

вания канала органа и рецидива свища в ранние и поздние послеоперационные сроки и должно стать основанием для разработки показаний к применению предложенной нами относительно более сложной, с элементами микрохирургической, техники кишечного шва.

Е.Ю. Левчик, С.Ю. Медведева

ПРОТЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ НАРУЖНОЙ ЗАЩИТЫ СКВОЗНОГО ШВА РАН СТЕНКИ ЖЕЛУДКА КРОЛИКОВ

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Морфологический отдел ЦНИЛ*

Целью исследования было изучение в эксперименте механизмов герметизации сквозных швов полых органов пищеварительного тракта в зависимости от типа их наружной защиты, на модели осложненных некрозом ран стенки желудка кроликов.

В сроки от 3 суток до 3 месяцев изучены морфофункциональные результаты различных способов наружной защиты сквозных узловых однорядных капроновых швов осложненных ран желудка 119 половозрелых кроликов-самцов весом 3-3.5 кг. Операции выполнены под барбитуровым наркозом, выведение животных из опыта введением летальной дозы барбитурата. Модель создавали послойной электрокоагуляцией краев ран передней стенки желудка длиной 1/2 его диаметра на границе кардального и пилорического отделов. У 5 животных сквозные швы не укрывали, использовали серозно-мышечный шов (22), укрытие лоскутом большого сальника на сосудистой ножке (17), клеем «Сульфакрилат» (15), коллагеновых эксплантатов «Коллартек» (15), «Гентацикол» (20), «Сангвикол» (25) с программированными сроками резорбции (Патент РФ № 2134068 от 10.08.99). Результаты исследовали макроскопическими, биологическими, гистологическими (окраски гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону, Вейгерту) методами, определяли интенсивность воспалительной инфильтрации, васкуляризации, стадию склеротического процесса, динамику толщины, послойно - ширины рубца в стенке органа.

Распространенность спаек брюшины была большей при двурядном ушивании ран, использовании «Коллартека» и клея «Сульфакрилат», чем

при перитонизации швов сальником ($p < 0.01$) и укрытии коллагеновыми эксплантатами «Гентацикол» и «Сангвикол» ($p < 0.1$). Возрастание устойчивости шва (рубца) к гидропрессии было наиболее быстрым при использовании «Сангвиккола», «Гентацикола» и лоскута большого сальника на ножке, в сравнении с двурядным швом, и особенно - шовно-клеевым соединением ($p < 0.01-0.05$).

При исследовании гистологических препаратов выявили, что сравниваемые способы наружной защиты сквозного шва ран желудка обеспечивали следующие механизмы протективного действия:

1) серозно-мышечный шов в ближайшие сроки после операции обуславливал фибринное склеивание серозных оболочек и выпадение над раной "пробки" из фибрина и клеточных элементов перитонеальной жидкости, с образованием в стенке органа в ранние и поздние сроки, снаружи и внутри, грубоволокнистого рубца с очагами склероза и гиалиноза;

2) перитонизация лоскутом большого сальника на ножке вела к фибринному склеиванию поверхности лоскута с раной и перифокальной серозной оболочкой в ближайшие послеоперационные сроки, с образованием между ними рубца и замещением склерозированной тканью большого сальника поверхностной части дефекта в стенке желудка - в раннем и позднем послеоперационных периодах;

3) нанесение клея «Сульфакрилат» обеспечивало формирование устойчивой в течение 3-4 суток пленки над раневым каналом и перифокальной серозной оболочкой, сопровождающееся выраженной полиморфно-ядерноклеточной инфильтрацией стенок раны и серозной оболочки; в ранние и поздние сроки отметили замедление формирования рубца при сохранении смешанной воспалительной инфильтрации наружных оболочек, особенно выраженной вокруг фрагментов клея;

4) укрытие двуслойными компактно-пористыми коллагеновыми эксплантатами обеспечивало герметизацию ран от свободной полости и минимизацию спаечного процесса образованием фибриновой пленки на поверхности их наружного слоя, к 4 суткам - грануляционной капсулы; удержание краев ран в сопоставлении фибринным склеиванием ячеек внутреннего слоя с поверхностью ран и прилежащей серозной оболочкой в ближайшие, с полной резорбцией и замещением эксплантатов рыхлой соединительной тканью в ранние сроки.

Заживление ран слизистой и подслизистой оболочек стенки желудка во всех сериях опытов происходило по типу вторичного натяжения. При перитонизации внутреннего ряда швов серозно-мышечными, лоскутом большого сальника на сосудистой ножке, укрытии коллагеновыми эксплантатами, заживление ран наружных оболочек стенки желудка, приближалось к типу первичного натяжения.

Моделирование оптимальных свойств коллагеновых эксплантатов открывает широкие перспективы их применения в условиях осложненной регенерации стенки полых органов, особенно - при отсутствии большого сальника, его вовлечении в патологические процессы, повышенном риске использования. Несмотря на серьезные недостатки, отличительным качеством клеевой пленки является независимость ее протективного эффекта от фибриновой герметизации раневого канала в ближайшие сроки, что делает возможным применение при нарушениях полимеризации фибриногена, повышенной активности фибринолиза в брюшной полости. Возможны также комбинации применения лоскутов аутобрюшины, коллагеновых эксплантатов и хирургического клея для достижения более продолжительной и расширенной по области применения наружной защиты швов полых органов брюшной полости.

Л.Н. Малямова, С.Ю. Медведева

ДИНАМИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРНЫМ ГАСТРИТОМ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

*Кафедра педиатрии ФПК и ПП,
Отдел морфологии ЦНИЛ*

В настоящее время общепризнанна роль *H. pylori*, как этиологического фактора развития воспалительных изменений верхних отделов пищеварительного тракта. Но если при наличии язвенного дефекта целесообразность в назначении антихеликобактерной терапии не обсуждается, то при хроническом гастрите (гастродуодените) вопрос «лечить или не лечить» становится актуальным и назначение антихеликобактерных препаратов требует достаточного обоснования. В литературе обсуждается