дуоденальною виразкою. У 97 пацієнтів (основна група) перебіг захворювання ускладнився кровотечею. У контрольній групі співвідношення між чоловіками і жінками – 1,5, в основній – 1,94. У контрольній групі “старечих” виразок було 15 (42,9%), а “застарілих” – 20 (57,1%); в основній – 59 (60,8%) та 38 (39,2%) відповідно. Легкий ступінь кровотечі був у 26 хворих (26,8%), середній – 47 (48,5%), тяжкий – 24 (24,7%). Виразковий анамнез при кровоточивих “старечих” виразках становив  $2,57 \pm 0,67$ , при “застарілих” –  $19,21 \pm 1,51$  років. Час від проявів кровотечі і до госпіталізації –  $36,18 \pm 4,02$  год. Наявність патології при кровотечі була  $1,62 \pm 0,13$  у.о. (1 у.о. – одна система органів). За локалізацією виразки у контрольній групі переважав передній контур дванадцятипалої кишки (ДПК). При кровотечі підвищується відсоток локалізацій по задньому контуру та верхній стінці. Слід зазначити зростання подвійних виразок при кровотечі у 3,5 раза. Розмір виразки при виникненні кровотечі зменшувався, в той же час при “застарілій” виразці і тяжкому ступені розмір значно збільшувався (1,6 раза). Ендоскопічна картина за Forrest'ом: FIa – 3,6%; FIb – 3,6%; FIIa – 1,2%; FIIb – 35,7%; FIIc – 23,8%; FIII – 32,1%. Переважання “старечого” типу виразки при виникненні кровотечі має слугувати додатковим фактором у виборі лікування, оскільки роль кислотного фактора, Нр-інфекції значно меншав у їх етіопатогенезі, ніж при “застарілій”. Застосування загальноприйнятих методик комплексного лікування може бути неефективним і потребує подальшої розробки. Досить тривалий час від перших проявів кровотечі і до госпіталізації є тривожним фактором, оскільки відсутність адекватного комплексного лікування обтяжує перебіг захворювання виникненням порочного кола за участі поєднаної патології. При виборі адекватного оперативного втручання варто враховувати ріст відсотка виразкових локалізацій по задньому контуру ДПК, а також збільшення розміру виразок при “застарілій” локалізації. Це робить малоефективними багато загальноприйнятих методик – як органозберігальних, так і резекційних. Орієнтація на стигмати кровотечі за ендоскопічною картиною у даної групи хворих не коректна. Слід враховувати і тип виразки, тяжкість кровотечі та наявність і ха-

рактер поєднаної патології. Підвищення відсотка рецидиву кровотечі зворотно пропорційне часу від першої кровотечі до появи рецидиву. Чим триваліший передопераційний період, тим менш обмежений вибір хірурга під час операції і нижчий відсоток летальності.

УДК 616.366-002-06:616.381-002-019

#### **АДЕКВАТНА КЛІНІЧНОМУ ПРОТОТИПУ ЕКС- ПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ЖОВЧНОГО ПЕ- РИТОНІТУ**

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

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Мета роботи – вивчення перебігу жовчного перитоніту (ЖП) при гострій патології жовчовивідних шляхів (ЖВШ) та створення адекватної клінічному прототипу моделі. Експериментальні дослідження розділені на етапи: 1. Експерименти *in situ mortis* (на 18 трупах людей, причина смерті яких не пов’язана з патологією органів травлення та черевної порожнини) – визначали місткість ЖВШ та шляхи розповсюдження жовчі в черевній порожнині. 2. Експериментальне моделювання патологічного процесу (на 36 безпородних собаках), що також включало підготовку “собак-донорів” для забору жовчі за власними методиками (Пат. України № 17934А та № 17863А). Вивчення об’єму жовчного міхура, мікрофлори жовчі проводили у хворих на гостру патологію ЖВШ за допомогою його пункції під час оперативного втручання. Наступний етап досліджень: а) спостерігали розвиток патологічного процесу при створенні відомих моделей ЖП у 8 безпородних собак з поступовим та гострим розвитком; б) моделювали патологічний процес за власною методикою на 16 безпородних собаках (Пат. України № 17316А). Через розріз довжиною 2 см в лівій половині передньої черевної стінки вводили поліхлорвініловий катетер в лівий боковий канал і вливали 2-2,5 мл/кг жовчі “собаки-донора” з культурою *E.coli* ( $10^9$  КУО в 1 мл жовчі). За перебігом перитонеального процесу спостерігали через 6, 12, 18 та 36 год за допомогою лапаротомії під загальним знеболюванням. Розповсюдження та інтенсивність процесу оцінювали за зовнішніми ознаками та за допомогою бакзасівання з різних відділів та органів черевної порожнини. Аналіз матеріалу показав, що розвиток патології у групи тварин з відомими моделями відрізняється від розвитку процесу у людини, якому більш адекватна власна модель ЖП. Останнє пов’язано з розташуванням товстої кишки у собак і відсутністю прямого контакту жовчі з останньою при типовому моделюванні, що вик-

лює цілу низку патоморфологічних змін, властивих для розвитку даної патології у людини.

УДК 616.381-002+616.345]:616.36-008.8

#### **МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖОВЧІ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ ТА ПОРОЖНИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ЖОВЧ- НОМУ ПЕРИТОНІТІ**

*О.О.Карлійчук, Ф.Г.Кулачек, Р.І.Сидорчук,  
Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У хворих на жовчний перитоніт (ЖП) вивчили видовий та кількісний склад мікрофлори жовчі – 160, перитонеального ексудату – 53, порожнини та оболонки товстої кишки – 55. Встановлено, що в розвитку ЖП суттєву роль відіграють порушення мікробного пейзажу кишечника та його колонізаційної резистентності. У більшості хворих (88,19%) на гострий деструктивний холецистит (ГДХ) жовч інфікована. Виділено 171 штамп мікроорганізмів, що належать до 14 таксономічних груп. Аеробна флора виявлена у всіх хворих, анаеробна – у 8 випадках (5,0%). Патогенні гриби та найпростіші висівалися в 11 хворих (6,88%). Асоціації мікроорганізмів висівалися у 44 (27,50%) хворих, серед них два мікроорганізми висівалися у 19,89% випадків, три і більше – у 7,61% випадків. В асоціаціях переважали аеробні мікроорганізми. Мікробіологічне дослідження випоту порожнини очеревини при місцевих формах ЖП виділило 72 штами мікроорганізмів, що належать до 7 таксономічних груп. У середньому в одного хворого визначали 1,64 штама мікроорганізмів. Із перитонеального ексудату при поширених формах ЖП виділено 30 штамів різних мікроорганізмів, що відносяться до 9 таксономічних груп. У переважній більшості випадків виявлені асоціації мікроорганізмів (77,78% випадків). Анаеробні мікроорганізми висівалися у 88,89% хворих. Мікробний фактор є провідною ланкою патогенезу гострого ЖП. Основними збудниками перитоніту є умовно патогенні мікроорганізми *E.coli*, *Bacteroides spp.*, *Staphylococcus spp.*, *E.Faecalis*, що, як правило, контактують порожнину та слизову оболонку товстої кишки. Основним джерелом мікрофлори, яка підтримує розвиток ЖП, є порожнина товстої кишки, транслокація мікрофлори з якої стає можливою внаслідок порушення колонізаційної резистентності слизової оболонки та її міліарної герметичності. Розвиток та перебіг всіх форм ЖП супроводжується суттєвими порушеннями мікробіоценозу порожнини та слизової товстої кишки, що призводить до виникнення дисбактеріозу: I-го ступеня – у 25,46% хворих, II – 43,64%, III – 30,91%.

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-еозином, 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 мікροхірургічної 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 втручаннях, 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 дерматомах, що створює у хворого відчуття неадекватності знеболювання. Крім того, подібну оцінку неможливо використати у дітей, а також у дорослих у непритомному стані. З метою об'єктивізації визначення глибини та поширення ділянки сенсорної блокади нами запропонований спосіб, який передбачає вимірювання електричного опору шкіри у блокованих дерматомах (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, Дарахмех  
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 пропонувані 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 виповнений 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 поперечнозмуглованих 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.Горнея,  
Г.М.Кроитор, М.И.Дарчук, Н.А.Главан,  
О.В.Мочалов*

*Університет медицини і фармації  
ім. Н.Тестеміцану, г. Кишинів (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-

матеріал был использован в клинике для активизации остеогенеза у 4 больных с псевдоартрозом ладьевидной кости запястья, 2 – с ложным суставом большеберцовой кости, 2 – с нестабильностью ацетабулярного компонента и дефектом костной ткани вокруг протеза после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, а также у 12 больных – с постостеомиелитическими дефектами. Высокие пластические и биостимулирующие свойства предложенного биоматериала, а также разработанная техника его применения позволяют использовать его как в клинических, так и в амбулаторных условиях при остеогенно дефицитных состояниях (ложные суставы, дефекты трубчатых и губчатых костей). Его можно ввести в зону повреждения инъекционным путем под визуальным или рентгенологическим контролем. В случае комбинированного применения “osteomartix-forte” в виде пасты и пластин, его вводят по ходу операционного вмешательства. Применение биоматериалов в виде пасты или в комбинации с костными пластинами является эффективным способом стимулирования костной регенерации при псевдоартрозах и при дефектах костной ткани. Осложнений при применении биопрепарата в клинике не отмечено.

УДК 616.37-002.1-085.246.2

### ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

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

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Мета дослідження – узагальнити діагностичні та лікувально-тактичні аспекти ведення хворих на гострий панкреатит (ГП). Хворі були розділені на 2 групи – основну та контрольну. Для діагностики ГП та диференціальної діагностики гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у всіх хворих застосовували ультразвукове дослідження підшлункової залози (ПЗ) на 1-у добу з моменту поступлення хворого в стаціонар. У випадках неможливості уточнення діагнозу та при прогресуванні захворювання, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, з метою діагностики форми ГП застосовували лапароскопію, що дозволяло виявити наявність ексудату з підвищеною активністю ферментів, пляшок жирового некрозу, інфільтрації великого сальника, парезу поперечної ободової кишки, супутнього гострого холециститу. Незалежно від ступеня тяжкості перебігу ГП призначали загальноприйняте консервативне інтенсивне лікування. У комплексі лікування використовували сорбент “Ентеросгель” з опроміненням ПЗ та крові. У хворих основної групи вже на 2 добу знижувалася амілаза крові, діаста-

за сечі, трипсин крові, ліпаза та лужна фосфатаза, АСТ та АЛТ; швидше нормалізувалася температура тіла, зникали симптоми подразнення очеревини, відновлювалася моторно-евакуаційна функція кишечника. При цьому зменшувався біль, інтоксикація, що підтверджувалося характерними змінами в крові. У тих випадках, коли консервативна терапія неефективна і наростають явища інтоксикації, показано оперативне лікування. Обсяг оперативного лікування залежить від характеру пошкодження ПЗ та суміжних тканин і органів.

УДК 616.381-002-053.2-083.98

### ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТУ В ДІТЕЙ

*І.І.Пастернак*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Частота перитоніту, за даними різних авторів, сягає 25,6%, а летальність – до 33,1%. Одним з головних чинників у розвитку запалення очеревини є стан імунологічної резистентності організму. У зв'язку з цим виникає необхідність у комплексній оцінці систем імунного захисту, що дозволяє раціональніше проводити комплексну терапію, оцінювати перебіг та прогнозувати наслідки захворювання. Нами проведено комплексне лікування гострого запалення очеревини у дітей апендикулярного генезу. Застосування еферентних методів лікування (гіпербаричної оксигенації, плазмаферезу) сприяє зменшенню токсичного впливу, усуває імунодепресію, покращує гемодинамічні показники. Одним з важливих етапів лікування хворих на перитоніт є ефективна санація очеревинної порожнини. Проведена ультразвукова кавітація промивної антибактеріальної рідини, що сприяє очищенню поверхні очеревини від нашарувань, введенню лікарських речовин у тканини організму, прискоренню загоювання рани. Встановлено, що в дітей з перитонітом мають місце клініко-імунологічні зміни, ступінь вираженості яких залежить від поширеності гнійного процесу. Інтраопераційна ультразвукова кавітація черевної порожнини, еферентні методи, медикаментозні імуностимулятори покращують перебіг гострого перитоніту, знижують летальність і частоту ускладнень.

УДК 616-001.17-0.85

### ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ РАНАМИ ПІСЛЯ ОПІКІВ

*Б.В.Петрюк, Р.І.Сидорчук, Т.А.Петрюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У лікуванні потерпілих із поширеними опіками після етапних автодермо-, автоало- або автоксенопластик,

коли основна поверхня гранулюючих ран усунена, виникає проблема так званих залишкових ран (ЗР). Враховуючи те, що приживлення епідермодермальних клаптів з кожною наступною пластикою погіршується, усунення ЗР є доволі проблематичним. З огляду на це, у 14-ти обпалених із ЗР загальною площею 2-5% поверхні тіла після шкірної пластики нами застосована гальванізація постійним струмом густиною 0,025-0,03 мА/см<sup>2</sup> за допомогою апарата “Поток-1”, по 60-90 хв 1-2 рази на добу впродовж 7-10 діб. Під впливом гальванізації видовий склад мікрофлори ЗР істотно не змінювався. До проведення гальванізації число мікробних тіл *S. aureus* коливалося у межах 4,6-5,8 Іг КУО/г тканини, *E. coli* – від 4,0 до 6,1 Іг КУО/г тканини, *P. aeruginosa* – від 3,9 до 6,2 Іг КУО/г тканини. Через 3 сеанси гальванізації ми не виявили значного зниження контамінації ЗР. Через 7 сеансів число мікробних тіл *S. aureus* у ранах зменшилося в 14 разів, *E. coli* – в 3,5 рази, *P. aeruginosa* – в 4,1 рази. До початку гальванізації в мазках-відбитках із ЗР спостерігався запально-регенераторний тип цитограми. Нейтрофільні гранулоцити становили 75-80% усіх клітинних елементів, з них біля 35% мали ознаки дегенерації. Число макрофагів не перевищувало 4-5%, фібробластів – 3-4%. Фагоцитоз незавершений, нерідко виявляються позаклітинно розміщені мікроорганізми, які часом утворювали скупчення. Через 3 сеанси гальванізації починається крайова епітелізація, завдяки чому ЗР зменшуються в розмірах, грануляції очищаються від залишків некрозу та нашарувань фібрину. Через 7 сеансів гальванізації дрібні ЗР загоюються, великі стають готовими до пластики. Така підготовка ран до операції забезпечує повне приживлення трансплантатів. У потерпілих без гальванізації усунення ЗР затягується на кілька тижнів, що збільшує ймовірність виникнення септичних ускладнень та опікового виснаження.

УДК 616.36-002

### ТОРАКОСКОПІЧНА НЕЙРОФРЕНІКОТОМІЯ

*І.Ю.Полянський*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Необхідність у денервації діафрагми виникає при різних патологічних процесах у плевральній порожнині. Найбільш часто цей метод використовують для усунення залишкової порожнини при плевральному емфемі, ателектазу легень при деструктивних формах туберкульозу, при судомних скороченнях діафрагми тощо. Методи денервації діафрагми, в основному, базуються на різних видах блокади шийного відділу діафрагмальних нервів. Більш ефективним є пересікання нервів у плевральній порожнині, але торакотомія, окрім високої травматичності, може

привести до ускладнень. Базуючись на виявлених закономірностях топографії діафрагмального нерва, нами розроблено малоінвазивний спосіб нейрофренікотомії з використанням відеоторакоскопічного оснащення. Під ендотрахеальним наркозом у положенні хворого на спині у VII-VIII міжреберному проміжку по середній пахвовій лінії у плевральну порожнину вводять перший троакар, через який вводять відеокамеру. Інсуфляцією вуглекислого газу колабують легеню. Другий троакар вводять через IV міжреберний проміжок по передній пахвовій лінії. За допомогою дисектора виділяють *lig. pericardiophrenica* посередині між перикардом та діафрагмою. Надлишок жирової клітковини відділяють від зв'язки коагуляцією. Отвір у зв'язці повинен пропускати браншу кліпатора. На зв'язку накладають дві кліпси, між якими її пересікають. Доказом повного пересічення діафрагмального нерва є релаксація купола діафрагми і відсутність її скорочень при подразненні діафрагмального нерва проксимальніше пересіченої зв'язки. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини через один з троакарів. Місце введення другого зашивають герметичним швом. Метод використаний в клініці у хворого з судомними скороченнями діафрагми з вираженим клінічним ефектом. Топографічна обґрунтованість та анатомічна доступність торакоскопічної нейрофренікотомії з використанням відеооснащення, відсутність ускладнень дозволяють рекомендувати цей метод для широкого клінічного використання.

УДК 617.55+616.34-007.43-031:611.9573-089

### СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РЕЦИДИВУ ПАХВИННИХ ГРИЖ

*Р.М.Портус, В.А.Мозильний*

*Запорізька державна медична академія  
післядипломної освіти*

Аналіз оперативних втручань з приводу рецидивних пахвинних гриж у 82 хворих показав, що рецидиви виникають внаслідок руйнування тканин, використаних для пластики пахвинного каналу. М'язи живота, пришиті з натягом до пахвинної зв'язки під час пластики пахвинного каналу, атрофуються і заміщуються сполучною тканиною, розривають пахвинну зв'язку або відриваються від неї. Щоб запобігти перерозтягненню тканин під час пластики пахвинного каналу, необхідно клапоть апоневроза зовнішнього косоного м'яза живота пришивати до пахвинної зв'язки без натягу. У випадках, коли відстань між ними велика, медіальний клапоть апоневроза треба пришивати вище пахвинної зв'язки до латерального клаптя. Якщо запобігти натягненню тканин неможливо, то потрібно відшарувати латеральний клапоть зовнішнього косоного м'яза живота,

а при потребі і пахвинну зв'язку, від лобкової кістки. Цим також досягається зміщення пахвинного каналу медіальніше від глибокого пахвинного кільця. З використанням цих прийомів прооперовано 24 хворих з позитивним результатом.

УДК 618.15/16-007.62-089-036.82

### **ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ, АСОЦІЙОВАНИЙ З БЕЗПЛІДНІСТЮ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

*І.А.Приймак, Т.А.Юзько, І.Р.Решетнікова*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Безплідність – одна з типових скарг хворих на ендометріоз. Останній часто діагностують під час лапароскопії і виявляють у 60% пацієнок з безплідністю. Ендометріоз слід підозрювати в усіх пацієнок із синдромом хронічного болю в ділянці малого таза або з безплідністю. Лапароскопія є методом вибору в діагностиці ендометріозу. Лікування хворих на ендометріоз потрібно спрямовувати на досягнення конкретної мети, враховуючи бажання пацієнтки. Лапароскопія є „золотим стандартом” для діагностики і встановлення стадії захворювання. Традиційно лікування безплідності при I та II стадіях ендометріозу починають з вичікування. Проте вичікувальна тактика не виправдана при лікуванні розповсюджених форм захворювання (III та IV стадії). Хірургічна тактика є одним з найпоширеніших методів початкового лікування ендометріозу. В одному з проспективних досліджень було показано, що лапароскопічна каутеризація ендометріодних вогнищ на ранній стадії захворювання збільшила частоту настання вагітності порівняно з вичікувальною тактикою. Ще більш ефективним виявилось застосування допоміжних репродуктивних технологій: контрольована індукція овуляції, внутрішньоматкової інсемінація та штучне запліднення.

УДК 618.177-072.1-085

### **ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ З ПРИВОДУ БЕЗПЛІДНОСТІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*С.Г.Приймак, К.П.Стратан*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з трубною безплідністю залежить від якості реабілітаційної терапії, спрямованої на запобігання утворенню спайок та реоклюзію маткових труб. Під нашим спостереженням перебувало 130 жінок з безплідністю трубного походження (БТП), яким

були проведені лапароскопічні реконструктивно-пластичні операції (ЛРПО). Пацієнтки розділені на 2 групи: перша – одержувала традиційний загальноприйнятий комплекс реабілітаційних заходів, друга – запропонований нами спосіб реабілітаційної терапії, який включав: I – проведення інтра- та післяопераційної гідротубації 0,01% розчином мірамістину, системної ензимотерапії препаратом вобензим, УФО крові; II – проведення контрольованого зачаття в перші місяці після операції; III – санаторно-курортне лікування. Завдяки комплексній поетапній відновній терапії вдалося відновити прохідність маткових труб у 76% жінок і домогтися настання вагітності у 22,2%, тобто в кожній 5-й жінки. Застосований нами комплекс реабілітаційних заходів підвищує ефективність ЛРПО при БТП з трубною оклюзією II ступеня в 1,6 раза та спайковим процесом I стадії – в 1,8 раза. Отже, раннє та комплексне застосування реабілітаційних заходів на фоні оптимізації техніки виконання ЛРПО у пацієнок з БТП запобігає рецидивам оклюзії маткових труб і дозволяє підвищити ефективність лікування.

УДК 618.019

### **РАЦІОНАЛЬНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОНТРАКТУРУ ДЮПЮІТРЕНА**

*І.М.Рубленик, А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Лікування контрактури Дюпюїтрена (КД) в основному оперативне, яке полягає у висіканні зміненого долонного апоневроза (ДА) з усуненням контрактур пальців. Розрізи роблять у проекції тяжів від початку ДА до фаланг пальців. Накладають гіпсову пов'язку на 1-1,5 міс, а деякі автори пропонують іммобілізацію до 4-х міс з тимчасовим зняттям гіпсової пов'язки кожного місяця. Проте в післяопераційному періоді часто виникають ускладнення – некроз зміненої шкіри. Іноді шкіра до того змінена, що її важко видаляють і роблять вільну шкірну пластику дефекту, що наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків нами запропоновано спосіб оперативного лікування КД, який полягає в тому, що замість одного великого розрізу з відшаруванням шкіри і повного висікання зміненого ДА його розсікають у ділянках найбільших рубцевих змін з невеличких проколів шкіри, після чого повністю усуваються контрактури пальців. Подальше лікування полягає в накладанні циркулярної гіпсової пов'язки на кисть до верхньої третини передпліччя в положенні гіперекстензії пальців на один тиждень з подальшим призначенням електрофорезу з сумішшю лідази і гідрокортизоном. За даною методикою оперовано 12 хворих з КД II-III ст. з добрим функціональним і косметичним результатом.

УДК 618.019

## УДОСКОНАЛЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З HALLUX VALGUS

*І.М.Рубленик, А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Існує понад 140 способів оперативного лікування відхилення першого пальця стопи (Hallux valgus), анатомічною основою якого є поперечна плоскостопість. При операції Mac Bride одним з важливих елементів усунення вальгусної деформації I пальця стопи є пересадка сухожилка, який відводить великий палець, на дистальний метаепіфіз I плеснової кістки. При цьому фіксація відділеного від основної фаланги сухожилка м'яза, що приводить великий палець, проводиться у кістці під голівкою I плеснової кістки. Але крайова фіксація цього сухожилка недостатньо міцна і дія тяги не завжди забезпечує приведення I плеснової кістки. Нами запропоновано спосіб реінсерції (пересадки) сухожилка м'яза, що приводить великий палець стопи. Спосіб полягає в тому, що в дистальному метаепіфізі I плеснової кістки роблять сліпий канал, у який поміщають кінець сухожилка, прошитого з обох боків шовком, капроном або лавсаном, через зроблені кісткові тунелі лігатури виводять на медіальну поверхню I плеснової кістки і в положенні приведення їх зав'язують. Досягається міцна, надійна фіксація з повним усуненням деформації. Таким способом прооперовано 15 хворих жіночої статі віком 35-68 років з II-IV ступенем деформації. У післяопераційному періоді хворі отримували анальгетики (перша доба), антибіотики. Кінцівці надавали підвищеного положення на ортопедичній подушці. У всіх хворих працездатність, функція і ходьба відновлені в оптимальні терміни.

УДК 616.33/34-089.86:616.37-089.87

## ПАНКРЕАТЕКТОМІЯ З АНТИРЕФЛЮКСНИМ КЛАПАННИМ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗОМ

*І.У.Свистонюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

З метою попередження рефлюкс-холангіту після панкреатектомії нами розроблений в експерименті антирефлюксний клапанний гастроентероанастомоз (А.с. № 1397027). Операцію починають з мобілізації тіла підшлункової залози (ПЗ). Після звільнення і виведення в рану селезінки роз'єднують пристінкову очеревину і ПЗ разом із селезінковими судинами відділяють від клітковини заоче-

ревинного простору. Мобілізують голівку і гачко-подібний відросток ПЗ. Пересікають шлунок у воротарній частині; перев'язують і пересікають нижню дванадцятипалокишкову артерію та вену; пересікають і зашивають дворядним швом кінець дванадцятипалої кишки; пересікають і перев'язують спільну жовчну протоку; мобілізують ПЗ разом з дванадцятипалою кишкою і селезінкою та видаляють їх. Реконструктивний етап операції починають з накладання обхідного анастомозу для відтоку жовчі – жовчний міхур або спільну жовчну протоку сполучають з порожньою кишкою. Для запобігання рефлюкс-холангіту операцію завершують накладанням інвагінаційно-клапанного гастроентероанастомозу. Після формування холецистоєюностоми на відвідній петлі порожньої кишки вище майбутнього гастроентероанастомозу із стінки порожньої кишки утворюють клапан. Для цього вище на 3-4 см від гастроентероанастомозу поздовжньо розрізають передню стінку порожньої кишки. Через утворений отвір вводять голку з ниткою у просвіт кишки на глибину 3 см і прошивають стінки кишки, після чого здійснюють тракцію за допомогою накладеної лігатури. Завдяки цьому стінки порожньої кишки інвертуються у вигляді конуса, верхівка якого завдовжки 2-2,5 см спрямована в бік майбутнього гастроентероанастомозу. Конус фіксують окремими вузловими нерозсмоктувальними швами. Накладають традиційний гастроентероанастомоз.

УДК 616.61/62-089.844

## ВІДНОВЛЕННЯ МИСКО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТА АУТОВЕНОЗНИМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

*І.У.Свистонюк, В.В.Балицький, С.О.Лісничок,  
А.О.Ференці*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

На сучасному етапі розвитку урології найбільш поширеними реконструктивними операціями з приводу стриктур миско-сечовідного сегмента є зовнішня та внутрішня пієлоуретеропластика, резекція ниркової миски і звуженої ділянки сечовода за методом Андерсена-Хайнса, реімплантація сечоводів (уретеропієлонеостомія, уретерокалікостомія, уретеропієлоімплантація), а при множинних стриктурах сечовода – інтестинальна пластика. Однак методи хірургічної корекції даної патології мають певні недоліки: створення додаткового натягу в ділянці анастомозу після резекції фрагмента сечовода та ниркової миски, що сприяє неспроможності швів; порушення анатомічної цілісності ниркової миски та виникнення її деформації; загроза інкрустації та розвитку сечокам'я-

ної хвороби внаслідок накладання численних швів; протиприродність використання інтестинальної пластики, що порушує принцип морфофункціональної цілісності органів і тканин. Нами в умовах експерименту на 12 собаках запропоновано новий морфофункціонально обґрунтований метод реконструкції миско-сечовідного сегмента аутове-нозним трансплантатом з великої підшкірної вени, який забезпечує біологічну сумісність живих тка-нин і сталість анатомічного та функціонального результатів реконструктивної операції.

УДК 616.37-002-089

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ХИ-РУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНО-ГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Т.В.Семенова, Л.Н.Яковлева, А.И.Григорьян, М.В.Юренко, М.С.Стрельникова*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

Дискуссионным вопросом современной хирургии является выбор способов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП). Цель исследования: 1) оценка эффективности интраперитонеального введения 5-фторурацила, иммобилизованного на полиметилсилоксане при лечении острого панкреатита; 2) оценка результатов лапароскопических вмешательств при ОДП. Материалом для исследования послужили 25 собак, у которых создавали модель острого панкреатита. В 1-й группе 5 собак получали только поддерживающую инфузионную терапию. На релапаротомиях на 7 сутки у всех животных выявлены субтотальные или крупноочаговые некрозы поджелудочной железы (ПЖ). Во 2-й группе (10 собак) в течение 3 суток в/в вводили 5-фторурацил по 0,2 г/сут. На 7 сутки у 3 собак выявлены субтотальные некрозы, у 4 – крупноочаговые, у 3 – мелкоочаговые. В 3-й группе 10 собакам однократно интраперитонеально вводили 5-фторурацил, иммобилизованный на полиметилсилоксане, после чего у 2 животных развился крупноочаговый панкреонекроз, у 5 – мелкоочаговый, у 3 панкреатит купирован на фазе отечного. Повторные вмешательства у 15 собак выполнены лапаротомным доступом (летальность 40%), у 10 – лапароскопическим (летальность 10%). Таким образом, впервые использованная для интраперитонеального введения при ОДП пролонгированная форма 5-фторурацила оказалась высокоэффективной и малотоксичной. Лапароскопические вмешательства позволяют выполнять адекватную санацию брюшной полости и очагов деструкции в ПЖ с невысокой летальностью.

УДК 618.19-089.87

### **ЗАКРИТТЯ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ РА-ДИКАЛЬНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ МАСТЕКТОМІЇ**

*Р.В.Сенютович, І.О.Дацюк, С.Ю.Кравчук, Е.В.Олійник*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Поширені стадії місцевого раку грудної залози (ГЗ) Т<sub>4</sub>, інфільтративно-набрякові форми, що охоплюють всю ГЗ, раки, що поширюються на шкіру грудної клітки, живота, потребують відсікання великих клаптів шкіри та м'язів грудної клітки разом з ГЗ. В результаті утворюються великі дефекти тканин, закриття яких утруднене. Після вирізування ГЗ з приводу великих пухлин, ми додатково мобілізуємо клапті шкіри – до середини ключиці, протилежного краю груднини, задньої пахвової лінії, і нижче реберної дуги. Зашиваючи рану, попередньо надрізаємо клапті, зміщуючи їх так, щоб закрити рану. Защита рана може набути фігурної форми. Другий спосіб вирізування широких клаптів, який ми застосовуємо, вирізняється тим, що вони звичайних розмірів. Знизу мобілізують шкіру на дуже малій площі, бо саме звідти вирізатиметься клапоть шкіри. Ми вирізуємо дуже широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною з нижньої частини рани аж до пупка або нижче. Другий клапоть вирізуємо з бічної стінки грудей. Рукою відшаровуємо найширший м'яз спини. У цій ділянці формуємо еліпсоподібний клапоть, нижній край якого майже вдвічі більший за верхній. Пластику дефекту протилежною ГЗ робимо так: проводимо два паралельні розрізи зверху і знизу протилежної ГЗ, тупо відшаровуючи її від великого грудного м'яза (ВГМ) до середньої ключичної лінії. Кровоносні судини треба ретельно перев'язувати. ГЗ зміщуємо в протилежному напрямку і фіксуємо за допомогою шкірних швів. В анатомічному експерименті ми розробили метод пластики дефекту завдяки роздвоєнню протилежної ГЗ. Знову ж таки робимо два розрізи зверху і знизу ГЗ, не відшаровуючи її від ВГМ. Із залози вирізають широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною. При малій товщині клітковини в клапоть частково захоплюють тканини ГЗ. У чверті хворих, яким ми виконали різні пластичні операції, спостерігали розходження країв рани, зумовлені тривалою лімфореею. Починаючи з 10-14 дня, шви поетапно прорізуються, рановий дефект збільшується, але ніколи не досягає того розміру, який буває зразу ж після вирізування ГЗ. Надалі, впродовж багатьох місяців, може тривати епітелізація цих дефектів. Ми жодного разу не спостерігали нагноєння рани, анаеробних флегмон, незважаючи на наявність великих виразок з розпадом.

УДК 617.55-006-089:616.617-06

## КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОДІВ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ОНКОЛОГІЇ

*Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.М.Печенюк,  
В.П.Унгурян, Е.В.Олійник*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Проаналізовані випадки 2 планових і 9 випадкових травм сечоводів при оперативному лікуванні пухлин малого таза з 1993 по 2003 роки. Частота пошкоджень становить менше 0,5%. Чотири пошкодження сталися під час резекції висхідної та сигмоподібної ободової кишки, 3 – при екстирпації та надпихвовій ампутації матки, 2 – при видаленні заочеревинної пухлини, 1 – при видаленні злоякісної пухлини правого яєчника, 1 – при видаленні шийки матки. В одному випадку введена уретеростома, в 2 – накладені сечовідно-товстокишкові анастомози, в 1 – уретероцистоанастомоз, в інших – шов розсічених кінців сечоводів. Летальних ускладнень не спостерігали. При зшиванні сечоводів у вільній черевній порожнині при неможливості їх заочеревинного розміщення при великих резекціях товстої кишки розроблений оригінальний спосіб обгортання анастомозу пасмом із сальника. При уретероанастомозах у жінок раціонально виводити катетер із сечового міхура назовні для контролю за функцією нирки на оперованому боці. Визначені клініко-анатомічні передумови для пошкодження сечоводів – явища часткової кишкової непрохідності, роздутий кишечник, запальні явища в ділянці пухлини. Цьому сприяє також широка мобілізація кишки з оголенням клубо-поперекового м'язу і зміщення сечоводів до кишки. При появі в рані м'язів задньої черевної стінки після мобілізації кишки тупим методом хірургу слід пам'ятати, що сечовід при цьому зміщений до кишки. Ні в якому разі не треба розсікати тканинні маси біля стінки кишки en masse. Поранення сечоводів при екстирпації матки пов'язані з накладанням клем на відстані більше 1 см від матки і рубцево-запальними процесами в трубці. У клініці розроблений комплекс заходів при оперативному лікуванні великих пухлин, що виповнюють малий таз. Вони починаються з виділення сечоводів вище пухлини і взяття їх на тримачі. Корисною є доопераційна катетеризація сечоводів. В операційній повинні бути “резервні” набори сечовідних катетерів. Незважаючи на складнощі ситуації, що супроводжують пошкодження сечовода, кваліфікований хірург повинен завжди знайти оптимальний спосіб усунення пошкодження.

УДК 616.345-089.87:616-033.3:616-002.4-084

## АНАТОМІЧНІ ТА ХІРУРГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕКРОЗУ ТОВСТОКИШКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТУ ПРИ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ ЗА БЕКОНОМ

*Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.П.Унгурян,  
В.Д.Бабін*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Представлений аналіз 124 черевноанальних резекцій (ЧАР), виконаних у клініці онкології БДМА за 1996-2003 роки. ЧАР виконують при розташуванні пухлини на 5-6 см вище відхідника. При позаочеревинному розташуванні пухлин ЧАР виконана майже у 90% хворих, в інших випадках – нижні передні резекції або екстирпації. Спостерігали 11 некрозів виведеної на промежину мобілізованої сигмоподібної кишки (СК), з них 4 – некроз вільного кінця кишки, 3 – в ділянці анального каналу, по 2 – тазові та внутрішньотазові вогнищеві некрози. Повторні операції виконані у 10 хворих, трапився 1 летальний випадок. В останні 2 роки внутрішньотазових некрозів, що потребують повторних лапаротомій, не спостерігали. Розроблена чітка система оцінки анатомічних особливостей вирізування товстокишкових трансплантатів, що враховує особливості кровообігу в СК та низхідній ободовій кишці. Розрізняємо магістральний та розсипний типи розгалужень аркад лівої ободової, сигмоподібних (СА) та верхньої прямокишкової (ВПА) артерій. Тип розгалужень оцінюємо на основі пальпації поздовжніх артерій, що з'єднують окремі радіальні артерії, які прямують до стінки кишки. Як правило, розсипний тип спостерігається при короткій брижі СК та надмірно розвиненій жировій клітковині. При магістральному типі виражена і чітко пальпуються найдистальніші радіальні судини трохи вище миса (точка Зудека). Наявність розсипного типу кровопостачання не є підставою для відмови від ЧАР, спробувати зробити яку треба завжди, за винятком випадків з наявністю дуже короткої СК. У жодному випадку ми не мобілізували поперечну ободову кишку з лівим вигином. Над мисом нижче ВПА робили отвір у брижі СК, звідси розтинали брижу до аорти і нижньої брижової артерії (НБА). СА пересікали поодинокі біля самої НБА, одночасно оголюючи її. Дуже обережно розтинали брижу СК до поздовжніх сигмоподібних судин у 3-4-х місцях через 4-5 см, що подовжує трансплантат. При пересіканні радіальних СА орієнтуємось на бажану довжину трансплантата, періодично опускаючи кишку в порожнину малого таза. При надмірній жировій клітковині корис-

но проводити часткову десерозацію брижі, що робить її рухомішою. Під час операції необхідний педантичний гемостаз. НБА пересікли у 12 випадках, в половині з яких не подовжився трансплантат, але погіршилося його живлення, що вимагало екстирпації кишки. Поліпшує кровообіг у мобілізованій кишці укладання трансплантата брижою медіально. Причині відмови від ЧАР може стати ненадійний гемостаз з боку тазової рани. При демукозациї і дистальному пересіканні прямої кишки намагаємось зберегти м'яз-підіймач відхідника. Після виведення кишки на промежину обов'язково розтинати її брижу та привіски для контролю за кровопостачанням. Не слід виводити назовні більше 4-5 см кишки, "надлишок" краще залишити в порожнині малого таза. В кишку ми вводимо зонд і не перев'язуємо її лігатурою наглухо. Фіксуємо кишку до шкіри промежини тільки за її серозну оболонку 3-4 швами, що створює додатковий шлях відтоку ексудату. Дренаж малого таза, який укладають позаду кишки, а не біля брижі, повинен бути з добре заокругленим кінцем і разом зі шматком рукавичної гуми. Слід пам'ятати, що хірург завжди має шлях відступу при виявленні недостатності кровообігу після виведення кишки на промежину – пересікти її частину в черевній порожнині і видалити СК через промежину (так звана ЧАР з клубовим відхідником). У цьому випадку демукозований відхідниковий канал стає надзвичайно зручним шляхом для дренивання порожнини малого таза.

УДК 617.57+617.53-006.6-085.28

### **АНАТОМІЧНІ ВАРІАНТИ РЕГІОНАРНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

*Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.В.Шульгіна*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Проаналізовані анатомічні доступи, застосовані у 48 хворих, яким проведена артеріальна регіонарна хіміотерапія злоякісних пухлин голови та шиї. З приводу раку язика проліковано 21 хворого, гортані – 14, порожнини рота – 10, привушних залоз – 3. Доступ до язикової артерії проводили з поперечно-косого розрізу між двома черевцями двочеревцевого м'яза і донизу над під'язиковою кісткою до проекції зовнішньої сонної артерії. Виділяли і мобілізували стовбур язикової артерії. Після розрізу в артерію вводили катетер завтовшки до 1 мм на глибину 3-4 см. Стінку артерії щільно стискали лігатурою над катетером, проксимальний кінець артерії перев'язували. При ураженні дна порожнини рота катетеризували лицеву артерію, у 2 випадках катетер вводили через поверхневу скроневу артерію. Через катетер наступного дня вводили по 10

мг метотрексату до сумарної дози 40-50 мг та по 500 мг 5-фторурацилу до сумарної дози 3,0 г. Одночасно проводили перший етап променевої терапії (25-30 Гр). При недостатній ремісії катетер в артерії залишали ще на 2-3 курси хіміотерапії. Ефективність внутрішньоартеріальної хіміотерапії на 40% перевищує результати системного введення хіміопрепаратів.

УДК 616.718.19-089:616.15-005

### **МАСИВНІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ТАЗА**

*Р.В.Сенютович, В.П.Унгуран, С.Ю.Кравчук,  
В.Д.Бабін*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Проаналізовані причини, можливості профілактики та хірургічна тактика при масивних кровотечах при операціях на органах таза в Чернівецькому онкоцентрі за останні 10 років. Операції на прямій кишці, матці та яєчниках, при заочеревинних пухлинах у таза, при великих розмірах пухлин, що виповнюють малий таз, завжди небезпечні кровотечею. Це пов'язано з посиленою васкуляризацією органів малого таза, неможливістю превентивної перев'язки судин, що підходять до пухлини, неможливістю розширення доступу до новоутворень, сусідством з сечоводами, сечовим міхуром тощо. Масивні кровотечі (понад 30% об'єму циркулюючої крові) спостерігали при заочеревинних пухлинах таза (злоякісні саркоми, шванома) – 3, із крижового венозного сплетення при операціях на прямій кишці – 11, пухлинах яєчника – 6, фіброміомах матки – 1, операції Вертгейма – 1. Померла від кровотечі на операційному столі одна хвора, в післяопераційному періоді – 1. В усіх хворих операції завершені тампонуванням черевної порожнини. На основі набутого досвіду розроблені рекомендації, спрямовані на зменшення операційного ризику. 1. Анестезіологічна підготовка до можливої кровотечі – заготівля крові, катетеризація підключичної вени, моніторинг тиску, досвічений анестезіолог, посилення бригади анестезіологів 2-3 лікарями. 2. Хірургічна підготовка – досвічений хірург, асистент, операційні сестри. Одна операція в операційній (не на двох столах). 3. Реальна оцінка можливості видалення пухлини. Особливо це стосується "пухких" пухлин яєчників, які хірург починає видаляти тупим шляхом – методом "вичерпування". Слід вчасно припинити операцію при появі кровотечі, оскільки зупинити її можна тільки тампонуванням пухлини. 4. Необхідне превентивне виділення і взяття на тримачі сечоводів, обох спільних клубових артерій, перев'язка внутрішніх клубових артерій до початку мобілізації органа, пухлини. 5. Бажане виділення спільних та



зовнішніх клубових артерій за межами оперативного прийому. 6. При появі кровотечі з-під пухлини необхідно якомога швидше її видалити, накладаючи затискачі біля самої пухлини. 7. При відсутності анатомічного орієнтування затискачі накладати тільки на капсулу пухлини. 8. При появі кровотечі після видалення органа та пухлини необхідно негайно тампонувати місце поранення судин з мобілізацією операційної та анестезіологічної бригад. 9. Не слід одразу приступати до кінцевої тампонади, пам'ятаючи, що при пораненні великої артерії (наприклад, маткової), кровотеча може тривати під тампоном. 10. Небезпечно тампонувати марлевими бинтами. Надійно припиняє кровотечу механічне стискання судин серветками Мікулича розміром 40x60 см. 11. Не слід боятися залишити в черевній порожнині 4-5 таких серветок, які можна видалити при повторній лапаротомії на 12-14 день. 12. Ефективним припинення кровотечі слід визнати при тиску не менше 120 мм рт. ст. (помилкою є закривання черевної порожнини при тиску 60-80 мм рт. ст.). 13. При кровотечі із крижового венозного сплетення тампон вводити через рану промежини. Не слід затримувати тампон більше 48 год (небезпека гнійних ускладнень, від яких померли 2 пацієнтів). 14. Необхідна адекватна кровозамісна терапія з постійним післяопераційним моніторингом гемодинаміки, морфології та об'єму крові.

УДК 618.14:616.428-089

### **ПАРЦІАЛЬНІ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ШИЙЦІ ТА ТІЛІ МАТКИ**

*Р.В.Сенютович, В.П.Унгурян, С.Ю.Кравчук, О.П.Пересунько*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

На основі вивчення клінічної анатомії регіонального лімфатичного апарату малого таза при виконанні 78 операцій Вертгейма (ОВ) з приводу раку шийки матки (РШМ) та 48 розширених екстирпацій з приводу раку ендометрія розроблена практично орієнтована класифікація варіантів лімфаденектомії (ЛАЕ). Класифікація включає розподіл лімфатичних колекторів у сагітальних і фронтальних площинах та в глибині порожнини таза. За глибиною розташування розрізняють нижні, середні та верхні колектори. У сагітальній площині нижній колектор включає: 1) кардинальну зв'язку; 2) дно таза; 3) розгалуження задніх гілок внутрішньої клубової артерії (ВКА) та прилеглу параректальну клітковину. Середній колектор дренується вздовж: 4) шийко-міхурової складки очеревини та “даху” сечовода; 5) сечовода до місця перетину з матковою артерією; 6) стовбура ВКА з прилеглою параректальною клітковиною; 7) затульного

нерва та зовнішньої клубової артерії (пристінковий колектор). Верхній колектор включає: 8) паравезикальну клітковину; 9) маткову трубу та підвшувальну зв'язку яєчника; 10) спільну клубову артерію та аорту з прилеглою клітковиною (пристінковий колектор). У класичному варіанті ОВ видаляють усі 10 колекторів. В аналізованих нами хворих частково видалений 1 колектор, повністю – 4, 5, 7, 9, 10 колектори, не видалялися задні сагітальні колектори. При розширених екстирпаціях матки видаляли середні (за винятком 6) та верхні (за винятком 8) колектори. У 6 хворих видалений “дах” сечовода. Метастази в регіональні лімфовузли знайдені в 1 випадку після ОВ (1,3%) та в 1 випадку розширеної екстирпації (2,1%) – макроскопічний метастаз розміром 1x1,5 см. При віддалених спостереженнях за хворими місцеві рецидиви – внутрішньотазові та пристінкові тазові – виявлені у 5 хворих (6,4%) після ОВ і 2 хворих (4,2%) після розширених екстирпацій. Ці дані свідчать як про неефективність ЛАЕ, так і невиявлене метастазування в лімфатичні колектори патогістологічними методами. Загалом отримані задовільні результати хірургічного лікування РШМ (T<sub>1</sub>) та ендометрія (T<sub>1b-c</sub>, T<sub>2</sub>, G<sub>2-3</sub>), які відповідають світовим стандартам. Тим часом велика кількість “профілактичних” ЛАЕ (без виявлених уражень) викликає сумніви в доцільності розширень операцій на лімфатичному апараті. Такі думки висловлює низка зарубіжних онкологів, які апробують “сторожові” ЛАЕ при РШМ та тіла матки. Виявлення уражень лімфатичних вузлів є показанням до ад'ювантного опромінення. Наші дані свідчать, що слід шукати інші критерії для післяопераційного опромінення. Розробки нових оперативних методів безумовно пов'язані з операційною хромоідентифікацією лімфовузлів, їх картуванням, гістохімічною ідентифікацією уражень на серійних зрізах та вивченням рецидивування в окремих лімфатичних колекторах за допомогою магнітно-резонансної томографії.

УДК 616.61-006-07-089

### **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРАПЕЛЬВІКАЛЬНИХ КІСТ НИРОК**

*Т.Л.Томусяк, О.С.Федорук<sup>1</sup>, К.А.Владиченко<sup>1</sup>, Я.О.Чепига<sup>2</sup>*

*Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, <sup>1</sup>Буковинська державна медична академія, <sup>2</sup>Чернівецька обласна клінічна лікарня*

Основним методом діагностики парапельвікальних кіст (ПК) є екскреторна урографія. Ультразвукове дослідження дозволяє визначити відношення ПК до ниркової ніжки, встановити її розміри, локалізацію. Ці дані враховуємо при плануванні операції та вирішенні питання про первинну мобілізацію передньої чи задньої поверхні нирки. Вірогідність методу ста-

новить 90%. Дані комп'ютерної томографії нерідко є вирішальними у визначенні обсягу і методу операції, особливо у хворих з вираженим гідрокалікозом і стоншенням паренхіми нирки. Всі 24 хворих з ПК нирки були оперовані. У 19 проведено висікання зовнішньої стінки ПК, у 5 виконана нефректомія в зв'язку з термінальною стадією гідронефротичної трансформації. Оптимальним методом хірургічного втручання при ПК є висікання зовнішньої поверхні ПК без видалення її задньої стінки з метою запобігання пошкодженню порожнинної системи нирки та подальшого виникнення післяопераційних сечових свищів. У 17 оперованих хворих проводили інтраопераційну біопсію паренхіми нирки. Результати гістологічного дослідження, як правило, засвідчують ознаки хронічного пієлонефриту. На наш погляд, розвиток хронічного пієлонефриту зумовлено розладом гемодинаміки нирки в результаті стискування вен і зміщення артерій кістою. Стінка кісти складається з фіброзної тканини з ділянками гіалінозу та вогнищами лімфогістіоцитарної інфільтрації. В жодному випадку не зафіксовано малігнізації стінки ПК внаслідок своєчасної діагностики та раннього оперативного втручання. Артеріальна гіпертензія виявлена у 10 хворих. Після висікання ПК артеріальний тиск нормалізувався у 7 пацієнтів, що засвідчує прямий зв'язок артеріальної гіпертензії з даним захворюванням. Отже, розлади гемодинамічних процесів у нирці створюють передумови для розвитку хронічного інтерстиціального запалення та нефрогенної гіпертензії, що потребує раннього оперативного лікування.

УДК 616.61-002+616.61-002.353-085

### КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ І КАРБУНКУЛА НИРКИ

*Т.Л.Томусяк, О.С.Федорук<sup>1</sup>, Я.О.Чепига<sup>2</sup>*

*Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, <sup>1</sup>Буковинська державна медична академія, <sup>2</sup>Чернівецька обласна клінічна лікарня*

Лікування пацієнтів розпочинали з призначення масивних доз антибактеріальних препаратів і патогенетичної терапії. Застосування вказаної медикаментозної терапії у 21 хворого, в яких був діагностований первинний апостематоз нирки, призвело до одужання 17 пацієнтів. Терміни консервативної терапії не перевищували 4-5 днів. Відсутність клінічного покращення у 4 хворих зумовила люмботомію з декапсуляцією і дренажуванням нирки. Показаннями до операції були часте підвищення температури тіла з лихоманкою, гіперазотемія з нейтрофільним зсувом вліво, виникнення ознак бактеріотоксичного шоку, відсутність ефекту від консервативної терапії. При цьому брали до уваги тривалість лихоманки в

догоспітальному періоді. Якщо у хворих упродовж декількох днів до госпіталізації була гектична температура тіла, їх оперували в перші години після госпіталізації. Із загальної кількості прооперованих (18) з карбункулом нирки 6 пацієнтів оперовані в день госпіталізації, інші (12) – на 3-4-й день. Обсяг операції у більшості випадків (14) органозберігальний: відновлення пасажу сечі з декапсуляцією нирки, висікання або хрестоподібний розтин карбункула. Для відновлення відтоку сечі частіше виконували пієлостомію. Нефростомію застосовували лише у випадках внутрішньониркового розташування миски. Нефректомія виконана 4 хворим з тотальним гнійно-некротичним процесом у нирці.

УДК 616.65-089

### АНАЛІЗ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ

*О.С.Федорук, К.А.Владиченко*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

На базі урологічного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці за період з 2002 р. по 2004 р. проведено 222 трансуретральних оперативних втручання з приводу захворювань простати. Лише в одному випадку проведена черезміхурова простатектомія у зв'язку з наявністю вторинного гідроуретеронефрозу внаслідок субтригонального росту гіперплазії простати великих розмірів. Залежно від обсягу оперативного втручання можна розділити на групи: 1) трансуретральна тунелізація простати – 7; 2) парціальна трансуретральна резекція простати – 10; 3) субтотальна трансуретральна резекція простати – 65; 4) трансуретральна простатектомія – 140. Після оперативного втручання спостерігали ускладнення у 12 хворих. Найменшу кількість післяопераційних ускладнень спостерігали при проведенні трансуретральної простатектомії. При гістологічному дослідженні післяопераційного матеріалу 222 пацієнтів отримали такі результати: доброякісна гіперплазія простати виявлена у 183 пацієнтів, рак простати – 35, склероз простати – 4. Поєднання гіперплазії передміхурової залози та хронічного простатиту (здебільшого гнійно-калькульозного) виявлено у 62% хворих. Висновки: 1. У виборі обсягу трансуретральної операції при гіперплазії простати перевагу слід віддавати трансуретральній простатектомії. 2. Поєднання хронічного простатиту та гіперплазії простати вимагає призначення курсу доопераційної антибактеріальної терапії. 3. У зв'язку із зростанням кількості випадків інцидентального раку простати рекомендуємо доопераційне визначення концентрації простатичного специфічного антигена (маркера раку простати) в плазмі крові всіх хворих.

УДК 616.006.55-089.87+616.65-007.61-089

## **ОБГРУНТУВАННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ЧЕРЕЗ-МІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ТА ТРАНС-УРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**О.С.Федорук, Т.Л.Томусяк<sup>1</sup>, К.А.Владиченко, І.К.Арійчук<sup>2</sup>, Б.В.Топор<sup>3</sup>**

*Буковинська державна медична академія,  
<sup>1</sup>Чернівецький національний університет  
ім. Ю.Федьковича, <sup>2</sup>Чернівецька лікарня швидкої  
медичної допомоги, <sup>3</sup>Одеська обласна клінічна  
лікарня*

При радикальному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) застосовується низка операцій, які завжди потребують чіткого обґрунтування показань до їх виконання. Вибір методу оперативного втручання багато в чому залежить від стану уродинаміки нижніх сечових шляхів, розмірів ДГПЗ. Залежно від симптомокомплексу при ДГПЗ виділяють, як відомо, два типи клінічного перебігу. При першому переважають симптоми хронічної затримки сечі, при другому – полакіурія з імперативними позивами і нетриманням сечі, зумовленими переподразненням нервових закінчень у межах шийки сечового міхура і задньої уретри вузлами ДГПЗ. При “нестабільному” детрузорі кращі результати дає трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози (ПЗ), а не череміхурова простатектомія (ЧП), оскільки діатермічний вплив токів високої частоти в ділянці шийки сечового міхура трансформує гіперрефлексію, яка в подальшому проявляється клінічною арефлексією. Кращого функціонального результату незалежно від використаного методу операції досягають при обструктивній клінічній картині захворювання. Із 80 хворих, обстежених нами у віддалені (більше 2-х років) терміни після операції, оцінка результатів лікування ґрунтувалася на функціональних показниках з урахуванням характеру виконаної операції. Як показали уродинамічні дослідження, основною причиною нетримання сечі після ЧП було пошкодження сфінктерів уретри, після ТУР – рубцеві процеси. Частота цих ускладнень пояснюється синтопічним впливом гіперплазованих вузлів на зовнішній сфінктер уретри. Крім того, 10-20%, а іноді і 50% об’єму ДГПЗ розташовується дистальніше сім’яного горбика. Вказані взаємовідношення виявляються тільки при уретроскопії. Енуклеація гіперплазованих вузлів з вираженою підсфінктерною частиною може супроводжуватися пошкодженням зовнішнього сфінктера з подальшим нетриманням сечі, тому, на нашу думку, широким застосуванням ТУР можна запобігти цим ускладненням. Відомо, що для нормальної еякуляції після операції з приводу ДГПЗ необхідні цілісність сім’яного горби-

ка та внутрішнього сфінктера уретри. Радикальна ТУР у всіх випадках, крім випадків внутрішньоміхурового росту ДГПЗ, передбачає резекцію внутрішнього сфінктера. При ЧП з наступним зашиванням шийки сечового у більшості випадків зберігається нормальна еякуляція. Отже, при внутрішньоміхуровій формі росту ДГПЗ для збереження репродуктивної функції слід надавати перевагу ТУР. При вираженій підсфінктерній частині доцільно виконувати ТУР ПЗ, при надсфінктерному варіанті розташування вузлів (особливо великих розмірів) – ЧП. Знання особливостей клінічного перебігу захворювання, варіантів взаємовідношень ДГПЗ та зовнішнього сфінктера уретри допомагає вибрати адекватний метод радикальної операції при лікуванні хворих на ДГПЗ.

УДК 616.65-007.61

## **ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**О.С.Федорук, Т.Л.Томусяк<sup>1</sup>, Б.В.Топор<sup>2</sup>, К.А.Владиченко**

*Буковинська державна медична академія,  
<sup>1</sup>Чернівецький національний університет  
ім. Ю.Федьковича, <sup>2</sup>Одеська обласна клінічна  
лікарня*

У клінічному перебігу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) виділяють 3 стадії, які умовно характеризуються як стадії компенсації, субкомпенсації і декомпенсації функції сечового міхура, верхніх сечових шляхів і нирок. У I стадії (компенсації) ми виділяємо 2 варіанти перебігу. При переважно внутрішньоміхуровому рості ДГПЗ зазначено помірний ступінь розладу сечовипускання і компенсоване порушення уродинаміки нижніх сечових шляхів (НСШ). При переважно ретротригональному рості ДГПЗ розладів сечовипускання немає або вони були виражені помірно, уродинаміка НСШ не порушена або в стадії компенсації. Зазначається одно- або двобічне помірне порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів (ВСШ), яке зумовлює розвиток у хворих латентної стадії хронічної ниркової недостатності (ХНН). У 2 стадії (субкомпенсації) виділено 3 варіанти перебігу. При переважно внутрішньоміхуровому рості ДГПЗ виявляються значні розлади сечовипускання і субкомпенсована функціональна недостатність НСШ, а уродинаміка ВСШ і функціональний стан нирок помірно погіршені. При переважно ретротригональному рості ДГПЗ спостерігаються помірні розлади сечовипускання, компенсована функціональна недостатність НСШ, помірне порушення уродинаміки ВСШ, компенсована або інтермітуюча стадія ХНН. При дифузному рості ДГПЗ на фоні

значних розладів сечовипускання розвиваються субкомпенсовані зміни як НСШ, так і ВСШ та нирок. У 3 стадії (декомпенсації) виділено 2 варіанти перебігу. Перший варіант характеризується розвитком парадоксальної ішурії і термінальної стадії ХНН, другий – помірним порушенням сечовипускання та уродинаміки НСШ, а також порушення ВСШ, які призводять до інтермітуючої або термінальної стадії функціональної недостатності нирок. Практична цінність означених варіантів перебігу ДГПЗ полягає в тому, що вона дозволяє в кожному конкретному випадку обирати тактику і метод лікування, визначити терміни і метод оперативного втручання, обсяг передопераційної підготовки, вид знеболювання, а також прогнозувати результати лікування.

УДК 618.177-089.888.11:616-072.1

#### **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ БЕЗПЛІДНОСТІ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*О.М.Юзько, Т.А.Кириляк, С.Г.Приймак,  
С.П.Польова, Т.А.Юзько*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Трубно-перитонеальному фактору у структурі жіночої безплідності належить провідна роль. При даній формі безплідності в практичну медицину активно впроваджуються методи лапароскопічного лікування. Лапароскопія дала змогу радикально змінити лікування безплідності трубного походження (БТП), особливо при значному спайковому процесі в малому тазу та дистальних оклюзіях III-IV ступеня. Тривають дискусії про перевагу штучного запліднення в такій ситуації. Комбінований підхід, тобто видалення уражених маткових труб з наступним штучним заплідненням підвищує ефективність лікування БТП. Результати 273 лапароскопій у жінок з БТП засвідчують, що ступінь відновлення прохідності маткових труб досить високий (від 50% при IV ступені трубної оклюзії до 90% при I ступені), але вагітність в цілому настає тільки у 20% пацієнток. Найбільша (до 55%) вона при I ступені ураження маткових труб та мінімальному спайковому процесі в ділянці придатків матки. За результатами наших досліджень, частіше (28%) вагітність настає у пацієнток після штучного запліднення з попереднім лапароскопічним видаленням гідросальпінксів, у порівнянні з групою, у яких гідросальпінкси не були видалені (20%). Ефективність лікування БТП повинна органічно поєднуватись із сучасними допоміжними репродуктивними технологіями.

## **ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ТА СТОРІНКИ ІСТОРІЇ**

УДК 611 (091)

#### **ПРОФЕСОР М.Г.ТУРКЕВИЧ – ВИЗНАЧНИЙ АНАТОМ УКРАЇНИ**

*Ю.Т.Ахтемійчук, Б.Г.Макар, М.Д.Люттик*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

21 жовтня 2004 року виповнюється 110 років від дня народження відомого вченого-анатома Туркевича Миколи Гервасійовича. З його іменем пов'язано створення у Чернівцях відомої морфологічної школи. У 1956 році за конкурсом він обраний на посаду завідувача кафедри анатомії людини Чернівецького державного медичного інституту. Захоплення ембріологічними дослідженнями М.Г.Туркевич зумів

передати співробітникам кафедри та численним учням, створивши першу на Буковині школу анатомів-ембріологів. Колеги по роботі, співробітники кафедри та учні шанували й цінували його не тільки як талановитого вченого, але й як ерудита і шанувальника мистецтва, музики та літератури. Від досконало володів англійською, російською та польською мовами, добре знав французьку та німецьку мови. У 1967 році у видавництві "Медицина" надрукована його монографія "Реконструкція мікроскопических объектов по гистологическим срезам", яка стала настільною книгою кожного науковця-морфолога. Микола Гервасійович був дуже чуйною й доброзичливою людиною, щиро ділився своїми глибокими знаннями зі своїми учнями та співро-

#### **Приклад бібліографічного опису тез:**

*Ахтемійчук Ю.Т., Макар Б.Г., Люттик М.Д. Професор М.Г.Туркевич – визначний анатом України / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. "Акт. пит. клін. анат. та опер. хірургії" // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С 94.*