

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Матеріал фіксували в 10% нейтральному формаліні. Надалі препарати проводилися по спиртах зростаючої концентрації і заливалися в парафінові блоки, з яких готувалися зрізи товщиною 4–5 мкм. Отримані гістологічні препарати фарбували за допомогою гістологічних методик – гематоксиліном і еозином і за ван-Гізон. Застосовували також гістохімічні методики: компоненти сполучної тканини виявляли методикою трихром–Масон; кислі глікозаміноглікани – толуїдиновим синім. Гістологічні препарати вивчали з використанням мікроскопа «Olympus BX 51», цифрової камери «Olympus C 5050 Z» і програмного забезпечення «Olympus DP-Soft».

Результати. В результаті цих досліджень було виявлено, що від лінії накладання електродів до периферичних відділів смугастого м'яза формується три зони морфологічних змін: зона коагуляційного некрозу з втратою клітинної і тканинної структурної організації і формуванням щільного електрозварювального шва. Ця зона знаходиться між поверхнями електродів; зона коагуляційного некрозу зі збереженням характерною клітинної і тканинної структурної організації. Ця зона безпосередньо прилягає до електродів і поширюється на 1–2 мм до периферії; зона парціального коагуляційного некрозу і дистрофічних змін зі збереженням ознак життєдіяльності окремих клітинних і тканинних структур. Ця зона поширюється дистально попередньої зони на глибину до 0,5 см.

Температура, виміряна при нагріванні живої тканини джерелом–зварювачем, коливалась від 4 до 146 °С. Середня робоча температура під час зварювання склала 88,4 °С.

Висновки:

1. Міцність з'єднання тканин в зоні утворення електрозварювального шва залежить від ступеня гомогенізації тканин, що утворюють його субстанцію. Основним компонентом субстанції електрозварювального шва, який надає йому міцності, є колагенові волокна тканин.
2. При біполярному зварюванні біологічних тканин нагрів здійснюється внаслідок виділення тепла в електропровідній біологічній рідині, що є електролітом, при проходженні через неї електричного струму.
3. Тверді речовини біологічних тканин, що оточують біологічні рідини або що знаходяться в них, не електропровідні, електричним струмом не нагріваються і, отже, завжди більш холодні за рідини.

Современные методы диагностики и лечения ТЭЛА

А. А. Никоненко¹, А. С. Никоненко^{1,2}, С. А. Матвеев¹, В. В. Осауленко²,
С. Ю. Наконечный²

¹ Запорожский государственный медицинский университет,

² Запорожская медицинская академия последипломного образования

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – распространенное заболевание, и является одной из основных причин внезапной смерти и инвалидности в мире. По данным мировой литературы ТЭЛА встречается с частотой вот 0,5 до 2 случаев на 100000 населения, а среди пациентов старше 75 лет – 1 на 100. Золотым стандартом диагностики ТЭЛА считается ангиопульмонография (АПП), однако доступная сравнительно недавно мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки (МСКТ ОГК) с внутривенным контрастным демонстрирует более информативные результаты.

Целью исследования было улучшить результаты диагностики, профилактики и лечения ТЭЛА.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 146 больных с диагнозом ТЭЛА, находившихся на стационарном лечении, в отделении кардиохирургии Запорожской областной клинической больницы в период с января 2013 по январь 2016 г.г. МСКТ ОГК была проведена 96 (65,8%), остальным – 49 (33,6%) селективная АПГ. Степень эмболии ветвей легочной артерии, по результатам АПГ, оценивали с помощью индекса Миллера, аналогичным способом оценивали степень эмболии по результатам МСКТ ОГК. Индекс Миллера от 1 до 16 – немассивная ТЭЛА, с 17 до 21 включительно – субмассивная, 22 и более – массивная ТЭЛА. ТЛТ при массивной и субмассивной ТЭЛА и отсутствии противопоказаний к тромболизису выполняли 113 (77,4%) пациентам. В остальных случаях, для лечения использовали только антикоагулянты проводили в остальных случаях, у 33 (22,6%) пациентов. Контрольную АПГ или МСКТ ОГК выполняли на 3–и – 4–е сутки после тромболизиса. Положительным результатом тромболизиса считали снижение индекса Миллера ниже 16 или полный лизис тромбоэмболов, нормальные показатели сатурации кислорода, артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений, исчезновение одышки.

Результаты исследования и обсуждение. В группе тромболитической терапии, хороший результат лечения после первичного тромболизиса получен у 92 (81,4%) пациентов, 15 (13,3%) пациентам был проведен повторный тромболизис альтеплазой с хорошим клиническим эффектом. После использования тромболитической терапии из 113, 107 (94,7%) пациентов были выписаны из стационара с клиническим улучшением. У пациентов с лечением только антикоагулянтами положительный результат получено у 31 (93,9%) пациентов. В нашем исследовании 138 (94,6%) пациентов выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность составила 5,5%, и при строгом выполнении профилактических мероприятий по предупреждению геморрагических осложнений и рецидивов ТЭЛА уровень летальности можно снизить значительно ниже.

Выводы

1. При тяжелой ТЭЛА, сопровождается гемодинамическим шоком, при угрозе кровотечения, при относительных противопоказаниях к тромболизису, целесообразнее использовать r-tPA чем стрептокиназу благодаря более быстрому лизису.

2. Для предупреждения геморрагических осложнений необходимо тщательное обследование пациентов для выявления возможных источников кровотечения и определения противопоказаний к ТЛТ.

Хірургічна профілактика венозного тромбоемболізму

А. О. Никоненко¹, Д. А. Буга², Є. В. Єрмолаєв², І. В. Перцов¹

¹Запорізький державний медичний університет,

²Запорізька медична академія післядипломної освіти

Актуальність: Актуальність проблеми обумовлена значною поширеністю тромбозів глибоких вен (ТГВ) з загрозою тромбоемболічних ускладнень. У 35,3 – 41,0% хворих, госпіталізованих з ТГВ в системі нижньої порожнистої вени, діагностується ембологенний характер тромбозу (Кириєнко А.І. і др., 2004 г.). Антикоагулянтна терапія сприяє обмеженню росту тромбу (Седова В.М., 2004 г.), але не завжди перешкоджає розвитку