УДК: 616.234-089.844

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА, СФОРМИРОВАННОГО НАЛОЖЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА

М. Н. Васюков

MORPHOLOGICAL EVALUATION OF THE TRACHEOBRONCHIAL ANASTOMOSIS FORMED BY THE SUPERPOSITION OF DIFFERENT TYPES OF MICROSURGICAL SUTURE

Vasyukov M. N.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрав соцразвития

(Ректор — Засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

На изолированных трахеобронхиальных комплексах моделировалась операция по типу циркулярной резекции бифуркации трахеи. Формирование трахеобронхиального анастомоза осуществлялось путем использования различных видов микрохирургического шва: узлового, П-образного, непрерывного. На основании фотоснимков и гистотопограмм участков анастомоза даны характеристики каждого вида шва, отражены их преимущества и недостатки.

Ключевые слова: *бифуркация трахеи, трахеобронхиальный анастомоз, микрохирургические швы.*

Библиография: *12 источников.*

Complexes in isolated tracheobronchial simulated operation of the type of circular resection of the bifurcation of the trachea. The formation of the tracheobronchial anastomosis was carried out by using different types of microsurgical suture: a node, U-shaped and continuous. Based on photographs and gistotopogramm sites of anastomosis are the characteristics of each type of joint, reflected their advantages and disadvantages.

Keywords: *bifurcation of the trachea, tracheobronchial anastomosis, microsurgical sutures.*

Bibliography: *12 soures.*

Реконструктивно-восстановительные операции на бифуркации трахеи — наиболее сложный раздел хирургии дыхательных путей. Они главным образом выполняются при первичных и вторичных злокачественных опухолях, распространяющихся на бифуркацию, трахеобронхиальный угол, устья главных бронхов, нижнюю часть трахеи. В большинстве случаев выполняется пневмонэктомия с циркулярной резекцией бифуркации трахеи, ключевым моментом которой является формирование трахеобронхиального анастомоза [8]. Результаты трахеобронхопластических операций определяются многими факторами и в значительной мере выбором шовного материала, способом и видом шва [4].

Экспериментальные исследования [11] показали преимущество использования синтетических рассасывающихся материалов. М. Г. Сачек и соавт. [6] в зависимости от способа проведения нити подразделяли швы, применяемые в трахеобронхиальной хирургии, на две группы: одиночные (узловые, П-образные, механические) и непрерывные (обвивной, матрацный, выворачивающий). Выбор вида и техники наложения шва обусловлен степенью патологических изменений тканей, уровнем резекции и размерами удаляемого сегмента. На сегодняшний день между хирургами не существует единства как по вопросу выбора методики наложения вида шва, в частности захвата в шов слизистой оболочки, так и в выборе самого вида шва. При наложении анастомоза очень важно добиться хорошей адаптации слизистой оболочки анастомозируемых бронхов [10]. В. Г. Чешик считает методом выбора узловой шов через все слои стенки [10]. По мнению О. М. Авиловой [1] принципиальной деталью является использование непроникающих узловых швов. В. И. Маслов [3] указывает на то, что при пластике значительных трахеобронхиальных дефектов имеют ряд преимуществ П-образные швы. Они создают надеж-

ный герметизм и срастание, способствуют образованию нежного рубца слизистой оболочки и обширной соединительнотканной муфты по наружной поверхности соустья, обеспечивают хорошую адаптацию сшиваемых краев, что предотвращает развитие стеноза. М. И. Давыдов и соавт. [7] предлагает при формировании анастомоза применять комбинированный шов: непрерывный накладывается на мембранозную часть, а на хрящевую полуокружность анастомоза — отдельные узловые швы. В. А. Проханов и соавт. [9], G.Rienzo [12] указывают на преимущества использования непрерывного обвивного («парашютного») шва одной нитью, так как он удобен, прост и быстр в исполнении. При наложении анастомоза вкол иглы осуществляется на 2–3 мм дистальнее края резекции через хрящ, а выкол производится через слизистую или под ней у края среза. Ю. Б. Бирюков и соавт. [2], используя микрохирургическую технику в эксперименте разработали методику наложения трахеального и бронхиального анастомозов путем наложения двухрядных швов: первого непрерывного на слизистую оболочку и наружных укрепляющих узловых швов. По мнению авторов, данная методика способствует заживлению анастомоза первичным натяжением. П. В. Самойлов [5] предлагает накладывать узловые и непрерывные подслизисто-хряще-адвентициальные и подслизисто-мышечно-адвентициальные микрохирургические швы без сшивания слизистой оболочки. Этот способ наложения анастомоза обеспечивает адаптацию слоев стенки бронха, герметизм бронхиального соустья, заживление анастомоза первичным натяжением, сохранение формы и размеров просвета бронхов

Цель

Обосновать выбор микрохирургического шва при формировании трахеобронхиального анастомоза.

Материал и методы

На 22 изолированных трахеоброхиальных комплексах моделировалась операция по типу циркулярной резекции бифуркации трахеи с удалением правого главного бронха. Формирование трахеобронхиального анастомоза осуществлялось путем использования различных видов микрохирургического шва: узлового, П-образного, непрерывного. Наложение всех видов швов осуществлялось через все слои без захвата слизистой с помощью стереотаксического микроскопа «ЛОМО стерео-МХ-3» под оптическим увеличением от 4 до 10, стандартным хирургическим инструментарием. Использовались синтетические нити 4/0 полидиаксанон или Prolen на атравматичных иглах. Для каждого вида шва выполнялись фотоснимки и серия гистотопограмм участков анастомоза. Гистотопограммы изготавливались из серийных продольных срезов участка анастомоза толщиной 20–40 мкм, которые после гистологической проводки с заливкой в целлоидин окрашивались гематоксилин-эозином. Изучение гистотопограмм поводили с использованием стереоскопического микроскопа МБС-2 при 8, 16, 32-кратных увеличениях. Швы характеризовались по степени сопоставления стенок сшиваемых концов анастомоза.

Результаты

При анализе гистотопограмм выявили, что при формировании анастомоза путем наложения микрохирургических узловых швов удалось добиться достаточно точного сопоставления всех слоев стенок сшиваемых концов трахеи и бронха с умеренным вворачиванием линии анастомоза в просвет органа. На рисунках 1, 2 изображен фрагмент стенки трахеобронхиального анастомоза (вид снаружи и изнутри соответственно), а на рисунке 3 — гистотопограмма участка анастомоза с наложенными узловыми швами (пять швов).

При наложении П-образных швов (четыре шва, завязанные поочередно на трахеальном и бронхиальном концах анастомоза) определяется достаточно точное сопоставление стенок сшиваемых концов трахеи и бронха (рис. 4, 5). Однако, на гистотопограмме участка анастомоза (рис. 6) видно, что при относительно точном сопоставлении слизистой оболочки, подслизистая основа и хрящевую часть стенки точно сопоставить не удалось. По-видимому, это связано с тем, что при стягивании П-образного шва края сшиваемых концов как бы выворачиваются наружу.

При наложении непрерывного шва видно, что стенки сшиваемых концов трахеи и бронха сопоставлены точно (рис. 7, 8). Анализ гистотопограммы показывает, что слои стенок сопоставлены достаточно точно, но в просвет анастомоза часто «вворачивается» часть подслизистой основы (рис. 9).

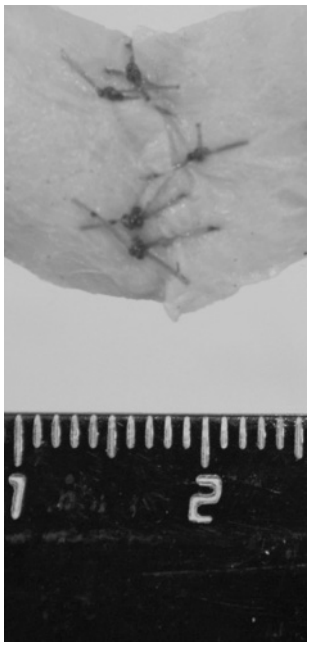

Рис. 1

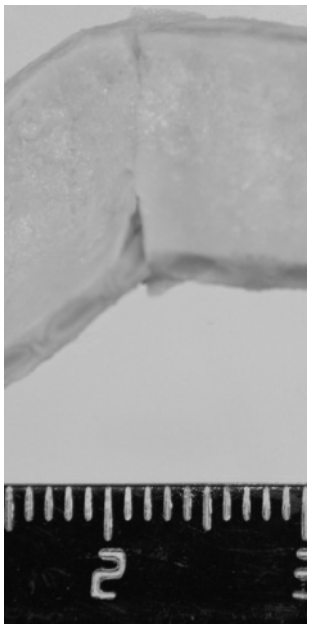

Рис. 2

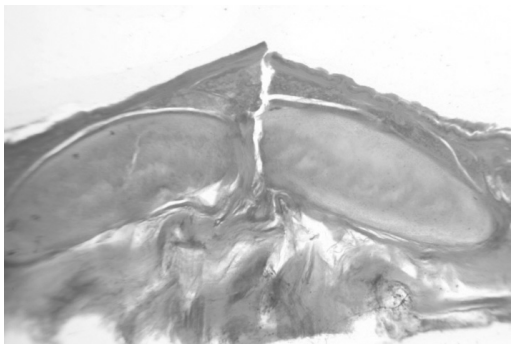

Рис. 3

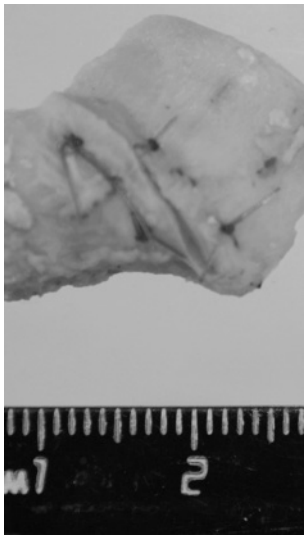

Рис. 4

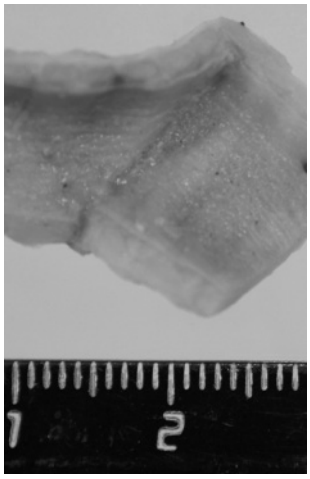

Рис. 5

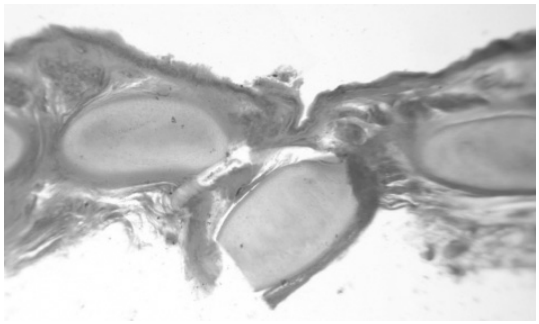

Рис. 6

Рис. 7

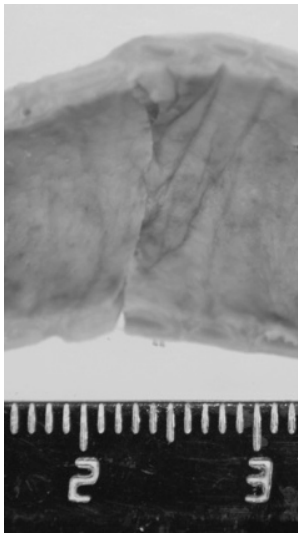

Рис. 8

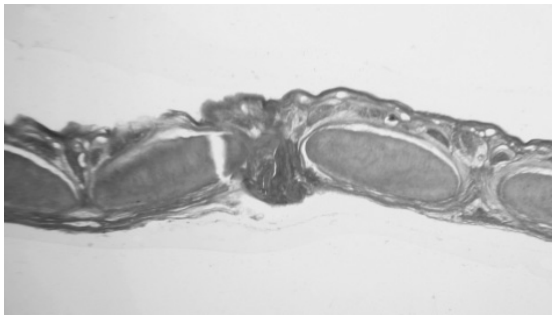

Рис. 9

Заключение

Таким образом, все виды наложенных швов позволяют добиться достаточно точного сопоставления стенок сшиваемых концов дыхательной трубки, в частности слизистой оболочки. Однако, наиболее приемлемым является наложение микрохирургических узловых швов, с помощью которых удалось добиться наиболее точного сопоставления всех слоев стенки трахеи и бронха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авилова О. М., М. М. Багиров Пластические операции на бифуркации трахеи // Грудная хирургия. — 1983. — № 3. — С. 60–64.
2. Бирюков Ю. В., Жаворонков Н. А., Черняев А. Л. Микрохирургический шов трахеи и бронхов // Грудная хирургия. — 1989. — № 2. — С. 55–59.
3. Маслов В.И. Расширенные пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи // Вестник хирургии. — 1982. — Т. 128. — № 1. — С. 25–30.
4. Реконструктивная хирургия трахеи и бронхов. Медицина и здравоохранение / М. Г. Сачек [и др.]. Серия. Хирургия. Обзорная информация. Выпуск 3. Москва 1987. 61 с.
5. Самойлов П. В. Способ наложения бронхиального анастомоза // Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия. — 2002. — №2. — С. 268.
6. Сачек М. Г., Аничкин В. В., Криштопов Л. Е. Моделирование патологических процессов и оперативных вмешательств на трахеобронхиальном дереве собаки: метод. рек. М., 1983. 20 с.
7. Современные возможности трахео-бронхопластических операций в хирургии злокачественных опухолей / М. И. Давыдов [и др.] // Вестн. Московского онкологического общества. — 2006. — №2. — С. 1–8.
8. Циркулярная резекция бифуркации трахеи при различной легочной патологии, показания и результаты лечения / В. А.Порханов [и др.].)// Кубанский научный медиц. вестн. — 2005. — № 1–2. — С. 78–93.
9. Циркулярная резекция бифуркации трахеи при различной легочной патологии / В. А. Порханов [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2007. — № 3. — С. 58–66.
10. Чешик В. Г. Общие вопросы обеспечения и техники пластических операций на бронхах и трахее // Здравоохранение Белоруссии. — 1967. — № 6. — С. 70–72.
11. A comparison of synthetic absorbable suture with synthetic nonabsorbable suture for construction of tracheal anastomoses / J.A.Gibbous [et.al.] // Chest. — 1981. — v. 79, № 3. — P. 340–342.
12. Rienzo G., Go T. and Macchiarini P. Simplified anastomotic technique for end-to-side bronchial reimplantation onto the trachea or contralateral main bronchus after complex tracheobronchial resections // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2002. — 124. — P. 632–635.

Васюков Михаил Николаевич — заочный аспирант каф. оперативной хирургии и клинической анатомии ОрГМА, ординатор отделения грудной хирургии ООКОД. 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6. Тел 8(3532)33-33-14, 89033600245. E-mail: mikl789@mail.ru.

УДК: 616.281-036.83-085

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОХЛЕОВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Т. Ю. Владимирова

INFLUENCE OF SEVERITY LEVEL OF FRUSTRATION ON THE PSYCHOLOGICAL STATUS AND INDICATOR QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT WITH MENIERE'S DISEASE

T. Y. Vladimirova

ГОУ ВПО «СамГМУ Минздравсоцразвития России»
(Ректор — академик РАМН, проф. Г. П. Котельников)

Проведено изучение психологического статуса и качества жизни 202 пациентов, страдающих болезнью Меньера, и 83 лиц контрольной группы в Самарской области с применением анкет-опросников. В работе выявлено, что качество жизни при болезни Меньера снижено ($p < 0,05$) по