

ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОРЯДНОГО КИШЕЧНОГО ШВА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ибатуллин А.А.,¹ Тимербулатов М.В.,¹
Гайнутдинов Ф.М.,¹ Куляпин А.В.,²
Аитова Л.Р.,¹ Суфияров Р.Р.²

¹ Башкирский государственный медицинский университет

² Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Долгое время однорядный шов в хирургии кишечника не находил широкого применения на практике. В первую очередь, это было обусловлено несовершенством производимого на тот момент шовного материала. С появлением резорбируемых атравматичных нитей однорядный непрерывный шов стал использоваться многими хирургами. По результатам многочисленных научных исследований доказано преимущество однорядного шва перед двухрядным. Тем не менее, большинство отечественных хирургов в своей практике используют двухрядный шов.

ЦЕЛЬ. Внедрить в хирургическую практику колоректальных хирургов однорядный кишечный шов и оценить результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основную группу пациентов, которым был использован однорядный непрерывный кишечный шов, вошли 54 пациента. Группу сравнения составили 232 пациента, которым был сформирован двухрядный узловый анастомоз. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и заболеваниям. В группе пациентов с однорядным швом 7 пациентам однорядный шов был сформирован лапароскопически.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена в 1 (1,85%) случае, на 6 сутки после лапароскопической гемиколэктомии по поводу рака сигмовидной кишки, что потребовало проведения релапаротомии, вскрытия абсцесса и петлевой трансверзостомии. В группе сравнения несостоятельность анастомоза развилась в 12 (5,17%) случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Первый опыт применения однорядного непрерывного кишечного шва в колоректальной хирургии показал его преимущества перед двухрядным, что позволяет рекомендовать его использование как метод выбора при формировании толстокишечных анастомозов.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М.

ЛРКЦ МО РФ, г. Москва, Россия
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Спаечная болезнь брюшины (СББ) – широко известное и часто встречаемое тяжелое заболевание, как правило, у пациентов молодого и трудоспособного возраста, стремящихся вести активный образ жизни. Актуальность спаечной болезни брюшины в настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнений. Эта проблема по-прежнему постоянно привлекает внимание хирургов, кардинального ее решения, несмотря на усилия современной науки и техники, до сих пор не найдено. По нашему мнению, поиск методов профилактики и лечения СББ должен быть направлен на патогенетические механизмы адгезивных процессов.

ЦЕЛЬ. Изучить антиадгезивные свойства 5-FU при формировании спаечного процесса органов брюшной полости у лабораторных животных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа выполнена на 60 взрослых белых крысах линии Vistar, весом 200-240 г. Все животные были разделены на 5 групп. Первая группа (10 крыс): интактный контроль. 50-ти животным под эфирным наркозом проводилась срединная лапаротомия. СББ моделировалась несколькими способами: 1 группа (10 крыс) иссечением париетальной брюшины передней брюшной стенки, 2. обработка париетальной и висцеральной брюшины 96% р-ром этилового спирта, 3. высушивание воздухом при температуре 24-26°C в течение 10 мин. тонкой и толстой кишок, 4,5. комбинация указанных способов. Рана брюшной стенки ушивалась наглухо. Животным трех опытных групп (по 10 крыс в каждой) во время операции с 1 по 5 сутки в послеоперационном периоде внутрибрюшинно вводилось 5 мл 5% раствора глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м² поверхности тела. В первой группе раствор вводился только интраоперационно, второй группе интраоперационно и на 1,2 сутки, третьей группе интраоперационно 1-5-е сутки после операции. 20 животных – контрольная группа (5 FU не вводился). Отмечена летальность в контрольной группе (6 крыс – 4, 7, 12 сутки), при аутопсии причина смерти: спаечная кишечная непроходимость, перитонит. На втором этапе, через 14 суток, производилась релапаротомия и разделение спаек с использованием микрохирургической техники под увеличением операционного микроскопа (ОМ-2) различными способами. Распространенность спаечного процесса оценивалось по этажам брюшной полости. В контрольной группе обнаружен спаечный процесс у всех животных разной степени выраженности с деформацией брыжейки – у 40% крыс. В 1-й опытной группе спаечный процесс с деформацией брыжейки тонкой кишки развился у 40% крыс. Во 2-й опытной группе – отмечены единичные межкишечные спайки и деформация брыжейки тонкой кишки у 40% крыс. 3-я опытная гр. – то же только у двух крыс (20%). Также оценивался неонатогенез в брюшине у оперированных крыс, отмечена минимальная инъецированность висцеральной и париетальной брюшины сосудами у 2-й и 3-й группы. 28 крыс с выявленным спаечным процессом взяты на 2-й этап исследования. 14 крыс – оперированный контроль (после релапаротомии и адгезиолизиса). Другие 14 крыс – опытная группа, которой произведена процедура внутрибрюшинного введения 5 мл раствора 5% глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м² поверхности тела интраоперационно и в послеоперационном периоде на протяжении 1-4 суток. Животные выводились из эксперимента на 28 сутки путем передозировки эфирного наркоза и подвергались аутопсии. Выявленность спаечного процесса оценивалась визуально. У всех животных контрольной группы выявлен спаечный процесс разной степени выраженности. В опытной серии спаечный процесс был наименее выраженным, отмечена только видимая умеренная деформация брыжейки.

РЕЗУЛЬТАТ. Таким образом, обнаружен статистически достоверный противоспаечный эффект 5-FU в опытных группах, при 3-х – 5-ти кратном введении раствора (p<0,05).

ВЫВОДЫ. Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что инстиляция внутрибрюшинно большого объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.