

УДК 616.329-089.844-092.4

Р.Е. Кулубеков¹, Н.Е. Аукунов¹, К.Ш. Амренова¹, А.А. Иванков², А.С. Дюсекенова², А.М. Иманалинов³Государственный медицинский университет города Семей¹, КГКП «Станция скорой медицинской помощи», г. Семей², КГКП «Центр профилактики и лечения ВИЧ»³

ФОРМИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЧАСТКА СВОБОДНО ПРИЛЕГАЮЩЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ НА НОЖКЕ

Резюме

К эзофагопластике относятся реконструктивные вмешательства с формированием нового искусственного пищевода при поражениях пищевода. Чаще всего, эзофагопластика требуется после рубцово – воспалительных патологий пищевода, связанная с ожогами или дивертикулами.

Ключевые слова: эзофагопластика, трансплантат тонкой кишки, премедикация, наркоз, наркозный сон, лапаротомический разрез, пульсионный механизм, пластика пищевода.

К эзофагопластике относятся реконструктивные вмешательства с формированием нового искусственного пищевода при поражениях пищевода. Чаще всего, эзофагопластика требуется после рубцово – воспалительных патологий пищевода, связанная с ожогами или дивертикулами. Основной же причиной пластики является недостаточная операционная технология, обусловленная ожогами пищевода (в не зависимости от причин) или послеоперационным некрозом оперированного участка, а также технические ошибки, допущенные при оперативном вмешательстве. Помимо этого, пластика пищевода может потребоваться большим со злокачественным поражением пищевода или с исходным, сочетанным с пищеводом, поражением желудка и гортаноглотки. Отсутствие единой тактики и сложности выбора способа реконструкции пищевода обусловлены тем обстоятельством, что эзофагопластикой по-прежнему занимаются врачи нескольких специальностей — онкологи, торакальные, пищеводные, ЛОР- и микрохирурги. Тем не менее, современная литература, посвященная данной тематике, по-прежнему крайне скудна. Немногочисленные сообщения об эзофагопластике содержат опыт единичных наблюдений.

Целью проведенного исследования явилось формирование участка пищеводной трубки у собак свободно прилегающим трансплантатом тонкой кишки на ножке, с сохранением нервно – сосудистого пучка, а также наблюдение, анализ полученных данных и возможность определения причин несостоятельности пластики.

Пошаговый ход эксперимента. Использовались молодые беспородные собаки, весом не менее 12 кг (n=6). Возраст собаки определялся по стертости задних резцов и состоянию голено – стопно- ступневого сочленения. Крупное беспородное животное всегда обеспечивает достаточный доступ к операционному полю, более стойко к перепадам торакального и атмосферного давления, может выдержать случайную, но незначительную передозировку премедикационных, наркозных, миореаксирующих, антикоагуляционных и т.д. ЛС. Что касается породы, то давно доказано, что беспородные особи, в силу своей генетической вязки, обладают наибольшей сопротивляемостью к различным, не свойственным им в живой природе, механизмам воздействия.

После премедикации (имипрамин 0, 25 мг внутрь, зондированным введением, предидон в/в введением 1% раствора в дозе 2,0 димедрол 1%, 1,0, верапамил 250 мг в/в введением), через 45–60 минут собака подвергалась общему внутривенному наркозу тиопенталом – натрия 2,5% от 5,0 до 10,0 мл с введением курарепоподобных ЛС (дитилин 1,5 мг/кг), катехоламинов (адреналин 1% 0,5 мл). После наступления III стадии (наркозный сон), собаке проводился лапаротомический разрез

по linea albae, с выделением участка тонкой кишки, наиболее соприкасающейся с брыжейкой. Именно в этом участке наиболее развита сеть сосудистых и нервных коллатералей. С сохранением нервно – сосудистого пучка иссекался лоскут брыжейки, служивший ножкой, а затем резецировался участок тонкого кишечника, прилегающий к ножке. Внутрь резецированного участка тонкой кишки помещалась полая гелеобразная трубка с большим количеством перфорированных отверстий, на внутреннюю поверхность которой микротомным скальпелем подсаживались отделенные участки слизистой ротовой полости собаки. Дело в том, что эпителий, подэпителий, да даже мышечный слой любого участка кишечника, начиная с 12 – перстной, заканчивая прямой кишкой, не соответствует строению и функциональным особенностям пищевода. Но, строение слизистой ротовой полости и глоткогортани достаточно схожи со слизистой пищевода. Остается вопрос – а как быть с мышечным слоем и перистальтикой? Дело в том, что в предыдущих исследованиях было замечено, что даже после изоляции резецированного участка тонкой кишки, она на протяжении долгого времени сохраняет способность к собственной перистальтике. Возникает вопрос – а насколько способны изолированные органы сохранять способность? И не перерезать ли нервно – сосудистый пучок? А тогда, как? Как в исследованиях прошлых лет... Попробовали задавить перистальтику стероидными препаратами. Добились только одного - собственными руками создали плацдарм для создания некроза. Блокировав выделение БАВ.

Но необходимо отметить, что за последние десятилетия накоплен некоторый клинический материал эзофагопластики с использованием этого метода, что привело к необходимости оценить потребность и выработать показания к применению метода пластики пищевода свободно-реваскуляризируемым сегментом тонкой кишки.

Однако, материал накоплен, проводятся достаточное количество операций, но все идет с переменным успехом.

Кроме того, пульсионный механизм (действует изнутри) может быть связан с выраженной дистрофией ветвей блуждающего нерва или с повышением внутрипищеводного давления в результате растяжения стенок тонкой кишки волной желудочно-пищеводного рефлюкса. Деструктивные изменения нервных стволов и клеточек приводят к нарушению иннервации пищевода и расстройству двигательной функции пищевода и кардии при пластике.

В хирургии пищевода несостоятельность швов анастомоза наиболее частое и тяжелое осложнение, приводящее в большинстве случаев к летальному исходу. Известен способ профилактики несостоятельности

швов прямого пищеводно-пищеводного анастомоза, сущность которого заключается в дополнительном укреплении линии анастомоза подтягиванием дна желудка на 2-3 см выше линии анастомоза и сшиванием его серозно-мышечными узловыми швами со стенкой пищевода (предпатент KZ 10625, кл. А61В 17/11, 2001).

Однако данный способ технически сложен, применим только при хорошо развитых внеорганных сосудистых анастомозах желудка. Известен способ формирования прямого пищеводно-пищеводного анастомоза, при котором укрепление линии анастомоза осуществляют серозно-мышечным лоскутом, выкроенным со дна желудка (предпатент KZ № 10984, кл. А61В 17/11, 2001).

При применении этого способа необходимо обязательно учитывать качество внеорганных сосудистых анастомозов желудка, что создает дополнительные трудности, при их недостаточном развитии.

Наиболее близким к заявляемому является способ профилактики несостоятельности швов при наложении прямого пищеводно-пищеводного анастомоза, который заключается в дополнительном укреплении линии анастомоза лоскутом, выкроенным из диафрагмы (предпатент KZ № 10985, кл. А61В 17/11, 2001).

Однако этот способ не может быть использован при резекции ограниченного участка пищевода, когда нет необходимости в мобилизации желудка, травматичен из-за большого объема операции.

Необходимо отметить, что в наших экспериментах три животных погибли во время вскрытия грудной поло-

сти. Была зафиксирована остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия результата не дали, хотя собаки были интубированы и подключены к ИВЛ.

В остальных трех случаях животные выжили. Средняя продолжительность жизни после пластики составила 5 месяцев. Через две недели после оперативного вмешательства, собаки стали самостоятельно принимать пищу (различного рода бульоны, супы), твердую пищу давать не рисковали, боясь за анастомозы.

Летальный исход происходил из – за рубцовых изменений и спаек в местах анастомозов. Происходила как – бы ахалазия пищевода. Собаки отказывались принимать пищу, вели себя беспокойно, дыхание становилось тяжелым, прерывистым, животные беспокойны, шерсть влажная, слипшаяся, повышалась температура тела, участился пульс. Было видно, что и болевые ощущения беспокоили их.

После вскрытия погибших животных, установлено, что участок резецированного кишечника полностью покрыт слизистой глоткогортани, т.е. за определенное время, подсаженная слизистая покрыла всю трубку, наверняка, получая питание от резецированного участка.

Таким образом, вопросы пластики пищевода участком кишечника до сих пор остаются открытыми и требуют более тщательных исследований, как в экспериментальной, так и в клинической медицине.

Тұжырым

ЭКСПЕРИМЕНТТЕ ЖАСАНДЫ ӨҢЕШТІ БОС ЖӘНЕ ЖАҚЫН ОРНАЛАСҚАН АЩЫ ШЕКТИҢ БӨЛШЕГІН АЯҚШАДА ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ӨҢДЕУ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Ауқенов, К.Ш. Амренова, А.А. Иванков, А.С. Дюсекенова, А.М. Иманалинов
Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті

Эзофагопластикаға өңештің зақымдалуында жаңадан жасанды өңешті өңдеумен жүретіен реконструктивті кірісулер жатады. Көбінесе эзофагопластиканы күйіктермен немесе дивертикулдармен байланысты өңештің тыртықты-қабыну патологиялары қажет етеді.

Summary

THE FORMING ARTIFICIAL ESOPHAGUS IN EXPERIMENT WITH USING THE FREEDOM FASTENING SMALL INTESTINE OF VASCULAR PEDICLE

R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.S. Amrenova, A.A. Ivankov, A.S. Duisekenova, A.M. Imanalinov
State medical university of Semey

To esophagoplasty relate reconstruction intervention with forming the new artificial esophagus by determination of esophagus. More often, esophagoplasty causes after cicatricial – inflammatory pathologies of esophagus with scalds and diverticuls.

УДК 614.2+616-053.2(083.9)

Р. Мусина, М. Абдрахманова, М. Садвакасова

Учебно-клинический центр Управления здравоохранения, г. Астана

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ИНТЕГРИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА» В ГОРОДЕ АСТАНЕ

Аннотация

Комплексный подход к лечению детей в возрасте до 5 лет способствует снижению детской смертности, тяжести заболевания и инвалидности, способствует росту и развитию здорового ребенка в Республике Казахстан.

Ключевые слова: Болезни детского возраста, детская смертность, программа «Интегрированное ведение болезней детского возраста».

Приоритетным направлением реформирования и дальнейшего развития здравоохранения Республики Казахстан является повышение качества оказания по-

мощи населению посредством ее стандартизации на основе принципов доказательной медицины.

В мире ежегодно умирает более 10 млн. детей, не достигнув 5-ти летнего возраста. Львиную долю в