**Балицький Віталій Вікторович. Морфофункціональний стан сечових шляхів в умовах стриктури сечівника та відновлення його прохідності (експериментально-морфологічне дослідження): дисертація канд. мед. наук: 14.03.01 / Тернопільська держ. медична академія ім. І.Я.Горбачевського. - Тернопіль, 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Балицький В.В. Морфофункціональний стан сечових шляхів в умовах стриктури сечівника та відновлення його прохідності (експериментально-морфологічне дослідження).- Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.03.01 – нормальна анатомія. - Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2003.  Дисертація присвячена вивченню морфологічних змін в сечових шляхах за умов стриктури сечівника, дослідженню морфофункціонального стану сечівника після його реконструктивної пластики аутодермальним та аутовенозним трансплантатами, вивченню впливу виду шовного матеріалу та накладеного анастомозу на морфофункціональний стан новоствореного сечівника після його відновлювальної пластики аутовенозним трансплантатом, а також дослідженню залежності морфофункціонального стану відновленого сечівника від методів профілактики сечової інфільтрації швів та зміни видового складу мікрофлори сечі.  У дисертації вказано на недоліки реконструктивної пластики сечівника аутодермальним трансплантатом, а також запропоновано новий метод відновлення сечівника аутовенозним трансплантатом з великої підшкірної вени нижньої кінцівки. Доведено ефективність застосування синтетичного шовного матеріалу (вікрил та дексон2), а також накладання косих анастомозів між сечівником та аутовенозним трансплантатом під час реконструктивної пластики сечівника і доцільність застосування постійної аспірації сечі через епіцистостому в комбінації з катетером сечівника для запобігання сечовій інфільтрації швів. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що полягала у морфофункціональному обгрунтуванні застосування нового раціонального одноетапного методу реконструктивно-відновлювальної пластики сечівника при стриктурах його просвіту аутовенозним трансплантатом із великої підшкірної вени нижньої кінцівки, а також у доведенні його переваги перед найбільш поширеними методами аутодермальної пластики сечівника при даній патології. Запропонований метод забезпечує стійкість досягнутого морфофункціонального результату реконструктивної операції, а також сприяє відновленню структури і функції новоствореного сечівника в повному об`ємі.   1. Стриктури сечівника, внаслідок затримки евакуації сечі, призводять до значного порушення уродинаміки сечовивідних шляхів, що супроводжується виникненням деструктивно-запальних процесів різного ступеня вираженості в сечівнику, сечовому міхурі, передміхуровій залозі та нирках і проявляється набряком тканин, розширенням і повнокрів`ям судин, поширеною запальною інфільтрацією, які супроводжуються виникненням різноманітних ускладнень та прогресуванням хронічної ниркової недостатності. 2. Реконструктивна пластика сечівника аутодермальним трансплантатом супроводжується ростом волосся та виникненням епідермальних кіст в просвіті новоствореного сечівникового каналу, які звужують його просвіт та порушують уродинаміку, а також не забезпечує достатнього кровопостачання даного аутотрансплантату, що призводить до його ішемії та некрозу, сприяючи розвитку неспроможності швів сечівниково-дермальних анастомозів та провокуючи утворення присечівникових абсцесів і флегмон, сечівникових нориць та рецидиви стриктур в післяопераційному періоді. Формування в віддалені терміни (1 – 2 роки) гострокінцевих кондилом внаслідок хронічного продуктивного запалення в зонах сечівниково-дермальних анастомозів може в подальшому сприяти виникненню в цих ділянках грубих кальозних рубців з поступовим їх перетворенням на вогнища малігнізації. 3. Відновлювальна пластика сечівника аутовенозним трансплантатом із великої підшкірної вени нижньої кінцівки забезпечує біологічну сумісність тканин, які зшиваються і характеризується в ранні терміни післяопераційного періоду помірним їх набряком з розширенням і повнокрів`ям судин та запальною інфільтрацією, які зникають протягом 90-180 діб, а також даний метод реконструктивного відновлення сечівника забезпечує адекватність даного аутотрансплантату за формою та його оптимальне кровопостачання в різні терміни післяопераційного періоду, що запобігає фіброзно-некротичній деформації аутовенозного трансплантату і виникненню неспроможності швів анастомозу, обумовлюючи стійкість досягнутого морфофункціонального результату реконструктивної операції. 4. Аутовенозний трансплантат підлягає епітелізації багаторядним призматичним епітелієм сечівника, який розповсюджується з ділянок сечівниково-венозних анастомозів, поступово нашаровуючись на внутрішній шар стінки аутотрансплантату, і сприяє формуванню цілісної анатомічної структури новоствореного сечівникового каналу впродовж 180-270 діб. 5. Використання для відновлювальної пластики сечівника монофільного, інертного синтетичного шовного матеріалу, який повільно резорбується, типу вікрил і дексон2 не викликає вираженої запальної реакції тканин в зонах сечівниково-венозних анастомозів, запобігаючи в подальшому розвитку їх неспроможності та рубцевому стенозуванню, значно зменшуючи макрофагальну реакцію, прогресування фіброзних і склеротичних змін в цих ділянках, а також забезпечує адекватне кровопостачання аутовенозного трансплантату і сечівниково-венозних анастомозів за рахунок утворення в цих зонах сітки кровопостачальних судин капілярного типу. 6. Застосування під час реконструктивної пластики сечівника косих сечівниково-венозних анастомозів без прошивання слизової оболонки сечівника та ендотелію аутовенозного трансплантату запобігає ішемії та некрозу анастомозованих тканин, зменшує загальну травму епітелію, дозволяє уникнути рубцевої деформації тканин в ділянках анастомозів, а також сприяє розвитку нового мікроциркуляторного русла в зоні сечівниково-венозного співустя, що забезпечує адекватне кровопостачання та відновлення функції новоствореного каналу сечівника в повному об‘ємі. 7. Застосування в післяопераційному періоді після реконструктивно-відновлювальної пластики сечівника аутовенозним трансплантатом постійної аспірації сечі через накладену епіцистостому в комбінації із катетером сечівника є найбільш адекватним методом профілактики сечової інфільтрації швів накладеного анастомозу, забезпечуючи його оптимальне загоювання, сприяючи адекватному кровопостачанню цієї ділянки та запобігаючи виникненню її рубцевих стенозів в післяопераційному періоді. | |