

группе больных с МКГН АГ выявлена у 5 (50%) больных, что на 20% больше исходных показателей. В группе с ФСГС отмечено наиболее значительное увеличение количества больных с АГ (с 40% до 100% больных). В группе с МН количество больных с АГ увеличилось на 14.3% и составило 57.1% (4 пациента). У больных с МИ при повторном обследовании АГ выявлена у 1(33.3%). Признаки начальной почечной недостаточности зарегистрированы у 3 (30%) пациентов в группе МКГН и у всех больных с ФСГС. В группах больных с МПГН, МН и МИ больных с лабораторными признаками хронической почечной недостаточности не выявлено. Необходимо отметить, что возрастание количества больных с АГ, а также появление больных с признаками хронической почечной недостаточности во всех группах происходило преимущественно за счет пациентов, у которых при первичном морфологическом обследовании были выявлены ТИИ.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что ТИИ, вероятно, предшествуют развитию АГ и появлению лабораторных признаков хронической почечной недостаточности у больных ХГН. Важное прогностическое значение в плане развития АГ и нарушения функции почек имеет морфологический вариант ХГН. Наиболее неблагоприятными оказались ФСГС и МКГН.

**Е.Ю. Левчик, А.В. Гетманова, А.А. Власов,
С.Ю. Медведева**

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ КИШЕЧНОГО ШВА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

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

Поиски хирургами «Святого Грааля» – идеального способа кишечного шва не прекращаются, а частота несостоятельности межкишечного соединения не имеет тенденции к снижению и достигает 62%. Наряду с использованием современных биорезорбируемых шовных материалов и атравматических игл, сохранением кровоснабжения кишечной стенки в зоне шва (в том числе – благодаря отказу от эластических кишечных жомов), исключению натяжения швов, важным считается применение адап-

тационных (послойных) технических вариантов соединения. Адаптационная техника шва обязательно включает: широкое сопоставление серозных поверхностей сшиваемых органов, соединение краев подслизистого слоя, адаптацию краев слизистой оболочки.

Нами изучена в сравнительном эксперименте на 12 взрослых беспородных собаках обоего пола весом 8-12 кг, техника оригинального (Приоритет РФ по заявке № 99121349 от 11.10.99) однорядного внутриузелкового кишечного шва. Техника его заключается в том, что серозно-мышечный футляр кишки тупо отсепааровывают на 2-3 мм от края слизистой оболочки, осуществляют вкол в срез подслизистой основы одного из анастомозируемых отрезков кишки, проводя иглу в ней на расстояние 1.5-3 мм с выколом у основания отсепаарованной мышечной оболочки, затем вкол выполняют в край мышечной, проводя иглу в ее поверхностном слое, а выкол - через серозную оболочку, на 3-6 мм кнаружи от ее края. С противоположной стороны вкол осуществляют в серозную оболочку, с захватом наружного мышечного слоя, на расстоянии 3-6 мм от края последнего, и выкалывают иглу в срез мышечной оболочки, затем осуществляют вкол в подслизистую основу на 1.5-3 мм от свободного края, у основания отсепаарованной мышечной оболочки, а выкол - через срез подслизистой, без захвата слизистой оболочки органа. Базой сравнения служили однорядный внутриузелковый шов Пирогова-Матешука и тот же шов, перитонизированный вторым рядом - серозно-мышечным швом Ламбера. Под внутривенным барбитуровым наркозом животным наносили поперечные к оси проникающие ранения левой половины толстой кишки скальпелем на 1/3 длины ее окружности, которые затем ушивали атравматической нитью максон (4.0) указанными способами. Антибактериальную терапию не применяли. Результаты исследовали на 3, 7, 14, 30 сутки после выведения животных из опыта внутривенным введением летальной дозы барбитурата. Макроскопически определяли распространенность спаечного процесса, степень деформации швом канала кишки, характер регенерации слизистой оболочки, изучали устойчивость шва/рубца к гидропрессии; гистологические препараты фиксировали в 10% нейтральном формалине, окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону.

Несостоятельности швов, послеоперационного перитонита не отметили ни в одном наблюдении. Выраженность спаечного процесса была минимальной во всех сериях опытов. Деформация канал органа рубцом по

типу умеренного стенотического сужения с формированием над ним «слепого кармана» с продольной переориентацией складок слизистой оболочки в ранние (14-30 сутки) послеоперационные сроки выявлена только при использовании двурядного шва. В ближайшие (3-7 суток) сроки в этой же серии опытов отмечен наибольший отек и диастаз краев слизистой оболочки кишки, который сохранялся до 30 суток. К 14 суткам при использовании оригинального, а к 30 – однорядного по Пирогову-Матешуку шва, наблюдали регенерацию слизистой оболочки ран. Однако, если лигатуры шва Пирогова-Матешука явно мигрировали и выстояли в канал кишки через 30 суток, то ни одной нити шовного материала при использовании оригинального адаптационного шва в этот срок не обнаружили, более того, рубец в стенке кишки пальпировали с трудом, он был хорошо заметен только на серозной оболочке органа. Устойчивость двурядного шва к гидропрессии на 3 сутки составила только 90 мм рт. ст., однорядных – 120 мм рт. ст. (шов Пирогова-Матешука) и 140 мм рт. ст. (оригинальный шов). К 7 суткам она достигала 140 мм рт. ст. у двурядного и, соответственно, 180 и 220 мм рт. ст. , для однорядных швов, и постепенно возрастала в ранние сроки во всех группах опытов. На гистологических препаратах отметили заживление по типу первичного натяжения по линии соприкосновения серозных оболочек во всех сериях экспериментов, однако воспалительно-некротические изменения в ранах внутреннего анатомического футляра стенки были минимальными при использовании однорядного шва. В этой группе в 30 суткам формировался тонкий, хорошо васкуляризованный рубец уже к 14 суткам после операции, лигатуры шва к 30 суткам не обнаружены. Таким образом, предложенную модификацию однорядного кишечного шва при кластерном сравнении сочли близкой к модели «идеального».

Шов применили в клинике гнойной хирургии у 3 пациентов со свищами толстой кишки. В одном наблюдении шов был успешно использован при внебрюшинном ушивании губовидного полного свища печеночного угла ободочной кишки с целью уменьшения стенозирования канала кишки. В двух наблюдениях шов применили с хорошими результатами при ушивании ран стенки толстой кишки, образовавшимися в результате иссечения внутреннего отверстия трубчатых свищей, располагавшихся на рубцово-суженных участках селезеночного угла и сигморектального перехода. Вероятно, стремление избежать более травматичной резекции кишки, несостоятельности соединения в ближайшие, и последующего стенозиро-

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 кардиального 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, биофизическими, 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