

ции и стеноза зоны соустья не было. Гистологически слизистая оболочка сохранена, в мышечной оболочке наблюдался мелкий очаг неспецифической грануляционной ткани, встречались единичные нейтрофилы.

В опытной группе, в отличие от контроля, на 7 сутки спаек не обнаруживалось. Гистологически очаг неспецифической грануляционной ткани был меньше инфильтрирован нейтрофилами, что говорило о меньшей выраженности воспалительного процесса. Со стороны серозной оболочки отмечалось наличие в зоне соустья инкапсулированной коллагеновой пленки. На 30 сутки макроскопическая картина брюшной полости в контрольной и опытной группах не отличалась. В зоне соустья наблюдался более нежный соединительнотканый рубец. Остаток губки "тахокомб" был в виде тонкой пластинки соединительной ткани.

Выводы. Губка «тахокомб» способствует регенерации тканей, укрепляет и отграничивает зону анастомоза на ранних сроках, снижает выраженность спаечного и воспалительного процессов, по-видимому, за счет снижения бактериальной проницаемости соустья на ранних сроках.

Литература:

1. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Воленко А.В., Фаллер А.П. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «Тахокомб» // Хирургия.- 2004.- №2. 53–55.

2. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Леоненко И.В. Проблема надежности кишечного шва // Consilium medicum.- 2004.- Т.6. – №6.- 442–446.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ ЗАЩИТЫ ЗОНЫ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ГУБКой «ТАХОКОМБ»

Салмин Р.М., Гайдук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – проф., д.м.н. Жук И.Г.

Среди актуальных задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности кишечных швов. Данное осложнение наблюдается в 1,5–3% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, в 2,8–8,7% при операциях на тонкой и в 4–32% случаев при операциях на толстой кишке. Поэтому создание оптимальных условий для заживления швов и анастомозов желудочно-кишечного тракта – основной резерв улучшения ближайших результатов в хирургической гастроэнтерологии [1].

Цель исследования. Сравнительная оценка иммунного ответа после укрепления зоны толстокишечного анастомоза губкой «тахокомб».

Задачи исследования. Сформировать толстокишечный анастомоз «конец в конец», исследовать уровень иммунного ответа и бактериальную проницаемость зоны анастомоза.

Материалы и методы. В эксперименте использовались белые беспородные крысы-самцы, по 6 штук в каждой группе. В контрольной группе выполнялся толстокишечный анастомоз по типу "конец в конец" однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом Пирагова-Матешука. В опытной группе зона анастомоза дополнительно укреплялась губкой "тахокомб". На 7 и 30 сутки животные выводились из эксперимента. Иммунологически оценивались: лейкоцитарная формула (L), фагоцитарный индекс (Фи), фагоцитарное число (Фч), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Бактериальная проницаемость зоны соустья оценивалась путем взятия смыва с зоны анастомоза и последующим засевом в разведениях 10-1, 10-2, 10-3, 10-4 и подсчетом колониеобразующих единиц (КОЕ) 2-е сутки инкубации. Статистическая обработка данных проводилась в программе Mathcad 14, для распределения Стьюдента, $p < 0.05$.

Результаты

	L, 10 ⁹	П, %	С, %	Э, %	М, %	Л, %	ЦИК	Фи, %	Фч	КОЕ
1	15±1.7	1.8±0.3	30±4.5	1.8±1	2.5±1	65±5.0	64±6.0	86±9.1	6.4±1.1	3±1
2	8.6±0.9	0.8±0.4	30±3.2	1.7±1	1.7±1	67±2.7	82±9.4	59±6.5	4.5±1.0	0
1a	9.7±0.6	1.0±0.3	30±4.7	1.5±1	2.3±1	66±4.5	56±6.9	64±7.7	5.3±1.3	1±1
2a	8.8±0.6	0.6±0.3	30±2.7	1.7±1	1.8±1	67±2.9	72±8.5	58±5.5	4.6±0.6	0

На 7 сутки в группе контроля (1) обнаружен лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитоз, фагоцитарный индекс выше нормы, что говорит об активном воспалительном процессе. При посеве смыва 3±1 КОЕ. На 30 сутки в контрольной группе (2) лейкоцитоз у верхней границы нормы, сдвига влево и моноцитоза нет, фагоцитарный индекс в норме, повышен уровень ЦИК, что говорит о стихании воспалительного процесса. В опытной группе на 7 сутки (1a), по сравнению с контролем, уровень лейкоцитоза и фагоцитарный индекс достоверно ниже, что говорит о меньшей интенсивности воспалительного процесса. При посеве смыва 1±1 КОЕ, что говорит о меньшей бактериальной проницаемости зоны анастомоза. На 30 сутки, в отличие от контроля, уровень ЦИК имеет тенденцию к снижению, что говорит о менее интенсивном гуморальном иммунном ответе.

Выводы. Применение губки «тахокомб» для укрепления толстокишечного анастомоза снижает интенсивность иммунного ответа организма на оперативное вмешательство, способствует снижению бактериальной проницаемости в зоне кишечного шва.

Литература:

1. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Воленко А.В., Фаллер А.П. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «Тахокомб» // Хирургия.- 2004.- №2. 53–55.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН МЕТОДОМ РАСШИРИТЕЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПЕНИЛЬНЫМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ

Салмин И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь,

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии.

Научный руководитель – к.м.н. Нечипоренко А.Н.

Одним из наиболее сложных разделов в проблеме лечения стриктур мужской уретры является лечение протяженных сужений переднего отдела мочеиспускательного канала. Это связано с тем, что в подобных случаях восстановление адекватной проходимости уретры за счет местных тканей не возможно.

Цель исследования. Оценить эффективность операции по восстановлению адекватной проходимости уретры методом расширительной пластики лоскутом из внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке по методу Kennon S. Miller и Jack W. McAninch (New Techniques in Reconstructive Urology, 1995).

Материал и метод. С 2003 по 2010 год на курсе урологии ГРГМУ лечилось 11 мужчин по поводу протяженных (более 3 см длиной) стриктур передней уретры. Причинами стриктур были: длительное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером – 5; ранее выполненная ТУР простаты – 4; травматическое повреждение полового члена и уретры – 2. Диагноз был установлен методом уретрографии. Сущность проведенной операции. Двумя параллельными циркулярными разрезами на расстоянии 2 см друг от друга рассекается внутренний листок крайней плоти. Образовавшееся кожное кольцо рассекается по задней поверхности. Образовавшаяся кожная лента длиной до 14 см находится на ножке, которая представлена фасцией Бука, сосуды которой обеспечивают питание образованного лоскута. Уретра по задней поверхности рассекается продольно через суженный участок. В образовавшийся дефект вшивается в виде заплата лоскут крайней плоти, что и приводит к увеличе-