

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акоев И. Г. Современные проблемы радиобиологии ЭМИ радиочастотного диапазона // Радиобиология. — 1980. — 20, №1. — С. 3-8.
2. Бездольная И. С., Думанский Ю. Д., Смоля А. Л. О биологической активности электромагнитного поля декаметрового диапазона частотой 24 МГц // Врачеб. дело. — 1991. — №3. — С. 49-51.
3. Суворов Н. Б., Медведева М. В., Василевский Н. Н. и др. Кумуляция биологических эффектов микроволн и ее отражение в поведении, работоспособности, приросте массы тела и состоянии нейронов головного мозга // Радиобиология. — 1989. — 29, №5. — С. 660-666.

Наук.-дослід. ін-т загальної і комунальної гігієни ім. О. М. Марзєсєва
М-ва охорони здоров'я України, Київ

Матеріал надійшов
до редакції 16.03.92

УДК 616.367-089.48-089.819.4

Р. І. Вайда, О. Б. Слабий, А. Р. Вайда, О. Г. Шульгай

Новий спосіб канюлювання загальної жовчної протоки в експерименті

Предлагаемый способ канюлирования общего желчного протока прост, легко выполним и позволяет проводить исследование гидродинамики желчи, желчеобразование в течение необходимого времени. После удаления холедохостомной трубки герметичность системы полностью сохраняется. В результате гидростатического давления желчи стенки инвагинированной культи пузырного протока быстро спадают и перекрывают ее просвет, а наличие кисетного капронового шва в устье культи препятствует деинвагинации. В результате интенсивной репарации серозной и субсерозной оболочек, покрывающих пузырный проток, происходит быстрое закрытие стомы. Эффект предлагаемого способа канюлирования общего желчного протока через инвагинированную культи пузырного протока подтверждается нормальным течением послеоперационного периода, отсутствием желчных свищей после удаления трубки.

Вступ

Для вивчення жовчеутворення та гідродинаміки в умовах непрохідності жовчної протоки, а також після корекції холестазу в експерименті широко використовується метод канюлювання холедоха катетером через куксу жовчного міхура [1, 2]. Але після хірургічної корекції холестазу (холедоходуоденостомії) виймання катетера не забезпечує швидкого зростання стінок кукси міхурної протоки і надійного запобігання утворенню жовчних нориць. Тому метою нашого дослідження стала розробка такого способу канюлювання загальної жовчної протоки, який був би позбавлений недоліків згаданого вище методу. Відмінність запропонованого нами способу від того, що й досі широко використовується, складається з того, що тунель до отвору загальної жовчної протоки формується з серозного покриття інвагінацією в нього кукси міхурової протоки, що дозволяє досягти надійної герметичної облітерації після виймання катетера.

Методика

Канюлювання здійснювали так. При загальній анестезії у тварини учиняли серединну лапаротомію від мечовидного відростку до пупка. Рану

© Р. І. ВАЙДА, О. Б. СЛАБИЙ, А. Р. ВАЙДА, О. Г. ШУЛЬГАЙ, 1992

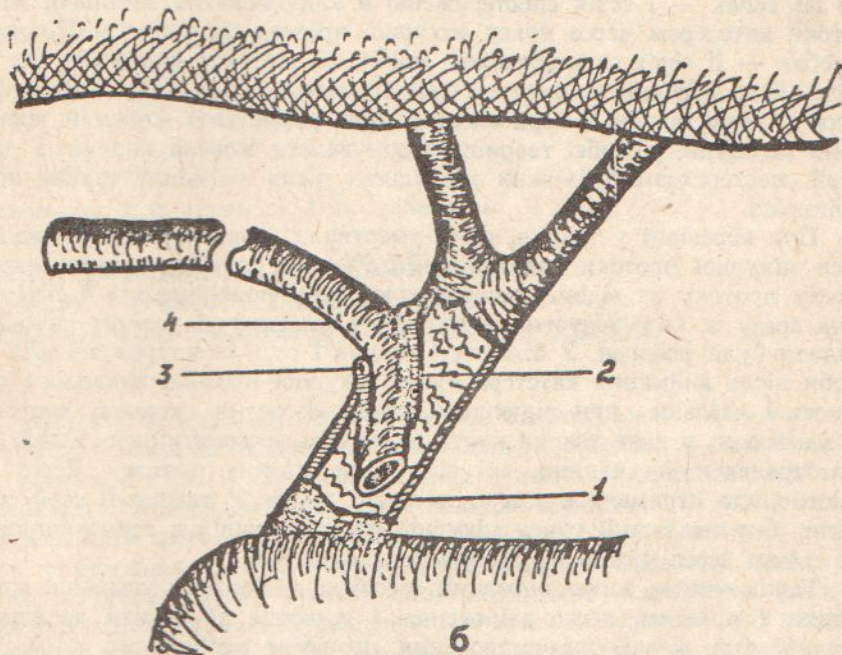
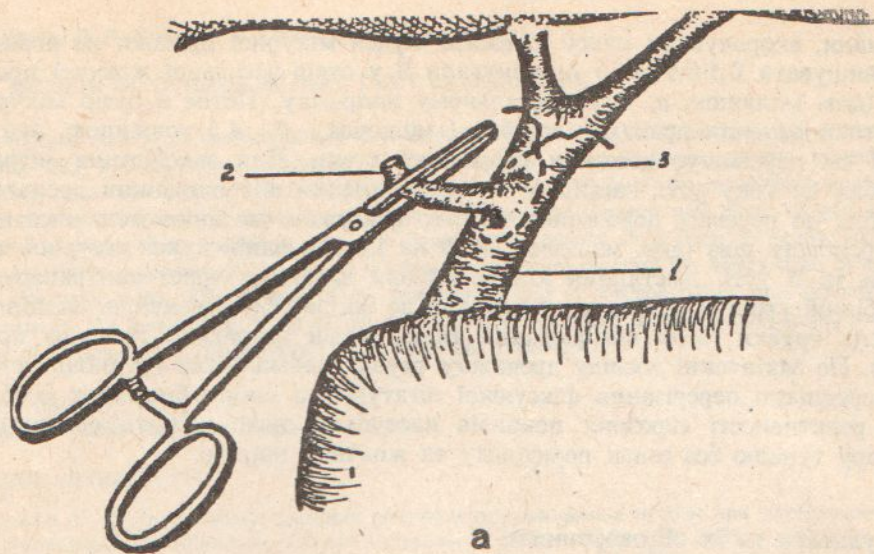


Схема каниювання загальної жовчної протоки. Пояснення у тексті.

швидко розводили ранорозширювачем. На шийку жовчного міхура у місці її переходу у міхурну протоку накладали два затискачі. Поміж затискачів міхурну протоку перерізували. Підтягуючи догори за проксимальний затискач, надрізуали очеревину вздовж передньої складки поміж міхуром та печінкою і за допомогою марлевого тупфера видаляли міхур з ложа. Міхур виймали, а його ложе вшивали двома-трьома кетгутівими швами. Іноді у собак жовчний міхур мав брижу і тоді його легко виймали після перерізання брижі. Дистальний затискач з міхурної протоки (малюнок, а)

знімали, вкорочували куксу (довжина кукси міхурної протоки не повинна перевищувати 0,5-0,6 см) і інвагінували її у отвір загальної жовчної протоки (див. малюнок, а, 1) у дистальному напрямку. Потім в отвір міхурної протоки вводили дренажну трубку (малюнок, б, 4) довжиною, яка на 1-1,5 см перевищує довжину скороченої кукси. Для запобігання міграції трубки до боку устя загальної жовчної протоки або випадіння дренажної трубки до черевної порожнини катетер фіксували за допомогою кисетного капронового шва (див. малюнок, б, 3) на інвагінованій куксі міхурної протоки та її усті. Дистальний кінець трубки виводили через контрапертуру на бічній стінці і додатково фіксували до шкіри. Рану зшивали. Зовнішній кінець трубки після вимірювання тиску жовчі закривали гумовою пробкою. По закінченні дослідження дренажну трубку виймали без труднощів після попереднього перерізання фіксуючої лігатури на шкірі. Внаслідок особливої реактивності серозних покривів наступала дуже швидка облітерація отвору тунелю без ознак перитоніту та жовчних нориць.

Результати та їх обговорення

Проведене нами дослідження динаміки тиску жовчі у тварин, у яких була перев'язана загальна жовчна протока і зроблені подальша (через 20 діб після холестазу) холедоходуоденостомія за запропонованою нами методикою (15 собак — I серія спостережень) й канюлювання загальної жовчної протоки катетером через куксу міхурної протоки за методом Піковського (16 собак — II серія спостережень), показало, що тиск жовчі під час холестазу і його корекції змінюється односпрямовано. Але після виймання катетера у двох тварин II серії спостережень розвинувся жовчний перитоніт і вони загинули; у однієї тварини сформувалася жовчна нориця. У тварин I серії спостережень будь-яких ускладнень після виймання трубки не спостерігалось.

При перевірці у тварин, яких умертвили, герметичності й надійності кукси міхурної протоки нагнітанням 0,5%-ного розчину синього еванса у жовчну протоку за відомою методикою після попереднього її перетискання зразу ж над співустьям холедоходуоденостоми і у воріт печінки результати були різними. У більшості тварин I серії спостережень вже через 3 доби після виймання катетера кукса міхурної протоки виявилася герметичною. І тільки при підвищенні тиску всередині жовчної протоки до 300 мм вод.ст. у двох тварин кукса виявилася негерметичною. Синій Еванса забарвлював її тканини, які оглядали жовчну протоку. Через 7 діб герметичність отримана в усіх тварин цієї групи. У тварин II серії спостережень (без інвагінації кукси міхурної протоки) надійна герметичність настає тільки через місяць після виймання катетера.

Таким чином, запропонований спосіб канюлювання загальної жовчної протоки є простим, легко здійснюваним і дозволяє провадити дослідження гідродинаміки жовчі, жовчеутворення протягом необхідного часу. Після виймання холедоходуоденостомної трубки герметичність системи цілком зберігається. Внаслідок гідростатичного тиску жовчі стінки інвагінованої кукси міхурної протоки швидко спадаються і перекривають устя кукси. Наявність кисетного шва в усті кукси міхурної протоки попереджує реінвагінацію кукси після виймання катетера. У зв'язку з швидкою тканинною репарацією серозної й субсерозної оболонки, які покривають міхурну протоку, відбувається й швидке заростання томи. Цим досягається не тільки профілактика перитоніту і жовчних нориць, але й розвиток у післяопераційний період «несправжнього міхура».

R. I. Vayda, O. I.

NEW METHOD

The proposed studying bile completely preserve the cystic duct presence of pur Good reparation rapid closing of by means of the course and abse

Medical Institute Ministry of Pub

СПИСОК ЛІТЕ

1. Курлат Н. турации же.
2. Пиковский — N 9. — C

Тернопіль. мед. М-ва охорони

УДК 616.45—00

Л. М. Тарасен

Корекція протеолізу в крові п

В експериментального вогнища гордоки при стресс-ментов, сої протеиназ. за, предупредит стрессорного гибиторов повреждения

Вступ

Відомо, що посилення болічної інтенсивності [3,6].

Мета та зміст с

© Л. М. ТАРАС

ISSN 0201-8489

NEW METHOD OF COMMON BILIARY DUCT CANNULATION

The proposed method of common biliary duct cannulation is simple, easily performed and permits studying bile hydrodynamics biligenesis for a necessary time. Tightness of the system is completely preserved after removal a choledochostomical tube. Walls of the invaginated stump of the cystic duct are swiftly abated as a result of hydrostatic pressure and cover its gap. The presence of purse string kapron suture in a stump orifice creates an obstacle to deinvagination. Good reparation properties of serous and subserous membranes, covering the biliary duct, promote rapid closing of stoma. Effectiveness of the proposed method of common biliary duct cannulation by means of the invaginated stump of the cystic duct is confirmed by the smooth postoperative course and absence of a biliary fistulum after the tube removal.

Medical Institute,
Ministry of Public Health of Ukraine, Ternopol

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Курлат Н. Э. Определение давления печени и гидродинамика печени при длительной обтурации желчных протоков. //Клин. хирургия. — 1989. — N 9. — С. 21-23.
2. Пиковский Д. Л. Декомпрессионный дренаж желчных путей //Вестн. хирургии. — 1966. — N 9. — С. 64-65.

Тернопіль. мед. ін-т
М-ва охорони здоров'я України

Матеріал надійшов
до редакції 08.01.92.

УДК 616.45—001.1/3—092.9

Л. М. Тарасенко, Т. О. Дев'яткіна, В. П. Гребеннікова

Корекція городоксом надмірної активності протеолізу та вмісту сіалових кислот в крові під час емоційного впливу на кролів

В эксперименте на кроликах изучено влияние острого эмоционального стрессорного воздействия на активность протеолиза и содержание свободных сиаловых кислот в крови в обычных условиях и после предварительного введения гордокса. Установлено, что параллельное повышение их концентрации при стрессорном воздействии отражает деградацию гликопротеинов и фрагментов, содержащих сиаловые кислоты, под влиянием возросшей активности протеиназ. Гордокс, наряду с угнетением избыточной активности протеолиза, предупреждает повышение концентрации сиаловых кислот под влиянием стрессорного воздействия. Сделан вывод о целесообразности применения ингибиторов протеолитических ферментов с целью профилактики клеточных повреждений при стрессе.

Вступ

Відомо, що початковий етап розвитку стрес-синдрому характеризується посиленням катаболічних процесів [4]. Однак механізми виникнення катаболічної фази стресу вивчені недостатньо. Вважають, що підвищення інтенсивності протеолізу є неспецифічною реакцією на надмірні подразнення [3,6].

Мета цієї роботи — дослідити активність протеолітичних ферментів та вміст сіалових кислот у крові під час гострого емоційного діяння за

© Л. М. ТАРАСЕНКО, Т. О. ДЕВ'ЯТКІНА, В. П. ГРЕБЕННІКОВА, 1992

ISSN 0201-8489. Физиол. журн. 1992. Т. 38, № 4