

10. Разработка носителя кондитерской лекарственной формы для фармакотерапии и профилактики заболеваний пародонта / А. В. Куринной, А. А. Рыжов, В. В. Гладышев (и др.) // Запорожский медицинский журнал. – 2012. – № 4 (73). – С. 68–70.

11. *Стрелець О. П.* Термографічне дослідження нового комбінованого препарату із гіпотензивною дією // Український журнал клінічної і лабораторної медицини. – 2010. – Т. 5. № 4. – С. 29–31.

12. *Тиманюк В. А.* Биофизика / В. А. Тиманюк, Е. Н. Животова. – Харьков: Золотые страницы, 2003. – 704 с.

13. *Трунова Т. В.* Термогравіметричні дослідження супозиторіїв з N, N-добензиламідом малонової кислоти (дибамком) /

Т. В. Трунова, Т. В. Крутських, О. С. Кухтенко // Фармацевтичний часопис. – 2010. – № 4. – С. 35–38.

14. *Фролова О. А.* Заболевания пародонта и меры их профилактики // Лечащий врач. – 2001. – № 4. – С. 56–60.

15. *Целов Л. М.* Диагностика и лечение заболеваний пародонта / Л. М. Целов, А. И. Николаев. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 192 с.

16. Thermal analysis of the dehydrated form of diclofenac salt / A. Fini, P. J. Sanchez-Soto, M. J. Fernandez-Hervaz (et al.) // Intern. Journ. of pharmac. – 1998. – V. 165. № 1. – P. 79–85.

Поступила 02.09.2013

В. В. ЛЕОНОВ, Ю. Л. ШАЛЬКОВ, А. В. ЛЕОНОВ, АББАС ХАМЕД

ОПЫТ ОЦЕНКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОГРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии
медицинского института Сумского государственного университета,
Украина, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31;
тел. +38 (0542) 337179. E-mail: LeonovVVX@yandex.ru*

Основной причиной формирования инвагинационного толстокишечного анастомоза «вручную» было стремление уменьшить ишемические нарушения в зоне анастомоза. 48 больных были прооперированы на толстой и прямой кишке с наложением анастомозов «вручную». Анастомозы, выполненные «вручную», через 70 дней функционировали без нарушений, процессы заживления слизистой оболочки были завершены.

Ключевые слова: толстокишечные «ручные» анастомозы, кишечные анастомозы.

V. V. LEONOV, Y. L. SHALKOV, A. V. LEONOV, ABBAS HAMED

EVALUATION OF SUBMERGED HEALING OF COLONIC ANASTOMOSES IN SURGICAL HOSPITAL

*Department of surgery with the course of children's surgery and course of oncology
institute of medicine Sumy state university,
Ukraine, 40018, Sumy, Sanatornaya street, 31;
tel. +38 (0542) 337179. E-mail: LeonovVVX@yandex.ru*

Thus, the main causes of «hand technique» anastomosis by invagination are technical defects of the intervention in telescopic anastomosis by invagination and the ischemic disorders in colorectal anastomosis by invagination. 48 patients were operated on the colon and rectum with «hand technique» anastomosis. Invalidated «manual technique» anastomosis after 70 days of the formation were fully functional, and processes of healing and morphological transformation of mucosa were completed.

Key words: «manual technique» of colon anastomoses, intestinal anastomosis.

Введение

В процессе становления и развития абдоминальной хирургии поиски оптимального способа восстановления кишечной трубки после ее резекции постоянно продолжаются. Дискутируются вопросы о типе кишечного шва и факторах, предотвращающих несостоятельность анастомозов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Цель исследования – изучить состояние заживления погружных толстокишечных анастомозов.

Задачи исследования:

1. Клиническая оценка тяжести и длительности паракишечника.

2. Изучение характера пассажа кишечного содержимого в самом погружном анастомозе.

3. Визуальная оценка заживления соустья анастомоза.

4. Характер осложнений погружных анастомозов в раннем послеоперационном периоде и их причины.

Материалы и методы

Целенаправленно характер нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта изучен у 48 больных, которым накладывались толстокишечный инвагинационный анастомоз (31 больной) и погружной колоректальный анастомоз (17 больных).

Схема наложения толстокишечного инвагинационного анастомоза представлена на рисунке 1, погружного колоректального анастомоза – на рисунке 2.



Рис. 1. Схема наложения толстокишечного инвагинационного анастомоза

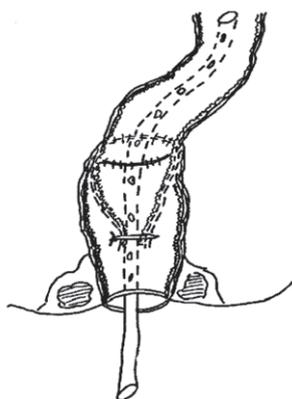


Рис. 2. Схема наложения погружного колоректального анастомоза

Для оценки восстановления пассажа учитывались время появления кишечных перистальтических шумов, сроки начала отхождения газов и восстановления стула.

Рентгенологическое исследование пассажа с обычным пероральным приемом жидкой бариевой взвеси (50 мл) применено у 14 больных. Метод рентгеноконтрастной метки рентгенологическим контрастированием применен у 9 наблюдаемых.

Для визуальной оценки заживления соустья производилась ректороманоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение

Первые признаки кишечной перистальтики выявлены в первые послеоперационные сутки у 4 больных (8,3%), на вторые – у 32 больных (66,7%), на третьи – у остальных 12 больных (25,0%).

Было установлено, что время восстановления перистальтики зависело от тяжести оперативного вмешательства. Следует отметить, что все случаи лапаротомии с лимфодиссекцией, как и случаи резекции поперечно-ободочной кишки в ее средней трети, сопровождались более длительным восстановительным периодом. Состояние моторики кишечника у 17 больных с колоректальными анастомозами, у которых метеоризма и усиленной схваткообразной боли не наблюдалось. Этому способствовала декомпрессия толстой кишки заведенным зондом до сигмы трансанально во время операции, что обеспечивало постоянную разгрузку её содержимого. Самостоятельный стул восстанавливался у больных с наложенным толстокишечным

инвагинационным анастомозом к четвертым-пятым суткам послеоперационного периода.

Формирование инвагинационного анастомоза предусматривало создание инвагината на ограниченном (3,5–4 см) протяжении. Поэтому сужение просвета кишки вызывало необходимость оценки анастомоза на предмет его функциональной пригодности. У больных при пероральном приеме 3–5 контрастных меток диаметром 5–7 мм с динамическим рентгенологическим наблюдением по методу Ю. Л. Шалькова после его наложения оценивалась функциональная пригодность анастомоза на 28–30-е сутки (рис. 3, 4).

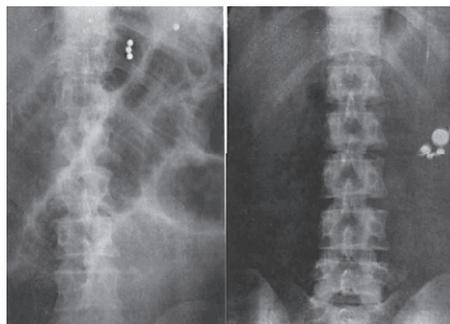


Рис. 3, 4. Метод рентгеноконтрастной метки (по Ю. Л. Шалькову)



Рис. 5. Прохождение рентгеноконтрастных меток по кишечнику через 8–15 часов после перорального приема

У всех прооперированных больных с наложенным инвагинационным анастомозом пассаж контрастных меток оказывался свободным (принятые гранулы с часовым промежутком продвигались по кишечным петлям отдельно друг от друга), и спустя 8–15 часов гранулы сгруппировывались в левой половине толстой кишки (рис. 5), а в последующие 5–10 часов эвакуировались в прямую кишку.

Визуальная оценка характера заживления колоректального анастомоза проведена у 17 больных. Со вторых суток после операции при ректороманоскопии обнаруживалась отечность низведенного участка сигмы, которая увеличивалась ко вторым-третьим суткам. Уже на вторые сутки ниже лигатуры на зонде край кишки с некротическим участком темно-серого цвета располагался по всей окружности. Лишь на третьи, четвертые сутки участок некроза начинал распространяться выше лигатуры, но не более чем на 3 мм. Из этого участка начало появляться кишечное содержимое. Деструкция кишки (сигмы) по линии перевязки появлялась не позже четвертых, пятых суток, однако отторжение тканей некроза начиналось на шестые, седьмые сутки и

позже. Это сопровождалось освобождением зонда и его самопроизвольным выпадением. Однако из 17 наблюдений в пяти случаях (30%) приходилось трансанально подсекать некротические ткани, чтобы извлечь зонд.

В течение последующих шести, семи суток «культя» инвагината, спустившаяся в просвет кишки, оставалась в состоянии отека, отверстие анастомоза зияло, не превышая в диаметре 10 мм. Некоторая отечность распространялась и на борозду, образованную серозной оболочкой культуры сигмы (т. е. брюшиной) и слизистой оболочкой прямой кишки. Дефектов в указанной борозде не выявлялось. К пятнадцатым суткам отечность культуры сигмовидной кишки резко уменьшилась, край кишки по всей окружности освободился от некротических тканей. Отверстие анастомоза оставалось открытым, увеличиваясь в размерах до 15 мм. Спустя 27–30 дней после формирования анастомоза отечность тканей практически исчезла, сохранилась лишь некоторая ригидность культуры сигмовидной кишки, и отверстие приняло клиновидную форму. Только через 70–80 суток сформировавшийся анастомоз утрачивал отечность и ригидность, отверстие анастомоза увеличивалось по диаметру до 25–30 мм, причем оно сразу же расширялось при раздражении до 35–40 мм, и был замечен факт морфологической перестройки серозной оболочки сигмовидной кишки, внедренной в просвет прямой: она визуально принимала вид слизистой оболочки.

В нашем исследовании осложнений и повторных операций у наблюдаемых пациентов не было.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. При наложении толстокишечного инвагинационного анастомоза следует создавать инвагинат на ограниченном протяжении (3,5–4,0 см), строго придерживаясь предложенной схемы.

2. Погружные колоректальные анастомозы, созданные по предлагаемой нами схеме, к 70-м суткам фун-

кционируют без нарушений, процессы заживления слизистой оболочки завершаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шальков Ю. Л., Леонов В. В. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике: Учебное пособие. – Харьков, 2008. – 192 с.
2. Duncan J. E., Corwin C. H., Sweeney W. B., Dunne J. R., Denobile J. W., Perdue P. W., et al. Management of colorectal injuries during operation iraqi freedom: patterns of stoma usage // Journal of trauma-Injury Infection & critical care. – 2008. – Apr. № 64 (4). – P. 1043–1047.
3. Hermann Brenner, Michael Hoffmeister, Volker Arndt, Christa Stegmaier, Lutz Altenhofen, and Ulrike Haug. Protection from right- and left-sided colorectal neoplasms after colonoscopy: population-based study // J. natl. cancer inst. – 2010. – 20 January. Vol. 102. – P. 89–95.
4. Miller P. R., Chang M. C., Hoth J. J., Holmes J. H., Meredith J. W. Colonic resection in the setting of damage control laparotomy: is delayed anastomosis safe? // American surgeon. – 2007. – Jun. № 73 (6). – P. 606–609; discussion 609–610.
5. Pineda C. E., Shelton A. A., Hernandez-Boussard T., Morton J. M., Welton M. L. Mechanical bowel preparation in intestinal surgery: a meta-analysis and review of the literature // Journal of gastrointestinal surgery. – 2008. – Nov. № 12 (11). – P. 2037–2044.
6. Riansuwan W., Hull T. L., Millan M. M., Hammel J. P. Nonreversal of Hartmann's procedure for diverticulitis: derivation of a scoring system to predict nonreversal // Diseases of the colon & rectum. – 2009. – Aug. № 52 (8). – P. 1400–1408.
7. Salinas-Aragyn L. E., Guevara-Torres L., Vaca-Púrez E., Belmares-Taboada J. A., Ortiz-Castillo Fde G., Sánchez-Aguilar M. Primary closure in colon trauma // Cir cir. – 2009. – Sep.-oct. № 77 (5). – P. 359–364.
8. Vertrees A., Wakefield W., Pickett C., Greer L., Wilson A., Gillen S., Nelson J., Aydelotte J., Stojadinovic A., Shrive r C. Outcomes of primary repair and primary anastomosis in war-related colon injuries // J. trauma. – 2009. – May. № 66 (5). – P. 1286–1291; discussion 1291–123.

Поступила 26.06.2013

Ю. Н. МАЙБОРОДА, М. В. ГОМАН, Э. В. УРЯСЬЕВА

МОРФОЛОГИЯ НЕРВНО-СОСУДИСТЫХ КОМПОНЕНТОВ В ТКАНЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Кафедра ортопедической стоматологии

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. 8 (962) 4-499-182. E-mail: maxgoman@mail.ru

Нейрогистологическими и гистохимическими методами исследования прослежены морфологические изменения нервно-сосудистых компонентов и фосфатаз слизистой оболочки твердого и мягкого неба протезоносителей и у лиц, не пользовавшихся съемными конструкциями зубных протезов, в сравнительном аспекте. Выявлены определенные индивидуальные различия в строении нервных структур, а также особенности степени деструктивных изменений нервных образований, содержания эстераз, их топографии, числа и соотношения нервно-сосудистых комплексов. Морфологические изменения в сосудистой системе, по-видимому, обусловлены постоянной компрессией протезами тканевых образований протезного ложа.

Ключевые слова: нервный аппарат, микрососуды, фосфатазы, тканевые образования протезного ложа.

Yu. N. MAYBORODA, M. V. GOMAN, E. V. URYASYEVA

MORPHOLOGY OF THE NEUROVASCULAR COMPONENTS
IN PROSTHETIC BED TISSUE FORMATIONS