

ПРОФИЛАКТИЧНА ОМЕНТОПЕКСІЯ КУКСИ БРОНХА

О.В.Алексеевко, І.В.Шкварковський, А.Г.Іфтодій,
В.Б.Рева

Резюме. У статті наводиться обґрунтування та клінічне спостереження ефективного застосування оментопластики кукси бронха з метою профілактики післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: неспроможність кукси бронха, оментопексія.

PROPHYLACTIC OMENTOPLASTY OF THE BRONCHICAL STUMP

O.V.Alekseienko, I.V.Shkvarkovskyi, A.G.Iftodii,
V.B.Reva

Abstract. The article deals with a clinical observation of effective application of suture omentoplasty of the bronchial stump for the purpose of preventing postoperative complications.

Key words: bronchial failure, omentoplasty.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 18.10.2004 р.

© Шкрадюк А.В., Березовский С.В.

УДК 616.34+616.-089.84

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИШЕЧНОГО ШВА ПО ДЬЯЧЕНКО

А.В.Шкрадюк, С.В.Березовский

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. – д.м.н. Т.А.Фоминых) Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Вся история хирургии желудочно-кишечного тракта связана с поиском наиболее совершенного способа закрытия просвета полых органов. На сегодняшний день известно свыше 300 различных модификаций кишечного шва [1, 2]. Однако, существенными недостатками всех предложенных кишечных швов является наличие сквозных швов, приводящих к инфицированию слоев кишки, стенозированию участка кишки в месте анастомоза и длительной функциональной слабости. Анализ последних данных [3] свидетельствует о целесообразности использования однорядных кишечных швов. Во-первых, однорядный кишечный шов оказывает меньшее травматическое воздействие на сшиваемые органы. Во-вторых, в стенке кишки остается значительно меньше шовного материала, а, следовательно, и воспалительные процессы при заживлении анастомоза выражены слабее. В-третьих, степень нарушения кровоснабжения и иннервации значительно меньше и, как следствие, функциональный парез минимален во времени. Противники однорядных со-

устий считают вышеперечисленные положения состоятельными лишь в условиях "полного здоровья органов брюшной полости".

А.П.Дьяченко [4] предложил принципиально новый способ наложения кишечного шва, при котором шовный материал проводят через серозную и мышечную оболочку кишки в виде кисета, на расстоянии 1-2 мм от края серозной оболочки приводящей и отводящей культи кишки. Наложённые кисетные швы затягивают таким образом, чтобы уменьшить диаметр просвета обоих колен кишки на 5-6 мм, после чего накладывают вторые кисетные швы на расстоянии от первых на 3-4 мм, которые только плотно охватывают стенку кишки, не уменьшая просвета. Шовный материал проводят под стежками сначала внутреннего кисета и плотно завязывают; потом шовный материал проводят под стежками наружного кисета и также плотно завязывают (рисунок).

Цель исследования. Обосновать целесообразность использования нового способа наложения кишечного шва в эксперименте.

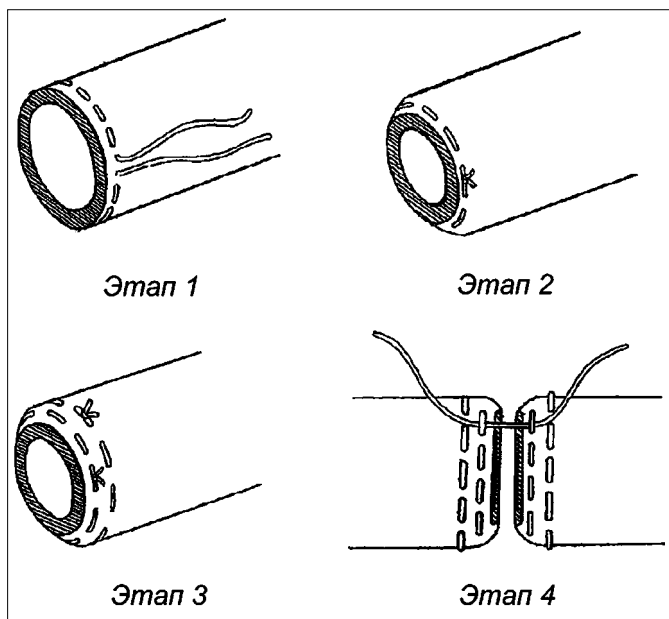


Рис. Этапы наложения кишечного шва по Дьяченко (объяснение в тексте).

Материал и методы. Работа выполнена на 10 беспородных собаках возрастом от 1 до 3 лет, массой 7-15 кг. Выполняли средне-срединную лапаротомию под кетамин-тиопенталовым наркозом. Ограничивали брюшную полость стерильными марлевыми салфетками, смоченными в растворе фурацилина. Производили ревизию органов брюшной полости, отыскивали дуоденоюнальный изгиб, и, отступая от него на 25-30 см, резецировали участок кишки размером 3-4 см. Формировали межкишечное соустье по типу "конец в конец" по Дьяченко. Проводили контроль гемостаза, послойно ушивали лапаротомную рану. Послеоперационный период вели по ранее разработанной нами схеме. В последующем оценивали общее состояние животного, аускультативно определяли наличие перистальтики. На 7 сут. с момента оперативного вмешательства выполняли релапаротомию, после ревизии органов брюшной полости резецировали участок кишки, содержащей анастомоз, а также 10 см приводящей и отводящей петель. Восстанавливали целостность кишечника анастомозом "бок в бок" и после периода реабилитации животных отпускали.

Проведены гистологические исследования участка кишечной трубки непосредственно в месте анастомозирования и на расстоянии 5 и 10 см от линии анастомоза. Полученные микропрепараты окрашивали гематоксилином и эозином. В качестве контроля производили аналогичные исследования фрагмента тонкой кишки на расстоянии 50 см от участка анастомоза. Во время забора материала оценивали макроскопическую картину шитых органов.

В ходе экспериментальной работы были соблюдены все требования Хельсинской декларации о гуманном отношении к экспериментальным животным.

Результаты исследования и их обсуждение. Общее состояние оперированных животных через 12 час. после операции оценивалось как удовлетворительное. Животные были активны, проявляли интерес к окружающим, свободно передвигались по территории вивария. При пальпации живот мягкий, отмечалось умеренное напряжение передней брюшной стенки в области послеоперационной раны. Аускультативно отмечались кишечные шумы различной интенсивности, что свидетельствовало о восстановлении перистальтики и отсутствии функциональных расстройств. У 5 животных (50%) к концу первых суток с момента операции отмечался жидкий дегтеобразный стул.

При релапаратомии и ревизии органов брюшной полости через 7 дней после операции у 2 (20%) животных отмечался спаечный процесс, что требовало разъединения спаек острым путем. Наличие спаек объясняемым индивидуальной чувствительностью животных к операционной травме. У всех животных на 7 сутки серозный покров анастомоза и ткань кишки макроскопически не отличались от интактных отделов кишечника. Анастомоз проходим, что определялось как пальпаторно, так и методом гидропрессии. На продольном сечении в просвет кишки в месте анастомозирования едва ли пролабировало до 1 мм слизистой, макроскопически она также была неотличима от слизистой других отделов кишки. Волокон шовного материала в просвете органа не было.

Гистологически в линии анастомоза слизистая сохранена, межжелудочное пространство умеренно инфильтрировано лимфоплазматическими клетками. Отмечается полнокровие сосудов в отдельных полях зрения. В брыжеечном крае кишки – полнокровие без явлений отека, в мышечном слое – типичная воспалительная реакция на инородный шовный материал (шелк) без признаков формирования микроабсцессов. Отмечается полноценная регенерация слизистой оболочки, есть признаки ангиогенной реакции. Реакцию на шовный материал следует оценивать как процесс асептического воспаления. Гистологическое исследование фрагментов кишки приводящего и отводящего отделов на расстоянии 10 см от линии анастомоза показало отсутствие видимых изменений на светооптическом уровне.

Выводы. 1. Раннее восстановление перистальтики и пассажа содержимого по кишечнику свидетельствует о минимальной травме нейро-рецепторного поля кишки. 2. Макроскопические исследования показывают отсутствие деструктивных воспалительных процессов при заживлении анастомозов. 3. Выраженные репаративные процессы слизистой оболочки при на-

ложении анастомоза новым способом протекают без явлений абсцедирования, т. е. по типу асептического воспаления.

Перспективы научного поиска. Считаю необходимым дальнейшее детальное и углубленное изучение данного способа кишечного шва как принципиально нового метода в абдоминальной хирургии.

Литература

1. Ешев В.Н. Шовный материал (лекция) // Хирургия. – 1998. – № 3. – С. 33. 2. Полоус Ю.М., Добродородный О.Б. О значении шовного материала в хирургии желудочно-кишечного тракта // Вестн. хирургии им. Грекова. – 1998. – Т. 146, № 3. – С. 18-20. 3. Семенова Т.В., Мирошниченко Е.Ю., Бамбушкар И.С. Характеристика хирургического шовного материала // Бук. мед. вісник. – 1999. – № 4. – С. 232-236. 4. Декл. пат. № 56706 А, МПК А 61 В 17/00. Спосіб накладання кишкового шва за Дяченком / О.П.Дяченко. – Заявл. 20.08.2002; Опубл. 15.05.2003; Бюл. № 5.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КИШКОВОГО ШВА ЗА МЕТОДОМ ДЯЧЕНКА

А.В.Шкрадюк, С.В.Березовський

Резюме. В експерименті на тваринах (собаки) проведені дослідження нового способу формування міжкишкового анастомозу "кінець у кінець" з використанням кишкового шва за методом О.П.Дяченка. Зроблено висновок про принцип новизни в абдомінальній хірургії.

Ключові слова: експеримент, кишковий шов, міжкишковий анастомоз.

EXPERIMENTAL STUDY OF THE INTESTINAL SUTURE ACCORDING TO DIACHENKO'S TECHNIQUE

A.V.Shkradiuk, S.V.Berezovs'kyi

Abstract. In an experiment on animals (dogs) trials of a new technique of forming interintestinal "end to end" anastomosis with the use of the intestinal suture after Diachenko have been carried out. A conclusion to the effect of principal novelty in abdominal surgery has been arrived at

Key words: experiment, intestinal suture, interintestinal anastomosis.

S.I.Georgiievskiy Crimean State Medical University (Simferopol)

Надійшла в редакцію 22.11.2004 р.

© Мельник П.О., Макар Б.Г., Мельник І.П.

УДК 616.231-089.85

ПЛАСТИКА ТРАХЕЇ ПІСЛЯ ПОСТІЙНИХ ТРАХЕОСТОМ

П.О.Мельник, Б.Г.Макар, І.П.Мельник

Кафедри факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський) та анатомії людини (зав. – д.м.н. Б.Г.Макар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Відомі способи пластики трахеї після постійних трахеостом базуються на закритті дефекту клаптом шкіри ший на ніжці [1-4]. Але при великих трахеостомах (більше 1,0 x 1,2 см) виникає потреба в укріпленні передньої стінки трахеї. Одним із таких варіантів є пластика триша-

ровим "клаптом – сендвічем": шкіра + ауто- або алохрящ + слизова оболонка щоки, яка виконується аж у три етапи. Окрім цього, даному способу властиві такі недоліки: рубцеве переродження імплантованої слизової оболонки, можливе зміщення слизової оболонки в просвіт тра-