

2. Aradhya K. W. Recent developments in vasectomy / K. W. Aradhya, K. Best, D. Sokal // Br.Med.J. – 2005. - Vol.330 – P. 296 – 299.
3. Handelsman D. J. Male contraception / D.J. Handelsman // - W.B.Sauers: Philadelphia, - 2005. – P.3247-3256.
4. Sokal D. C. Wasertomy bulidation andexcion with or without fascial interposition: a randomized controlled trial / D.C. Sokal, B. Insula, M. Haus // BMS Med.-2004. – Vol.2 - 6 p.
5. Schill W. B. Andrology for the clinician / W. B. Schill, F. H. Comhaire, T. B. Harqreave // – M. -2011. – 739 p.
6. Zabrecque M. Wasertomyreversal niques: a systematic revien / M. Zabrecque, C. Dufresne, M. A. Baran // BMS Med.-2004. – Vol.2-21p.
7. Weiske W.H. Vasectomy / W. H. Weiske // Andrologia – 2002. – Vol.33. – P.125 – 134.

Реферати

СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ФЕРИЛЬНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Грицуляк Б. В., Грицуляк В. Б., Долинко Н. П., Ивасюк И.
Й., Лисова Т. А.

Исследованы цитологические изменения в яичке и эякуляте у 36 лабораторных крыс в условиях блокады семявыносящего протока и его реканализации путем бужирования. Установлено достоверное увеличение количества в извитых семенных трубках первичных и вторичных сперматоцитов и сперматид, а в эякуляте - улучшение морфологических показателей сперматозоидов и кинезисграммы.

Ключевые слова: блокада семявыносящего протока, бужирование, сперматогенез.

Стаття надійшла 14.01.2017 р.

METHOD OF REHABILITATION FERTILITY EXPERIMENT

Hrytsulyak B.V., Hrytsulyak V.B., Dolyenko N.P., Ivasyuk
I.Y., Lisova T.A.

Investigated cytological changes in the testis and ejaculate in 36 laboratory rats in conditions of blockade and its ejaculatory ducts recanalization by bouginage. Was found likely to increase the number of convoluted seminiferous tubules of primary and secondary spermatotsytiv and spermatids, and ejaculate - improvement of sperm morphological parameters and kinezyshramy.

Key words: block the ejaculatory ducts, bouginage, spermatogenesis.

Рецензент Старченко І.І.

УДК 616.366 – 002- 092.9

С. І. Дубійін, С. В. Малік, Н. А. Улановська-Циба, Д. О. Лавренко, О. Б. Рябушко, Н. О.
Передерій

ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТУ ХОЛЕДОХА СЕГМЕНТОМ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА

В дослідженні запропонована нова модель пластики дефекту загальної жовчовивідної протоки в екстремальних ситуаціях, використавши сегмент стінки жовчного міхура з послідуочим зовнішнім дренаванням в експериментальних умовах. Результати експериментальних досліджень можуть бути запропоновані для використання в клініці.

Ключові слова: пластика дефекту холедоха, холецистит.

Робота є фрагментом НДР «Вікові аспекти структурної організації органів імунної системи, залоз шлунково-кишкового тракту та сечо-статевої системи людини в нормі і патології», номер держреєстрації 0111U004192.

Враження позапечіткових жовчних проток щорічно збільшується, потребує реконструктивних оперативних втручань, для відновлення пасажу жовчі. Як клінічні хірурги, так і експериментатори поглиблено досліджують умови та можливості заміщення дефекту загальної жовчної протоки, використовуючи різноманітні гетерогенні та аутогенні трансплантати та синтетичні протези [3, 5, 6,10]. Часто однією з причин порушення прохідності магістральних жовчних проток є запальні процеси, які супроводжують ускладнені форми холециститу, 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 позапечіткових жовчних протоках, вроджені вади [1, 2, 4, 9, 14].

Випадково пошкодивши загальну жовчну протоку, хірург потрапляє в складну ситуацію. Наявність діастазі закінчень не дозволяє поновити її цілісність. При таких ситуаціях застосовують анастомозування з органами травної системи, або один з існуючих методів пластики загальної жовчної протоки. Фіксує апарат печінка робить її малорухомою в черевній порожнині. Ця анатомічна особливість має відповідне значення в хірургії жовчовивідних шляхів. Для відведення печінки вліво і створення більш сприятливих умов оперування на елементах печінково-дванадцятипалої зв'язки, жовчному міхурі і магістральних протоках, хірург вимушений перетинати круглу та серпоподібної зв'язки [7, 8, 11, 12, 13].

Метою роботи було вирішення проблеми відновлення загальної жовчної протоки та природного 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 сегменту стінки жовчного міхура. 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 вважалися при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Модель експерименту: дослідним тваринам проводилась премедикація, яка повністю пригнічувала захисні рефлекси та рухові реакції тварин, під гексеналовим наркозом виконувалась лапаротомія за С.П.Федоровим. На дно жовчного міхура накладували кисетний шов між двома нитками-утримувачами для проведення пункції з метою видалення жовчі (рис.1).



Рис.1. Накладання «касетного» шва.



Рис.2. Сформований трубчатий канал з та ниток-утримувачів, сегмента стінки жовчного міхура.

При гістологічному дослідженні на ранніх строках (3 – 14 доба) ділянок анастомозу виявляли запальну інфільтрацію. Мезотелій в стані відшарування та десквамації. На внутрішній поверхні анастомозу зустрічались ділянки колагенових волокон. На стінці протоків спостерігався застій жовчі, явища дистрофії та десквамації епітелію слизової оболонки.

Після евакуації жовчі, кисетний шов затягували. За допомогою УКЛ формували трубчатий стебель таким чином, щоб його просвіт був приблизно однаковий з діаметром міхурової протоки та був ніби його продовженням (рис.2). Поміж нитками-утримувачами в області дна через усі шари видаляли стінку жовчного міхура і таким чином отримували отвір сформованого трубчатого каналу (рис.3). Нижче зони злиття загальної жовчної протоки з міхуровою протокою створювали штучний дефект загальної жовчної протоки на протязі 2 см. Проксимальний кінець двічі перев'язували наглухо. Сформований трубчатий канал та куску загальної жовчної протоки герметично зашивали П-подібними швами за допомогою атравматичних голок. Звертали увагу на максимальне збереження живлення супрадуоденального відділу холедоха. Зону анастомозу перетонізували. З метою попередження післяопераційної внутрішньопротокової гіпертензії операцію доповнювали гепатикостомією на зовнішньому дренажі (рис. 4).

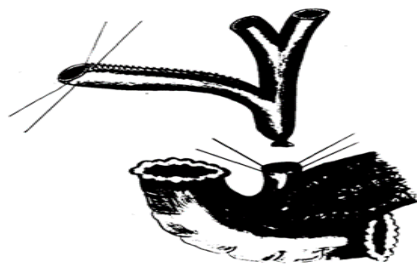


Рис.3. Видалення сегменту.



Рис. 4. Кінцевий варіант загальної жовчної пластики загальної протоки, жовчної протоки.

В більш пізні строки експерименту (30 – 90 доба) спостерігали зменшення набряку у всіх оболонках анастомозу. Досить часто спостерігалось формування епітелію, на незначних ділянках – острівки колагенових волокон. Кровоносні судини залишаються дилатірованими на тлі стазу та підвищеного вмісту формених елементів.

На 360 добу експерименту ознаки запальної реакції збереглись у вигляді невеличких зон, по всій ділянці анастомоза добре сформований епітелій. Залозний апарат без суттєвих змін, що свідчить про функціональну спроможність сформованого анастомозу.

Таким чином, дослідження можливості використання сегменту стінки жовчного міхура 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 вдається до заміщення утвореного дефекту за допомогою стінки жовчного міхура. Така можливість завжди є в клініці, якщо у хворого в анамнезі не було холецистектомії. Анатомічна цілісність, однорідність гістологічної будови, функціональна тотожність дає досить перспективні можливості її використання в екстремальній ситуації для відновлення цілісності холедоха.

Гістологічні дослідження зони анастомозу переконливо свідчать про значну зустрічну епітелізацію діаметра анастомозу, хоч зустрічаються і ділянки колагенових волокон.

Завдяки правильному виконанні анастомозу створюються сприятливі умови для забезпечення фізичної та біологічної герметичності швів. Цим самим створюється функціонуючий анастомоз. Результати отримані в експерименті відкривають можливість їх використання в клініці.

Висновки

1. Для заміщення дефекту загальної жовчної протоки в екстремальних ситуаціях із значним діастазом її кінців може бути використана в якості трансплантата сегмент стінки жовчного міхура.
2. Щоб забезпечення життєздатність та нервово-рефлекторних зв'язків зформованої артифіціальної загальної жовчної протоки завжди необхідно зберігати судинне живлення.
3. Застосування «П»-подібного шва та атравматичних голок створюють сприятливі умови для герметичності анастомозу.
4. Запропонована модель аутотрансплантата сегментом стінки жовчного міхура створюють функціональну артифіціальною загальною жовчну протоку.
5. Отримані результати експериментальних досліджень дозволяють рекомендувати використання запропонованої моделі в клінічній практиці.

Список літератури

1. Abdulloev D. A. Hirurgicheskoe lechenie bolnykh s oslozhnennymi formami zhelchekamennoy bolezni / D. A. Abdulloev, K. M. Kurbonov, A. O. Isoev [i dr.] // Vestn. hirurgii. - 2007 - No.2. - S. 69-71.
2. Dubinin S. I. Vikovi zmini zhovchnogo mihura lyudini / S. I. Dubinin, N. A. Ulanovska-Tsiba // Klinichna anatomiya ta operativna hirurgiya. - 2006. - No.2. - S. 28-29.
3. Dubinin S. I. Morfo-funktsionalniy analiz budovi zhovchnogo mihura hizhikh ssavtsiv / S. I. Dubinin, O. B. Ryabushko, N. A. Ulanovska-Tsiba [ta in.] // Aktualni pitannya medichnoyi nauki ta praktiki: zb. nauk. prats, 16-18ver, - 2015r. - V. 82. T.2. K.2. - S. 388-399.
4. Ivaschenko V. V. Redkiy variant udvoeniya zhelchnogo puzyrya / V. V. Ivaschenko, K. K. Skvortsov, K. K. Skvortsov [i dr.] // Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy meditsiny. - T. 14, No.2, - 2013. - S. 267-269.
5. Melanich S. L. Mozhlivosti suchasnoyi meditsini v terapiyi zahvoryuvan biliarnoyi sistemi / S. M. Melanich // Simeyna meditsina. - 2010. - No.4 - S. 79-85.
6. Radzihovskiy A. P. Uchet anatomicheskikh variatsiy raspolozheniya puzyrnoy arterii i puzyrnogo protoka dlya profilaktiki oslozhneniy laparoskopicheskoy holetsistektomii / A. P. Radzihovskiy, N.A. Mendel, K. V. Tumanov // Ukr. zhurn. hirurgiyi, 2011. - No.3. - S. 101-104.
7. Seliverstov P. Funktsionalnye rasstroystva biliarnogo trakta i ih lechenie / P. Seliverstov [i dr.] // Vrach. - 2013. - No.3. - S. 9-14.
8. Ulanovska-Tsiba N. A. Osoblivosti budovi stinki zhovchnogo mihura u lyudini u vikovomu aspekti / N.A. Ulanovska-Tsiba // Svit meditsini ta biologiyi. - 2014. - No.2(44). - S. 172-175.
9. Hohlacheva N. A. Izuchenie rasprostranennosti zhelchekamennoy bolezni na osnove prognosticheskikh issledovaniy zabolevaniy gepatobiliarnoy sistemy. / N. A. Hohlacheva, A. Yu. Gorbunov, Ya. M. Vahrushev // Terapevticheskiy arhiv, - 2012, No.2. - S. 45-49.
10. Scherbinina M. B. Kachestvo zhizni patsientov posle holetsistektomii / M. B. Scherbinina, N. V. Gorach, E. V. Zakrevskaya // Suchasna gastroenterologiya. - 2012. - No.4 (66). - S. 101-104.
11. Yakovenko E. P. Hronicheskie zabolevaniya vnepechenochnykh zhelchevyivodyaschih putey (diagnostika i lechenie) / E. P. Yakovenko, P. Ya. Grigorev. - 2-e izd. - Minsk: Doktor Dizayn, - 2005. - 30 s.
12. Ando H. Embryology of the Biliary Tract / H. Ando // Dig. Surg. - 2010. - Vol. 27, №2. - P. 87-89.
13. Talpur K. A. H. Anatomical variations and congenital anomalies of Extra Hepatic Biliary System encountered during Laparoscopic Cholecystectomy / K.A.H. Talpur, A.A. Laghari, S.A. Yousfani [et al.] // J. Pak. Med. Assoc. - 2010. - Vol. 60, №2. - P. 89-93.

Реферати

ПЛАСТИКА ХОЛЕДОХА СЕГМЕНТОМ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Дубинин С.И., Малик С.В., Улановская-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 сегмента стенки желчного пузыря с последующей гепатикотомией на наружном дренаже. Результаты экспериментальных исследований могут быть предложены для использования в клинике.

Ключевые слова: холецистит, пластика дефекта холедоха.

Стаття надійшла 3.01.2017 р.

PLASTIC OF CHOLEDOCHUS BY WALL SEGMENT OF GALLBLADDER.

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

In this work, under conditions of experimental researches, the model of the common bile duct plastic in emergency situation using wall segment of gallbladder 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 577.151.6: 577.17.04

А. Д. Загайко, О. А. Красільникова, Г. Б. Кравченко, Ю. І. Кочубей
Національний фармацевтичний університет, м. Харків

ВИВЧЕННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ РОСЛИННИХ ПОЛІФЕНОЛІВ НА МОДЕЛІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Перспективним напрямком сучасної фармакології є дослідження біологічної активності сполук рослинного походження. Метою роботи було вивчення гепатопротекторної активності концентрату поліфенолів винограду, кверцетину та епігалокатехін галату на вміст ліпідів у печінці шурів, а також активність гепатоспецифічних ферментів у крові за умов експериментальної інсулінорезистентності (ІР). Експерименти проводилися на самцях шурів лінії Wistar. ІР моделювали утриманням тварин на високо калорійному раціоні з додаванням фруктози (ФД). Утримання тварин на ФД супроводжувалося зниженням вмісту фосфоліпідів (ФЛ) та підвищенням триацилгліцеролів (ТАГ), вільних жирних кислот (ВЖК) та холестерину (ХС). В крові підвищувалася активність аланінамінотрансферази, аспаргатамінотрансферази та γ -глутамілтрансептидази. Введення рослинних поліфенолів позитивно впливало на вміст ліпідів у печінці шурів: зростав вміст ФЛ та знижувався ТАГ, ВЖК та ХС. Зниження активності гепатоспецифічних ферментів в крові свідчило про нормалізацію стану плазматичних мембран клітин печінки. Найбільш ефективним виявився концентрат поліфенолів винограду. Таким чином, рослинні поліфеноли виявляли виражену гепатопротекторну дію, яка проявлялася в нормалізації вмісту окремих класів ліпідів печінки та відновленні проникності плазматичних мембран.

Ключові слова: рослинні полі феноли, шури, фруктоза, ліпіди печінки.

Робота є фрагментом НДР «Клітинні та молекулярні механізми розвитку та корекції патологічних станів», № державної реєстрації 01150000966.

Інсулінорезистентність (ІР) – це патологічний стан, при якому спостерігається неефективне поглинання глюкози і використання в периферичних тканинах у відповідь на стимуляцію інсуліном [18]. Цей стан характеризується гіперглікемією, толерантністю до глюкози периферичних тканин, розвитком оксидативного стесу, дисліпідемічними порушеннями та розвитком проатерогенного стану. Головними причинами розвитку ІР є спадкові фактори, гіподинамія, а також неправильне харчування, зокрема, збільшення споживання вуглеводів [16]. ІР є важливим фактором ризику серцево-судинних захворювань, цукрового діабету 2 типу, а також неалкогольного жирового захворювання печінки [6], тому питання корекції стану ІР є надзвичайно важливим.

Одним з перспективних напрямків сучасної фармакології є використання біологічно активних речовин рослинного походження. Зокрема, інтерес представляють харчові концентрати з Винограду культурного та їх окремі компоненти, які містять поліфеноли, що проявляють протизапальні, антиоксидантні, гіпоглікемічні, ліпотропні властивості [5, 12, 14].

Метою роботи було вивчення вмісту ліпідів в печінці, а також активності гепатоспецифічних ферментів у крові шурів в умовах експериментальної інсулінорезистентності, та на тлі введення рідкого концентрату поліфенолів винограду, кверцетину та епігалокатехінгалату.

Матеріал та методи дослідження. У роботі були використані самці шурів лінії Wistar, віком 3 місяці та середньою масою 180-210 г, що утримувались у стандартних умовах віварію ЦНДЛ НФаУ, який обладнано відповідно до існуючих санітарно-гігієнічних норм. Дослідження проводили відповідно до «Загальних етичних принципів експериментів на тваринах», (Україна, 2001), що узгоджені з «Європейською конвенцією про захист хребетних тварин, що використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1985) та