

## ПРОФІЛАКТИЧНА ОМЕНТОПЕКСІЯ КУКСИ БРОНХА

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

*Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Незважаючи на впровадження нових методів профілактики неспроможності кукси бронха (КБ) після операцій на легенях, частота виникнення бронхіальних свищів та гнійної емпієми плеври не має тенденції до зниження. Як свідчать дані літератури [1] та власних досліджень [2], зазначені ускладнення виникають у 10-24% хворих. Впровадження в хірургічну практику зшивальних апаратів, плевритизації лінії швів, використання перикардіальної клітковини істотно не впливають на процеси регенерації КБ та частоту ускладнень [3].

Експериментальні дослідження проведено на 67 безпородних собаках віком від 3 до 7 років з масою тіла 10-17 кг. Тварини під час експерименту утримувались у віварії Буковинського медуніверситету.

Операції виконували під каліпсол-тіопенталовим знеболенням з використанням міорелаксантів та штучної вентиляції легень. Доза каліпсола – 4 мг/кг, тіопентала натрію – 2 мг/кг, лістенона – 3 мг/кг. Всі тварини були розділені на дві групи: контрольну – 29 собак, та основну – 38 собак.

У семи тварин контрольної групи в післяопераційному періоді виникли ускладнення, ще дві собаки померли під час операції, у решти 20 собак післяопераційний період перебігав без ускладнень. З 38 тварин основної групи емпієма плеври без бронхіальної нориці виникла у двох, вісім померли під час операції чи при виході з наркозу, у решти 28 – післяопераційний період задовільний.

Гістологічним дослідженням бронхо-сальникових комплексів, вилучених в різні терміни післяопераційного періоду, вивчено перебіг процесів регенерації бронхіальної стінки за участі тканини сальника. На 2-3 добу після операції процеси регенерації виражені добре, без ознак запалення, вище КБ стінка бронха з явищами набряку, судини розширені, повнокровні, вияв-

ляються ділянки крововиливів та тромбозу дрібних судин. Сальник прилягає до незміненої частини бронха, має нормальний вигляд, без явищ розладу кровообігу. Лінія шва вкрита фібринозною плівкою, інфільтрованою лейкоцитами. У цей період хрящі у місцях стискання лігатурами зазнають дистрофічних змін. Ядра хондроцитів нерідко вакуолізовані, місцями пікнотичні. Визначаються також безклітинні ділянки.

У препараті, вилученому на 4-5 добу після операції, прохідність дрібних судин збережена, спостерігається їх перекалібрування, у тканині сальника формуються олеогранульоми, трапляються крововиливи. У місцях прилягання сальника до стінки бронха або легеневої тканини ознаки ексудативного запалення відсутні, в інших місцях зазначено проліферативну реакцію. Нема жодних ознак нагноєння, серозна ексудація мінімальна. У проліфераті переважають фіброласти, плазматичні клітини, незначна кількість нейтрофільних лейкоцитів. Лінія шва бронха вкрита товстим шаром фібрину. Епітелій бронха підлягає лускатоклітинній метаплазії. Рубець ще не сформований. У прилеглих тканинах зберігаються розширення і повнокров'я судин та незначне накопичення лейкоцитів (в основному між пластами епітелію і сполучною тканиною).

У зразках тканин, отриманих на 13-15 добу, лінія швів у деяких препаратів повністю епітелізована, відбувається процес подальшої диференціації. Місцями епітелій сплющений однорядний або кубічний, в той же час з'являються ділянки з багаторядним циліндричним епітелієм. Місцями ще визначаються запальні зміни у вигляді хронічних лейкоцитарних інфільтратів у рубцево-грануляційній тканині. Вогнищеві дистрофічні та запальні зміни трапляються у хрящах бронха та прилеглих тканинах. Судини в ділянці рубця повнокровні, хоча діаметр їх зменшився.

На 30 добу після операції рана по лінії шва повністю епітелізована (багаторядний епітелій). Стінка бронха без ознак запалення. Легенева тканина, що прилягає до стінки бронха, з явищами пневмосклерозу, перибронхіального антракозу та вікарної емфіземи. Тканина сальника надзвичайно щільно зрощена зі стінкою бронха і суміжною легеневою тканиною. Ознак запальної реакції не виявлено. Місцями у тканині сальника на деякій відстані від бронха спостерігали олеогранульоми, скупчення сидерофагів та гігантських клітин. Сальник васкуляризований, артеріальні судини достатньо розвинуті, ознак венозного стазу не виявлено. Сальник зрощений з КБ. Рубець КБ утворений грубоволокнистою гіалінізованою тканиною, яка містить сидерофаги та позаклітинний гемосидерин. Однак відновлення еластики ми не спостерігали. У підслизовому шарі бронха біля лінії шва розташовані залози, яких не було в ранні терміни. Шовний матеріал гранулематозної реакції не викликає.

З огляду на ефективність експериментального застосування тканини великого сальника, нами зроблено оментопластику КБ у 6-ти хворих на рак легень. Наводимо наше спостереження.

Хворий Б., 1944 р. нар., історія хвороби № 12328, госпіталізований 1.12.2000 р. зі скаргами на кашель з виділенням невеликої кількості слизового харкотиння, періодичний біль у правій половині грудей, загальну слабкість, втрату маси. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, ЧСС – 78 уд/хв., тони серця звучні, ритмічні, живіт без особливостей. Аускультативно в правій легені дихання везикулярне, ослаблене в проекції верхньої частки. Визначається пальпаторна болючість справа в передніх відділах грудної клітки вздовж III-IV міжребір'їв.

Рентгенологічно: центральний ендобронхіальний рак правого верхньо-часткового бронха з ателектазом верхньої частки.

Фібробронхоскопічно: Сг правого верхньо-часткового бронха.

Діагноз: центральне новоутворення верхньої частки правої легені. ІХС. Атеросклероз аорти та вінцевих артерій.

Гістологічний висновок: плоскоклітинна карцинома. Спірографія: ЖЄЛ у межах норми, легка ізольована обструкція на рівні дрібних бронхів, резервні можливості апарату вентиляції у межах норми.

Хворому виконано правобічну пульмонектомію з резекцією головного бронха на рівні трахеобронхіального кута. Кукса бронха вкрита пасмом великого сальника на ніжці. Дренування плевральної та черевної порожнин. (Протокол операції № 700-П від 5.12.2000 р.).

Торакотомія, верхня частка вклинена в апертуру грудної порожнини. Пухлина до 8 см в діаметрі, з ознаками розпаду та абсцедування, розповсюджується на головний бронх. Поетапно перев'язані верхні та нижні судини верхньої частки з прошиванням центральних кінців. Пересічена непарна вена. Частково мобілізована трахея, накладено апарат УО-40 на правий головний бронх на рівні трахеобронхіального кута. На КБ накладено додаткові атравматичні шви.

Виконана лапаротомія, пасмо великого сальника з правою шлунково-сальниковою артерією проведено в плевральну порожнину через діафрагмомічний отвір у безсудинній ділянці правого купола діафрагми. Тканина сальника пришта до КБ, додатково – до біфуркації трахеї на зразок "інвагінації". Операцію завершено дренуванням черевної та плевральної порожнин.

Післяопераційний період задовільний, торако- і лапаротомна рани загоїлися первинним натягом, хворий виписаний на 21 добу після операції. У віддаленому періоді даних за гнійно-септичні ускладнення з боку плевральної та черевної порожнини не виявлено.

**Висновок.** Проведене клініко-експериментальне дослідження підтверджує доцільність та ефективність оментоплікації кукси бронха як способу профілактики післяопераційних ускладнень.

## Література

1. Левашов Ю.Н., Пржедецкий Ю.В., Шафировский Б.Б. Клиническое применение большого сальника в профилактике бронхиальных свищей после пневмонэктомий // *Груд. и сер.-сос. хирургия.* – 1994. – № 2. – С. 42-46.
2. Алексеенко А.В., Лусте А.О., Шварковский И.В., Алексеенко А.А. Выполнение комбинированных операций по поводу рака легкого // *Клін. хірургія.* – 1998. – № 8. – С. 33-35.
3. Багиров М.М., Расновский А.В., Верещачко Р.И., Глумчер Ф.С. Профилактика и лечение осложнений после выполнения реконструктивных операций на трахее // *Клін. хірургія.* – 1998. – № 3. – С. 3-4.

## ПРОФИЛАКТИЧНА ОМЕНТОПЕКСІЯ КУКСИ БРОНХА

*О.В.Алексєєнко, 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.