

метрические свойства увеличиваются на толщину ткани, в результате свойства острого предмета в ране, начинают перемежаться с признаками воздействия тупого твердого предмета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загрядская А.П. Определения орудия травмы при судебно-медицинском исследовании колото-резаного ранения / А.П. Загрядская. — М., 1968.
2. Карякин В.Я. Судебно-медицинское исследование повреждений колюще-режущими орудиями / В.Я. Карякин. — М., 1966.
3. Иванов И.Н. Морфология следа острия колюще-режущих орудий в колото-резаных повреждениях: Дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1991.
4. Иванов И.Н. Судебно-медицинское исследование колото-резаных ран кожи: Дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2000.

М.В. Артеменко, И.В. Панкратов

О ВЫБОРЕ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

В настоящее время как в отечественной, так и в зарубежной литературе практически отсутствуют монографии обобщающего характера, в которых бы излагались вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, обоснования выбора метода лечения, сроков и объема операции, особенно при осложненных формах диффузных заболеваний ободочной кишки в зависимости от разных факторов. Кардинальные вопросы выбора метода рациональной терапии, сроков и объема операции в зависимости от характера патологии, вида осложнений являются предметом постоянных дискуссий как в специальной литературе, так и на различных форумах. Несмотря на огромный прогресс хирургии ободочной кишки, результаты оперативного лечения диффузных заболеваний толстой кишки не удовлетворяют практических хирургов и проблема формирования колоректального соустья, а также выполнение корригирующих операций, препятствующих развитию рефлюкс — энтерита, до настоящего момента остается актуальной.

Нами разработан в эксперименте (на 10 половозрелых собаках) новый способ формирования асцендоректального анастомоза с баугинепластикой после субтотальной дистальной колэктомии. Изучение динамики морфологической картины в области асцендоректального анастомоза свидетельствует о том, что в течение 30 суток после операции как в области слизистой оболочки, так и подслизистой, происходят определенные патологические изменения, которые выражаются в деформации крипт, деструкции клеток эпителия, возникновении участков некробиоза, расширении просвета крипт, наличии в них клеток слущенного эпителия. В собственной же пластинке — большого количества лимфо- и гранулоцитов, соединительнотканых элементов, увеличением диаметра кровеносных сосудов, неодинаковой степени выраженности отека. Изучение морфологической картины в отдаленные сроки после операции (3 и 6 месяцев) свидетельствует о постепенной нормализации морфологии слизистой. Дистрофические и дегенеративные изменения в гладкомышечной ткани анастомоза не отмечены. Результаты проведенных исследований показывают, что анастомоз, формируемый из различных по диаметру стенок прямой и ободочной кишки, сохраняет свою форму и структуру в различные сроки после операции. Изучение макро- и микроскопической картины сформированного асцендоректального анастомоза в различные сроки после операции в эксперименте показало ее жизнеспособность и функциональную активность во все сроки наблюдения. По результатам проведения экспериментальной части работы и получения благоприятных как ближайших, так и отдаленных результатов, данная методика формирования асцендоректального анастомоза применена в клинике НИИ Гастроэнтерологии СГМУ.

На способ формирования асцендоректального анастомоза получен Патент Российской Федерации № 2178989 от 10.02.2002 года. По оригинальной методике прооперировано с 2000 г. по 2006 г. 17 больных, из них 11 женщин и 6 мужчин, что составляет 64,7 % и 35,3 % соответственно. Возрастной промежуток от 9 до 73 лет. Средний возраст составил $50 \pm 1,06$ лет. В 9 случаях (52,94 %) асцендоректальный анастомоз первично сформирован после субтотальной дистальной колэктомии по поводу мегаколон, хронического копростоза II — III ст. Двое пациентов (11,76 %) ранее перенесли операцию Гартмана по поводу дивертикулеза толстой кишки. Четверем больным (23,52 %) ранее выполнена операция Гартмана по поводу рака ободочной кишки III ст. Одна пациентка (5,88 %) в детстве перенесла операцию Дюамеля — Баирова по поводу болезни Гиршпрунга. Один пациент (5,88 %) оперирован в плановом порядке ранее по поводу болезни Крона, была выполнена левосторонняя гемиколэктомия. В наших наблюде-

ниях летальных исходов, непосредственно связанных с методикой выполнения операции, не было. Интраоперационных осложнений не было. Среди осложнений, связанных с оперативным вмешательством, наиболее грозными считается несостоятельность анастомоза. В наших наблюдениях это осложнение не зафиксировано. Это связано с преимуществами разработанной методики формирования колоректального соустья: циркулярное рассечение серозномышечной оболочки по линии резекции обнажает подслизистую основу за счет сокращения мышечного слоя, что позволяет свободно дифференцировать слои кишки «невооруженным» глазом; формирование подобного шва позволяет одновременно адаптировать одноименные слои стенок, добиться наибольшей прочности кишечного шва вследствие плоскостного захвата подслизистой оболочки, при этом не инфицируя стенку кишки и не вскрывая просвет кишок до завершения формирования задней полуокружности соустья; продольное расположение на ободочной и косое на прямой одинаковых по величине стежков позволяет равномерно адаптировать различные по диаметру просветы кишок без ущерба качеству кишечного шва; послойное адаптивное одноименных тканей позволяет добиться заживления первичным натяжением и избежать анастомозита и стриктуры соустья.

Ранние послеоперационные осложнения в виде нагноения кожной раны возникли в одном наблюдении (5,88 %). Выполнение профилактической баугинепластики позволяет избежать в отдаленном послеоперационном периоде развития рефлюкс-энтерита, связанного с дисфункцией илеоцекального отдела после его реверсии во время операции. Швы с кожных ран были сняты в обычные сроки. Средний послеоперационный день составил 12 ± 2 сут. Всем пациентам в пред- и послеоперационном периодах проводилось: эндоскопическое исследование толстой кишки, эндоскопическая ультрасонография толстой кишки, ирригоскопия и изучение пассажа бария по толстой кишке. При клиническом обследовании в послеоперационном периоде особое внимание уделяли на симптомы, характерные для пострезекционных моторно-эвакуаторных и регургитационных синдромов. При рентгенологическом исследовании в отдаленном послеоперационном периоде кишка не дилатирована, рельеф слизистой обычный. На расстоянии 12–15 см от ануса определяется анастомоз в виде циркулярной складки. Рельеф слизистой представлен косыми и поперечными складками обычного диаметра. При антиперистальтических сокращениях толстой кишки и ретроградном токе контрастной массы заброса бариевой взвеси из толстой кишки в приводящие отделы подвздошной кишки не было. При субъективной оценке оперативного вмешательства все 17 пациентов были полностью удовлетворены результатом операции. 11 пациентов трудоспособного возраста в течение первого полугодия после операции вернулись на прежнее место работы. Выполняют трудовые обязанности в полном объеме.

Применение в клинике разработанного способа формирования асцендоректального анастомоза с профилактической баугинепластикой позволяет получить в отдаленном послеоперационном периоде отличные и хорошие результаты в 92 % случаев.

С.Р. Аюшиева, Я.Г. Разуваева, Д.Н. Оленников

АНТИОКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ФИТОПЛЕНКИ «ХАСТАПЛЕН» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

На сегодняшний день в комплексном лечении заболеваний пародонта, наряду с применением антибиотиков, широко используются препараты растительного происхождения, в форме настоек, настоев, отваров и других лекарственных форм, которые недостаточно эффективны из-за кратковременности воздействия, вследствие резко снижающейся концентрации лекарственного средства в полости рта. В связи с этим перспективным направлением в стоматологии является разработка пленочных покрытий на основе растворимых полимеров, обладающих пролонгированным действием.

На основе этого разработана новая лекарственная форма — фитопленка, содержащая 10 % сухого экстракта какалии копьевидной (*Cacalia hastata* L.), условно названная «Хастаплин».

Целью нашего исследования явилось определение влияния фитопленки «Хастаплин» на показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантную систему организма при повреждении тканей пародонта.

Исследования произведены на 84 белых крысах линии Wistar обоего пола массой 160–180 г. Повреждение пародонта у животных вызывали путем наложения шелковой лигатуры в зубодесневую борозду. Фитопленку накладывали на десну ежедневно, с фиксацией ее в течение 5 минут. Животным контрольной группы накладывали пленку, не содержащую растительное средство по аналогичной схеме. Исследования проводили на 3, 7 и 14 сутки с начала эксперимента. Для оценки влияния фитопленки «Хастаплин» на состояние перекисного окисления липидов в крови содержание малонового диальде-