

ГУБКА «ТАХОКОМБ» КАК СРЕДСТВО, СНИЖАЮЩЕЕ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

¹ Салмин Р. М., ² Пакульневич Ю. Ф., ² Мицкевич В. А.,
² Рум Т. Т., ² Ждонец С. В.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

Введение. Несмотря на весь комплекс современных профилактических мероприятий, после формирования межкишечных анастомозов высока вероятность развития таких осложнений, как анастомозит, несостоятельность швов, стриктура, кровотечение из линии шва в просвет органа [1, 2, 4, 5]. Частота данных осложнений в ряде случаев достигает 34,5% и, к сожалению, не имеет тенденции к уменьшению [2, 3, 4, 5].

В последнее десятилетие посредством ряда исследований было доказано, что одной из причин развития несостоятельности межкишечного анастомоза является бактериальная проницаемость кишечного шва [3, 4, 5, 6]. Данное обстоятельство приводит к высокому проценту инфекционных осложнений, вынуждая хирургов искать новые методы, повышающие герметичность кишечных швов [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Цель: изучить в эксперименте влияние губки «ТахоКомб» на бактериальную проницаемость лигатурного толстокишечного анастомоза в послеоперационном периоде в динамике.

Материалы и методы. Эксперимент выполнялся на 48 белых беспородных крысах-самцах, которые были включены в контрольную и опытную группы, по 24 особи в каждой группе. В контрольной группе формировался неукрепленный толстокишечный анастомоз однорядным внутриузловым швом по типу Пирогова-Матешука. В опытной группе формировали такой же лигатурный толстокишечный анастомоз, однако со стороны серозной оболочки линию шва укрывали губкой «ТахоКомб». Бактериальная проницаемость соустья оценивалась в каждой группе на 3, 7, 14 и 30-е сутки послеоперационного периода путем подсчета количества колониеобразующих единиц (КОЕ) в 0,01 мл смыва на 2-е сутки инкубации посева на агар. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке при помощи программы Statistica 8.

Результаты. На 3-и сутки послеоперационного периода в контрольной группе концентрация КОЕ в смыве установлена на уровне 62,8. В опытной группе на этот срок данный показатель составил 5,7 ($p < 0,05$). К 7-м суткам послеоперационного периода концентрация КОЕ в смывах как в контрольной, так и опытной группах существенно снижалась ($p < 0,05$). Однако в опытной группе данный показатель по-прежнему оставался достоверно ниже, чем в контрольной ($p < 0,05$). К 14 и 30-м суткам

послеоперационного периода концентрация КОЕ в смывах достоверно не различалась в контрольной и опытной группах и имела близкие к нулю значения (таблица).

Таблица – Динамика концентрации КОЕ/10 мкл смыва

Группа	КОЕ/10мкл			
	3-и сутки	7-е сутки	14-е сутки	30-е сутки
контроль	62,8	4,0 ^A	1,2 ^A	0,0
опыт	5,7 ^B	0,8 ^{AB}	0,2	0,0

Примечание – А – достоверное различие показателя в сравнении с предыдущим сроком ($p < 0,05$); В – достоверное различие с контрольной группой ($p < 0,05$)

Известно, что главной причиной микробной проницаемости межкишечного анастомоза являются лигатурные каналы, вокруг которых формируются участки микроциркулярных расстройств и воспалительных изменений [4, 5, 6]. В нашем исследовании установлено, что на 3-и сутки послеоперационного периода бактериальная проницаемость толстокишечного соустья максимальна. Таким образом, на ранних сроках послеоперационного периода вероятность гнойно-воспалительных осложнений наиболее высока. Губка «ТахоКомб», очевидно, за счет высокой биосовместимости и выраженных адгезивных свойств способна существенно повысить герметичность толстокишечного соустья, не вызывая дополнительных микроциркуляторных расстройств.

Выводы:

1. Губка «ТахоКомб» уменьшает бактериальную проницаемость толстокишечного анастомоза на 3-и и 7-е сутки послеоперационного периода в 11 и 5 раз, соответственно.

2. Губка «ТахоКомб» снижает вероятность гнойно-воспалительных осложнений после формирования толстокишечного анастомоза.

Литература:

1. Взгляд на механическую прочность кишечного анастомоза / Ф. Ш. Алиев [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 2. – С. 89-93
2. Воробьев, Г. И. Передняя резекция прямой кишки у пациентов пожилого и старческого возраста / Г. И. Воробьев // Анналы хирургии. – 2007. – № 2. – С. 64-71.
3. Абдулжалилов, М. К. Пути повышения надежности тонкокишечного шва в условиях непроходимости и перитонита: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.17 / М. К. Абдулжалилов. – Омск, 2005. – 367 л.
4. Ручкин, В. И. Механическая прочность и биологическая герметичность швов пищеводных анастомозов в эксперименте / В. И. Ручкин, А. Н. Робак // Хирургия. – 2009. – № 2. – С. 47-51.
5. Влияние отека на проницаемость желудочно-кишечного соустья / В. И. Егоров [и др.] // Анналы хирургии. – 2004. – № 5. – С. 39.
6. Количество инородного материала, оставляемого хирургом в кишечной ране, в зависимости от вида анастомоза / В. И. Егоров [и др.] // Анналы хирургии. – 2002. – № 4. – С. 43.