

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на 84 нефиксированных трупах на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и 12 фиксированных — на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ путем препарирования, морфометрии и фотографирования, а также путём клинической апробации на базе Донецкого областного колопроктологического отделения.

**Результаты.** В результате наших топографоанатомических исследований было выявлено, что в 20 случаях (21 %) ОЧО располагалось на удалении менее 1 см от ТОПК, а в 8 случаях (8,3 %) — менее 0,5 см. Данные топографические особенности привели бы к деформации баугиниевой заслонки и возникновению дисбактериозов либо низкой кишечной непроходимости в случае выполнения аппендэктомии классическим погружным способом. Данные обстоятельства привели нас к необходимости создания нового способа аппендэктомии (патент №67242) путем отказа от кيسетного и Z-образного швов с заменой их на шов Матешука (накладываемый на культю червеобразного отростка) и серо-серозный шов по оригинальной методике (накладываемый поверх первого на купол слепой кишки) с узлами внутри шва. Дополнительным преимуществом данной методики является также использование культы брыжейки червеобразного отростка для дополнительной перитонезации линии шва.

**Выводы.** Поскольку в 8,3 % случаев ОЧО располагается в непосредственной близости от ТОПК и делает невозможным выполнение аппендэктомии классическим погружным способом, то предложенная нами методика является наиболее рациональной, поскольку обеспечивает профилактику послеоперационных осложнений связанных с деформацией баугиниевой заслонки (по сравнению с погружным способом) и развитием спаечной болезни вследствие обильного десерозирования (по сравнению с методами использующими электрокоагуляцию).

*Картавецва К.Г., Захарова Л.А.*

### **ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, зав. каф. и науч. руков. — проф. Антипов Н.В.*

**Цель исследования.** Изучить исторические предпосылки, мировой опыт достижений и перспективы современной трансплантологии органов и тканей, а также исследовать основные проблемы этого направления в медицинской науке.

**Материалы и методы.** Материалом исследования явились автобиографические, архивные данные и литературные источники.

**Результаты.** Появление трансплантологии является одним из важнейших достижений современной медицинской науки. Этому способствовали фундаментальные исследования в области иммунологии, физиологии, успешные экспериментальные исследования как у нас в стране, так и за рубежом, а также успехи современной анестезиологии и реаниматологии. В настоящее время трансплантология заняла достойное место в современной медицине и позволяет эффективно лечить чрезвычайно тяжелую категорию больных, которые ранее считались бесперспективными. Трансплантология органов стала обоснованным рутинным методом выбора лечения широкого круга заболеваний с необратимой или полной утратой функций того или иного органа. На данном этапе развития медицинской науки, трансплантология имеет такие направления, как: ауто-трансплантация, изотрансплантация, аллотрансплантация и ксенотрансплантация. В настоящее время, в Украине и за рубежом получило распространение клеточное и тканевое культивирование, посредством которого *in vitro* отдельные клетки (или единственная клетка) прокариот и эукариот искусственно выращиваются в контролируемых условиях. Ценность клеточной терапии в том, что она эффективна даже тогда, когда другие методы не способны помочь больному, и в некоторых случаях, по сути, является пересадкой органа. Однако, не смотря на огромный опыт мировых достижений и перспективы, открывающиеся в области трансплантологии, остаются нерешенными множество проблем: медицинские, социальные, этические и правовые.

**Выводы.** Успехи трансплантологии показали, что перед человечеством открылась новая, чрезвычайно перспективная возможность лечения больных, ранее считавшихся обреченными, наряду с этим возникли проблемы, требующие совместных усилий специалистов многих отраслей медицины и других направлений науки.

*Орлова Ю. А.*

### **ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. кафедрой - проф. Антипов Н. В., научный руков. - доц. Жилиев Р. А.*

**Цель исследования.** Изучение вариантов топографии сосудистых образований ягодичной области.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Объектами исследования являлись 50 трупов людей, умерших в возрасте от 28 до 67 лет.

**Результаты.** В результате проведенных исследований было выявлено, что: поверхностная ветвь верхней ягодичной артерии имела анастомозы с нижней ягодичной артерией в 45(90%) случаях, с поверхностной артерией огибающей подвздошную кость в 29(58%) случаях, а с 4 поясничной артерией в 36(72%) случаях, верхняя глубокая ветвь верхней ягодичной артерии анастомозировала с глубокой артерией огибающей подвздошную кость в 35(70%) случаях. Нижняя ягодичная артерия формировала коллатеральные артериальные соустья с внутренней половой артерией в 47(94%) случаях, с запирающей артерией в 27(54%) случаях. Глубокая ветвь нижней ягодичной артерии анастомозировала с нижней глубокой ветвью верхней ягодичной артерией в 42(84%) случаях.

**Выводы.** В ягодичной области есть целая сеть многочисленных анастомозов, которые в доступных нам источниках не указываются в необходимом объеме. Игнорирование данного обстоятельства нередко является причиной летальных случаев, связанных с кровотечениями, вызванными некорректной обработкой ягодичных артерий и принадлежащих ей анастомозов. Из этого следует, что для окончательной остановки кровотечения при ранении ягодичной артерии необходимо перевязывать не только поврежденный сосуд, но и наиболее выраженные его анастомозы.

*Павлов Р.В., Верзун Ю.Н., Черняк М.И., Назорнюк Ж.Ю.*

## **НОВЫЙ МЕТОД КИШЕЧНОГО ШВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-1 ПРИ ФОРМИРОВАНИЕ ГАСТРОДУАДЕНОАНАСТОМОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,*

*зав. кафедрой – проф. Антипов Н.В. науч. руководитель – Шкиренко А.Ю.*

**Цель исследования.** Разработка новых методов кишечного шва при наложении гастродуоденальных анастомозов, позволяющая снизить несостоятельность желудочно-двенадцатиперстного соустья путем обеспечения адаптации всех слоев стенкой полого органа.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на 8 беспородных собаках с массой тела от 7 до 15 кг. Выполнялась модель резецированного желудка по Бильрот-1. Гастродуоденальные анастомозы накладывали с применением шва по оригинальной методике. Контроль- анастомозы наложенные с применением шва Альберта-Ламбера. Исследовали зоны анастомозов макроскопически и микроскопически после окраски гематоксилин-эозином и по ван Гизону

**Результаты.** Несостоятельности анастомозов не отмечалось, макроскопически зона анастомоза была свободна от сращений и спаек, инфильтратов и периаанастомозита не наблюдали. При исследовании гастродуоденальных анастомозов сформированных с помощью Шва Альберта – Ламбера у животных служивших контролем на 7-е сутки отмечен выраженный отек всех слоев кишечной стенки, лейкоцитарная инфильтрация, особенно в местах проведения лигатур, сосудистые стазы. Заживление анастомозов сформированных с помощью шва по предложенной методике протекало более благоприятно, между ними образовывалась тонкая полоска молодой рубцовой ткани, воспалительные изменения были слабо выражены, что способствовало сращению с минимальным развитием рубцовой ткани.

**Выводы.** Морфологические изменения в зоне желудочно-кишечного анастомоза сформированного по нашей методике, свидетельствуют о благоприятных регенераторных процессах в зоне соустья за счет обеспечения физической и биологической герметичности, послойного соединения слоев стенок полых органов. При отсутствии деформации и нарушения микроциркуляции.

*Пархоменко А. В.*

## **ЗНАЧЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕТЯЖЕК И ЯМОК БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖ**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. кафедрой - проф. Антипов Н. В.,*

*науч. руководитель - Сироид Д. В.*

**Цель исследования:** Изучить морфологические особенности органов брюшной полости, значимые при оперативных вмешательствах; определить влияние эмбриональных перетяжек и ямок таковой на образование внутренних грыж.

**Материалы и методы:** Исследование выполнялось на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии путём препарирования 84 трупов.

**Результаты:** В ходе препарирования трупов мы наблюдали различные образования невоспалительного генеза: верхнее и нижнее парадуоденальные углубления в районе Трейцовой связки при наличии атипичных складок брюшины; верхнее и нижнее илеоцекальные углубления, образованные спайкой Джексона и брыжейкой червеобразного отростка; атипичное углубление между складками брюшины и брыжейкой ободочной кишки с брыжейкой купола слепой кишки; позадислепокишечное углубление, переходящее в полость малого таза с выраженными эмбриональными перетяжками; межсигмовидную ямку -