**Мороз Геннадій Олександрович. Морфофункціональна оцінка тонкокишкових трансплантантів для пластики стравоходу (експериментально-морфологічне дослідження): дисертація канд. мед. наук: 14.03.01 / Кримський держ. медичний ун-т ім. С.І.Георгієвського. - Сімф., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Мороз Г.О. Морфофункцiональна оцiнка тонкокишкових трансплантатів для пластики стравоходу (експериментально-морфологічне дослідження).** - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 - нормальна анатомія. - Кримський державний медичний університет ім. С.I.Георгієвського, Сімферополь, 2003.  Дисертація присвячена вивченню морфофункцiонального стану трансплантатів тонкої кишки для пластики стравоходу залежно від кількості пересічених брижових судин та розробці об’єктивних кількісних критеріїв iнтраоперацiйної оцінки їх життєздатності.  Встановлено, що електрофiзiологiчнi характеристики тонкокишкового трансплантата змінюються відповідно до морфологічних перетворень у його тканинних структурах, зберігаючи всі закономірності їх розвитку та зворотної динаміки, якщо така має місце. Розвиток морфофункцiональних перетворень у стінці трансплантата можна прогнозувати, ґрунтуючись на відмінності цифрових показників електроентерографiї та iмпедансометрiї від вихідних даних тонкої кишки, з якої його сформували.  Морфофункцiонально обґрунтовано, що для запобігання розвитку ішемічного некрозу орального кінця трансплантата і неспроможності стравохідно-кишкового анастомозу в експерименті припустимо пересічення не більш двох пар брижових артерій та вен.  Одержані результати є науково цiнними i практично вагомими для морфологів, топографоанатомiв, фiзiологiв та хірургів при прогнозуванні життєздатності тонкокишкового трансплантата. | |
| |  | | --- | | 1. У дисертації наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної задачі щодо морфологічного та функціонального обґрунтування життєздатності трансплантатів з тонкої кишки для пластики стравоходу залежно від кількості пересічених брижових судин; розроблено об’єктивні кількісні критерії iнтраоперацiйної оцінки та прогнозування морфофункцiональної цілісності тонкокишкових трансплантатів.  2. Характер і ступінь вираженості циркуляторних розладів, що зумовлюють глибину та зворотність морфофункцiональних змін тканинних структур тонкокишкового трансплантата, значною мірою визначаються кількістю пересічених брижових судин.  3. Пересічення однієї чи двох пар брижових судин при формуваннi тонкокишкового трансплантата викликає впродовж 3 діб пiсля операцiї в тканинах його орального кiнця помірнi зворотнi циркуляторнi розлади та альтеративно-ексудативнi зміни, якi характеризуються повнокровними посткапiлярними судинами, дiапедезом еритроцитiв, субепiтелiальним набряком ворсин i вогнищевою десквамацiєю епiтелiю слизової оболонки на фоні незначного пригнiчення процесiв аеробного окиснювання, несуттєвого зниження сумарного вмiсту глiкогену та РНК; при цьому показники імпедансу та бiопотенцiалiв трансплантата мало вiдрiзняються вiд вихідних даних.  4. Пересічення трьох пар брижових артерій і вен спричиняє на 5 добу пiсля операцiї вираженi циркуляторнi розлади, дистрофічнi й запальнi зміни, аж до вогнищевого некрозу слизового, пiдслизового та м’язового шарів тонкокишкового трансплантата. Некробiотичнi процеси розвиваються на фонi чотириразового зменшення активностi СДГ i дворазового пiдвищення ЛДГ, зниження в 3-4 рази сумарного вмiсту глiкогену та у 4-5 разiв - РНК, що ставить пiд сумнiв морфофункцiональну придатність трансплантата. Частота та амплітуда бiопотенцiалiв його орального кiнця зменшуються у порівнянні з вихiдними даними в 3-3,5 раза з одночасним зниженням у 2,5-3 рази омічного опору та збільшенням в 1,5-2 рази поляризаційної ємності.  5. При виключенні чотирьох пар брижових судин вже на 3 добу пiсля операцiї в усiх шарах стінки орального кiнця тонкокишкового трансплантата розвиваються некротичнi процеси, викликані глибокими незворотними циркуляторними порушеннями у виглядi вираженого повнокрів’я пре- і посткапiлярних судин, формування фібринових тромбів, запустiння артерій та широкої геморагiчної iнфiльтрацiї прилеглих тканин, що супроводжується рiзким пригніченням активностi дихальних ферментiв з майже повним зникненням глiкогену та РНК. Частота бiопотенцiалiв скорочується в 18-20 разів, а їх амплітуда знижується у 45-47 разів на фоні зменшення в 4-5 разiв електропровiдності тканин трансплантата при зростаннi поляризаційної ємностi у 2,5-3 рази.  6. Життєздатнiсть тонкокишкового трансплантата варто прогнозувати за динамiкою його електрофiзiологiчних показників: зниження в 1,5-2 рази на першу добу пiсля операцiї частоти та амплітуди бiопотенцiалiв, а також зменшення омічного опору та збільшення поляризаційної ємності в 1,3-1,5 раза свідчать про розвиток у тканинах трансплантата глибоких морфофункцiональних зрушень, що можуть мати незворотний характер і викликати вогнищевий чи тотальний некроз його орального кiнця. | |