

Список літератури

1. Grigor'eva O. V. Profilaktika i diagnostika vrodzhenih vad rozvitku ploda / O.V. Grigor'eva, A.M. Ribalka, V.O. Zabolotnov [ta in.] // Visn. nauk. doslidzhen'. – 2005. – № 4. – S. 27-29.
2. Znamens'ka T. K. Nacional'nij proekt "Nove zhittja. Nova jakist' ohoroni materinstva ta ditinstva": innovacii naukovogo suprodu ta medicnoi osviti / T. K. Znamens'ka, T.M. Bojchuk, Ju.D. Godovanec // Neonatolog., hirurg. ta perinatal'na med. – 2013. – T. 3, № 1(7). – S. 13-18.
3. Karimov Sh. I. Nash opyt hirurgicheskogo lechenija bol'nyh s okkluziej vnutrennej sonnoj arterii / Sh.I. Karimov, R.D. Sunnatov, H.K. Alidzhanov [i dr.] // Angiolog. i sosud. hirurg. – 2011. – T. 17, № 3. – S. 103-108.
4. Litvinenko L. M. Poslojnoe raspolozhenie sosudov i nervov ot okoloushnoj do podzatylochnoj oblasti / L.M. Litvinenko // Morfolog. vedomosti. – 2007. – № 1-2. – S. 280-281.
5. Marchenko Ja. V. Morfofunkcional'nye osobennosti krovosnabzhenija cheljustno-licevoj oblasti cheloveka / Ja. V. Marchenko, V. P. Potapov, A. V. Ivashhenko [i dr.] // Morfolog. vedomosti. – 2008. – № 3-4. – S. 135-136.
6. Prijmak S. G. Viktorstannja metodiv profilaktiki vrodzhenih vad rozvitku ploda / S.G. Prijmak // Neonatolog., hirurg. ta perinatal'na med. – 2013. – T. 3, № 4(10). – S. 89-91.
7. Alexander J. J. Outcome analysis of carotid artery occlusion / J. J. Alexander, J. Moawad // Vasc. Endovascular. Surg. – 2007. – Vol. 41(5). – P. 409-416.
8. Akhtemiichuk Yu. T. Prenatal morphogenetic regulations of certain internal organs / Yu.T. Akhtemiichuk, O.M. Slobodian, D.V. Proniaiev [et al.] // Makro-mikroskopicheskaja anatomija organov i sistem v norme, jeksperimente i patologii: mater. mezhdunarodn. nauch.-prakt. konf. posv. 100-letiju so dnja rozhd. prof. Z.I. Ibragimovoj (24-25 sentjabrja 2014 g., Vitebsk). – Vitebsk, - 2014. – S. 31-33.
9. Lo A. Anatomical variations of the common carotid artery bifurcation / A. Lo, M. Oehley, A. Bartlett // ANZ J. of Surgery. – 2006. – Vol. 76, № 11. – P. 970-972.
10. Wang R. Effect of head rotation on vascular anatomy of the neck: An ultrasound study / R. Wang, E.R. Snoey, R.C. Clements // The J. of emergency medicine. – 2006. – Vol. 31, № 3. – P. 283-286.
11. Wippold F.J. Head and neck imaging: the role of stand MRI / F.J. Wippold // J. Reson. Imaging. – 2007. – Vol. 25(3). – P. 453-465.

Реферати**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ТОПОГРАФИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ****Герасим Л. М.**

С помощью современных и адекватных морфологических методов проведенные исследования на 57 препаратах трупов плодов (от 4 до 10 месяцев) и 8 новорожденных и выяснены топографоанатомические особенности общих сонных артерий у плодов и новорожденных человека. Установлено, что в перинатальном периоде онтогенеза человека общая сонная артерия, в 48% случаев у ранних плодов (4-5 месяц) и в 76% – у поздних плодов (8-10 месяц) и в новорожденных, разделяется на внешнюю и внутреннюю сонные артерии на уровне подъязычной кости. На протяжении перинатального периода бифуркация общей сонной артерии скелетотопично смещается каудально на один шейный позвонок. Разделение общей сонной артерии на внутреннюю и внешнюю сонные артерии определяется за двумя формами: параллельной и луковичной. Переднее примыкание верхнего гортанного нерва к месту бифуркации общей сонной артерии нужно учитывать во время выполнения оперативных вмешательств в участке шеи в новорожденных и детей раннего возраста.

Ключевые слова: общая сонная артерия, топография, перинатальный период.

Стаття надійшла 5.12.2014 р.

PERINATAL TOPOGRAPHY OF THE CAROTID ARTERIES**Gerasyim L. M.**

The investigation has been conducted on 57 preparations of dead fetuses (from 4 to 10 months) and 8 newborns by means of modern and adequate methods of examination, topographic-anatomical peculiarities of the general carotid arteries in human fetuses and newborns are found out. In the perinatal human ontogenesis the carotid artery has been found to be divided into the external and internal carotid arteries on the level of the hyoid bone in 48% cases of early fetuses (4-5 months) and 76% – in late fetuses and newborns. During the perinatal period bifurcation of the general carotid artery is skeletally-topically caudad shifted on one cervical vertebra. Division of the general carotid artery into the internal and external ones is determined by two forms: parallel and bulbous. Anterior contiguity of the upper laryngeal nerve to the place of bifurcation of the general carotid artery should be considered while performing surgery in the cervical region of newborns and infants.

Key words: general carotid artery, topography, perinatal period.

Рецензент Шепітько В.І.

УДК 616.366 – 002- 092.9

С.І. Дубінін, С.В. Малік, Н.А. Улаповська-Циба, Д.О. Лавренко, О.Б. Рябушко, Н.О. Чередерій
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ПЛАСТИКА ХОЛЕДОХА КУКСОЮ МІХУРОВОЇ ПРОТОКИ

В роботі, в умовах експериментального дослідження, запропонована модель пластики загальної жовчовивідної протоки в екстремальних ситуаціях з використанням куksi міхурової протоки з послідуною гепатикотомією на зовнішньому дренажі. Результати експериментальних досліджень можуть бути запропоновані для використання в клініці.

Ключові слова: холецистит, пластика дефекту холедоха.

З кожним роком збільшується кількість хворих з різноманітними враженнями позапечінокових жовчних проток, багато з яких потребують реконструктивних оперативних

втручань. В експериментальній та клінічній хірургії спостерігається тенденція до поглибленого дослідження умов та можливостей заміщення дефекту загальної жовчної протоки з використанням різноманітних гетерогенних та аутогенних трансплантатів або синтетичних протезів [2, 3, 4, 10].

Досить часто, однією з причин непрохідності магістральних жовчних проток є запальні процеси, які супроводжують ускладнені форми холециститу. Слід також віднести до них захворювання печінки, печінково-дванадцятипалої зв'язки, сфінктера Одді, підшлункової залози, рубцеві звуження в наслідок перенесеного запального процесу, або травматичних пошкоджень при оперативних втручаннях на печінці та позапечінкових жовчних протоках, вроджені вади [1, 5, 6, 9, 14, 15]. При випадковому пошкодженні загальної жовчної протоки, хірург потрапляє в досить складну ситуацію, а поновити її цілісність часто не дозволяє наявність діастази закінчень. В цьому випадку застосовують або анастомозування з органами травної системи, або один з існуючих методів пластики загальної жовчної протоки.

Завдяки фіксуєму апарату, печінка малорухома в черевній порожнині. Ця анатомічна особливість має відповідне значення в хірургії жовчовивідних шляхів. Перетинання круглої та серпоподібної зв'язок дозволить відвести печінку вліво і створити більш сприятливі умови для оперування на елементах печінково-дванадцятипалої зв'язки, жовчному міхурі і магістральних протоках [7, 8, 11, 12, 13].

Метою роботи було вирішення проблеми відновлення загальної жовчної протоки та природнього пасажу жовчі куксою міхурової протоки, а також проведення морфо-функціональної оцінки трансплантата в динаміці спостережень.

Матеріал та методи дослідження. Для виконання поставлених задач в умовах експерименту було досліджено 21 безпородну собаку, попередньо витриманих в карантинному режимі. До постановки моделі експерименту та в його динаміці всім тваринам проводились біохімічні дослідження крові. Проводилась пластика «дефекту» загальної жовчної протоки з використанням кукси міхурової протоки. Місця анастомозів, після евтаназії, досліджувались загально-гістологічними методами на 3, 7, 14, 30, 90 та 360 добу.

Статистичну обробку даних проводили з використанням програми «STATISTICA FOR WINDOWS 7.0» (StatSoft Inc., США). Розраховували середнє (M), похибку середнього (m), достовірними результати вважались при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Модель експерименту: після премедикації, яка повністю пригнічувала захисні рефлекси та рухові реакції тварин, під гексеналовим наркозом виконувалась лапаротомія за С.П.Федоровим. Виконували субсерозну холецистектомію «від дна» в модифікації В.С.Шевченка. Нижче зони злиття загальної жовчної протоки з міхуровою протокою на протязі 2 см вилучали сегмент загальної жовчної протоки. Проксимальний кінець двічі перев'язували наглухо. На дистальний відділ накладали дві нитки-утримувачі (рис. 1). Звертали увагу на максимальне збереження живлення кукси міхурової протоки та супрадуоденального відділу холедоха. За допомогою атравматичних голок та «П»-подібних швів виконували анастомозування «кінець в кінець», з'єднуючи куксу міхурової протоки з супрадуоденальним відділом холедоха (рис. 2, рис. 3). Зону анастомозу перетонізували. З метою попередження післяопераційної внутрішньопротокової гіпертензії операцію доповнювали гепатикостомією на зовнішньому дренажі (рис. 4).

При гістологічному вивченні на ранніх строках (3 – 14 доба) ділянок анастомозу виявляли запальну інфільтрацію. На стінці протоків спостерігався застій жовчі, явища дистрофії та десквамації епітелію слизової оболонки. В більш пізні строки експерименту (30 – 90 доба) спостерігали зменшення набряку у всіх оболонках анастомозу. По його діаметру чітко спостерігається нашарування епітелію на фоні фібробластичної реакції і колагеноутворення, кровоносні судини залишаються дилатірованими на тлі стазу та підвищеного вмісту формених елементів. У віддалені строки експерименту (360 діб) ознаки запальної реакції майже відсутні. В ділянці «з'єднання» анастомозу на всій його довжині чітко сформований епітеліальний покрив з наявністю колагенових волокон. У всіх шарах анастомозу спостерігається сітка новоутворених кровоносних і лімфатичних судин, практично без стазу.

У всіх експериментах спостерігався чітко сформований функціональний анастомоз. Таким чином, дослідження можливості використання кукси міхурової протоки для пластики дефекту загальної жовчної протоки із значним діастазом її кінців, дозволили виявити ряд особливостей. В екстремальній ситуації, в результаті випадкового пошкодження або навіть часткового видалення протоки, коли поновити її цілісність через значний діастаз кінців неможливо, хірург може вдатися до заміщення утвореного дефекту за допомогою кукси міхурової протоки. Така можливість

завжди є в клініці, якщо у хворого в анамнезі не було холецистектомії. Анатомічна цілісність, однорідність гістологічної будови, функціональна тотожність міхурової протоки з іншими відділами магістральної жовчовивідної системи, дає досить перспективні можливості її використання в екстремальній ситуації для відновлення цілісності холедоха.

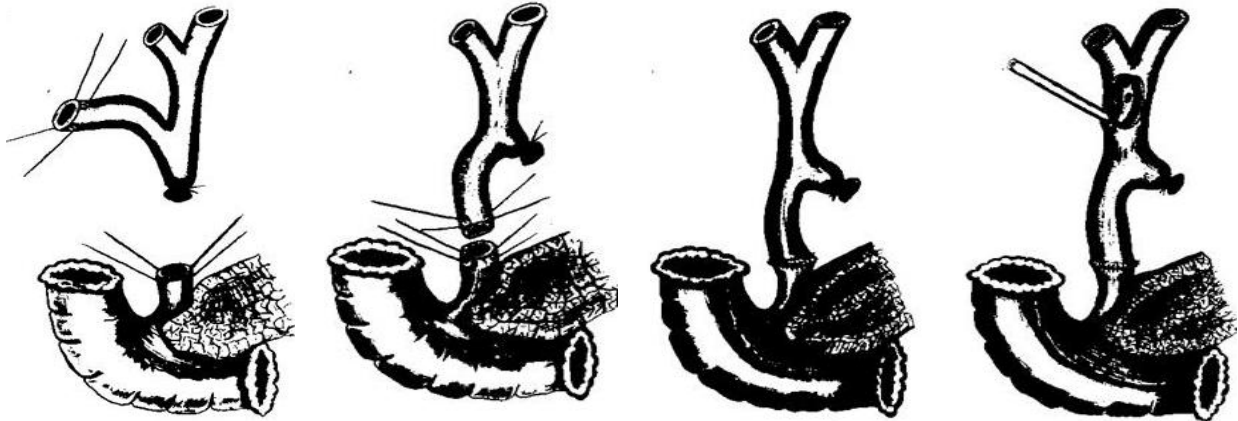


Рис.1.Видалення сегмента холедоха.

Рис.2 Анастомозування кукси холедоха та підготовка міхурової протоки.

Рис. 3. Сформований анастомоз.

Рис. 4. Гепатикостомія на зовнішньому за типом «кінець в кінець» дренажі.

Послідовні виконання всіх елементів запропонованої моделі пластики з максимальною герметичністю слизової оболонки та використання «П»-подібних швів допомагає створити діючий анастомоз і цим самим успішно вирішити екстремальну ситуацію. Гістологічні дослідження зони анастомозу переконливо свідчать про значну зустрічну епітелізацію діаметра анастомозу, хоч зустрічаються і ділянки колагенових волокон. При правильному виконанні анастомозу створюються сприятливі умови для забезпечення фізичної та біологічної герметичності швів. Цим самим створюється функціонуючий анастомоз.

Висновки

1. Для заміщення в екстремальних ситуаціях дефекту загальної жовчної протоки із значним діастазом її кінців може бути використана в якості трансплантата кукса міхурової протоки.
2. Для забезпечення життєздатності та нервово-рефлекторних зв'язків зформованої артифіціальної загальної жовчної протоки завжди необхідно зберігати судинне живлення кукси міхурової протоки. Використання атравматичних голок та «П»-подібного шва створюють сприятливі умови для герметичності анастомозу.
3. Запропонована модель ауто трансплантата куксою міхурової протоки створюють функціональну артифіціально загальну жовчну протоку. Макроскопічні та мікроскопічні зміни в зоні «з'єднання» анастомозу є наслідком реакції організму на травму і зворотної компенсаторної реакції на нові умови функціонування анастомозу. Результати експериментальних досліджень дозволяють рекомендувати використання запропонованої моделі в клінічній практиці.

Список літератури

1. Baran L. N. Plastika obshhego zhelchnogo protoka autotransplantatom tonkoj kishki v jeksperimente / L. N. Baran, V. S. Shevchenko // Klinicheskaja hirurgija. – 1988. - № 11. – S. 20-21.
2. Vakulin G. V. Anomalii stroenija vnepechenochnyh zhelchnyh protokov u bol'nyh s zhelchnokamennoj bolezn'ju / G. V. Vakulin, V. Ja. Vasjutkov, R. N. Chirkov // Morfologija. – 2006. – T. 130, № 5. – S. 31.
3. Dubinin S. I. Dejaki varianti krovopostachannja zhovchnogo mihura. Zb.: Individual'na anatomichna minlivist' organiv, sistem, tkanin ljudini ta її praktichne znachennja (do 80 richchja z dnja narodzhennja Zolotar'ovoї T.V.) / S. I. Dubinin, S. V. Malik // Metar.mizhnar. konf. Poltava, - 1993 - S.87-88.
4. Dubinin S. I. Morfofunkcional'nij stan pechinki ta pechinki, zhovchnogo mihura ta magistral'nih zhovchovidnih protok pri jeksperimental'nomu gostromu holecistiti u sobak / S. I. Dubinin // Vestn. problem biologii i mediciny. Poltava-Har'kov, - 1997- №28 - S.76-84.
5. Dubinin S. I. Vikovi zmini zhovchnogo mihura ljudini / S. I. Dubinin, N. A. Ulanovs'ka-Ciba // Klinichna anatomija ta operativna hirurgija. – 2006. - № 2. – S. 28-29.
6. Ivashkina V. T. Bolezni pečeni i zhelchevyvodjashhij putej / V.T. Ivashkina // – М.: ООО «Izd.dom» M-Vesti».- 2002.– 416 s.
7. Konovalov D. Ju. Makroskopicheskaja topografija vnepechenochnyh zhelchnyh putej / D. Ju. Konovalov // Morfologija, - 1995 - №1 - S.70-72.
8. Perec I. V. Novyj sposob holecistjektomii / I. V. Perec // Klinicheskaja hirurgija. - 1993. - № 2. - S. 24-26.
9. Skripnikov N. S. Jeksperimental'nyj holecistit / N. S. Skripnikov, V. S. Shevchenko, S. I. Dubinin // Monografija. - Poltava, - 1991. - 52 s.

10. Ulanovs'ka-Ciba N. A. Vikovi zmini v budovi slizovoi obolonki zhovchnogo mihura ljudini / N. A. Ulanovs'ka-Ciba // Visnik morfolohii. - 2008. - № 14 (1). - S. 36-39.
11. Shevchenko V. S. Hirurgicheskie aspekty v norme i pri patologii vnepechenochnykh zhelchnykh protokov / V. S. Shevchenko, S. I. Dubinin, S. V. Malik // V sb.: Novosti sportivnoy i medicinskoj antropologii. M.: - 1991 - 119 s.
12. Shevchenko V. S. Aspekty vosstanovitel'nykh operacij na magistral'nykh zhelchnykh protokah / V. S. Shevchenko, S. I. Dubinin, L. N. Baran // V sb.: Diagnostika i lechenie dobrokachestvennykh zabolovanij zhelchnykh protokov. Tula, - 1991 - S. 360-362.
13. Shevchenko V. Hirurgija obshhego zhelchnogo protoka / V. S. Shevchenko, N. S. Skripnikov, S. I. Dubinin [i dr.] // Monografija. - Poltava, - 1993. - 148 s.
14. Bielik J. Cholecystolitiata u zien vo veku 31-50 rokov / J. Bielik // Cs. gastroenterol. a vyziva, - 1990, Vol. 44, N. 5, P. 322-326.
15. Nesland J. M. Chronic cholecystitis / J. M. Nesland // Ultrastructural Pathology Journal. 2004. - Vol. 28, N 3. - P. 121-123.

Реферати

ПЛАСТИКА ХОЛЕДОХА КУЛЬТЕЙ ПУЗРИНОГО ПРОТОКА

Дубинин С. И., Малик С. В., Улановська-Цыба Н. А., Лавренко Д. А., Рябушко Е. Б., Передерий Н. А.

В работе, в условиях экспериментального исследования, предложена модель пластики общего желчного протока в экстремальных ситуациях с использованием культы пузырного протока с последующей гепатикотомией на наружном дренаже. Результаты экспериментальных исследований могут быть предложены для использования в клинике.

Ключевые слова: холецистит, пластика дефекта холедоха.

Стаття надійшла 17.12.2014 р.

PLASTIC SURGERY OF CHOLEDOCHUS BEING PERFORMED BY CYSTIC DUCT STUMP

Dubinin S. I., Malik S. V., Ulanovska-Tsyba N. A., Lavrenko D. O., Ryabushko O. B., Perederiy N. O.

In this work, under conditions of experimental researches, the model of the common bile duct plastic in emergency situation using cystic duct stump with further hepatotomy on external drains has proposed. The results of experimental studies may be appropriate for use in the clinic.

Key words: cholecystitis, choledochus plastic defect.

Рецензент Шепітько В.І.

УДК 616-001: 57.083.3

Е. Ю. Забенько, Т. А. Пивнева
Институт физиологии им. А. А. Богомольца, г. Киев

ВЛИЯНИЕ ПОВТОРНОЙ ЛЁГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ПОВЕДЕНИЕ МЫШЕЙ В «ОТКРЫТОМ ПОЛЕ»

Лёгкая черепно-мозговая травма, часто отождествляемая с сотрясением головного мозга, составляет около 80% всех случаев черепно-мозговых травм. В связи с недостаточной чувствительностью общепринятых диагностических методов патофизиология лёгкой черепно-мозговой травмы остаётся малоизученной. До недавнего времени была доступна информация только о внешних проявлениях сотрясения головного мозга, таких как потеря сознания, амнезия, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость и др. Целью нашего исследования является изучение изменений в поведении мышей после экспериментальной повторной лёгкой черепно-мозговой травмы. При проведении поведенческого теста «Открытое поле» у травмированных животных наблюдали снижение локомоторной активности и повышения уровня тревожности к пятому и десятому дню со дня первого удара и восстановлению соответствующих характеристик до уровня контроля к тридцатому дню.

Ключевые слова: повторная легкая черепно-мозговая травма, поведенческие тесты.

Робота являється фрагментом НІР "Клітинні сигнальні системи в нормі та патології" (0113U007273).

Понятие лёгкой черепно-мозговой травмы (лЧМТ) связывают с сотрясением головного мозга, которое наиболее часто имеет место при транспортно-дорожных происшествиях, занятиях контактными видами спорта (бокс, футбол, хоккей и др.) и в военных условиях [2, 4, 13]. Согласно определению Центра по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/concussion>), эта разновидность закрытой травмы является последствием ударов, столкновений и встрясок. Хотя в ближайшей перспективе сотрясение головного мозга не угрожает жизни, оно может привести к устойчивым когнитивным, поведенческим и психическим осложнениям [1, 9]. Кроме этого, повторяемость случаев лЧМТ повышает риск отсроченного развития таких нейродегенеративных патологий, как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, хроническая травматическая энцефалопатия и др. [5, 12, 14].

Точная диагностика нейродегенеративных процессов вскоре после непосредственного повреждения головного мозга практически невозможна и такие общепринятые методы, как магниторезонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ) и электроэнцефалография (ЭЭГ), оказываются недостаточно чувствительными для определения патологических процессов, происходящих на тканевом уровне [1, 4]. Посмертное извлечение головного мозга, подвергаемого единичным или множественным сотрясениям, пока является единственным способом исследования соответствующих изменений у человека. В частности,