

пальцами. Так как клей дает незначительную усадку при полимеризации, края клеевого шва слегка растягиваем. Полимеризация завершается в течение 10-30 секунд. В результате полимеризации образовывается тонкая, плотная, эластичная пленка, обеспечивающая хорошую герметичность шва на матке. При использовании клеевой композиции для бесшовного соединения краев раны матки при кесаревом сечении у кошек и собак ткани матки не травмируются хирургическими иглами и шовным материалом, кроме того, в результате склеивания не образуется обширный тканевой вал из склеиваемых поверхностей, а также не происходит гофрирования тканей. Клеевой шов не испытывает давления от шовного материала, которое может нарушать микроциркуляцию в ушитых тканях и ухудшать регенерацию.

Техника выполнения бесшовного соединения требует меньшей затраты времени, чем при традиционном способе ушивания матки.

#### **Шовно-клеевая комбинация по способу Н.А. Малыгиной**

Одной из ведущих причин возникновения гнойно-воспалительных осложнений является проникновение микрофлоры из матки даже через безупречно наложенные швы. В полости матки патогенная микробная флора появляется на 2-3-й день послеродового периода при «стерильных родах» у 70% рожениц, а при осложненных - уже в 100% случаев (Слепых А.С., 1986).

Мы применяем новую клеевую композицию «Сульфакрилат» для герметизации шва Шмидена на матке после кесарева сечения у кошек.

Перед нанесением клея поверхность шва осушали ватным тампоном, далее тампоном со спиртом и эфиром. Клей наносили тонким слоем (из расчета 1 капля на 1 см<sup>2</sup>), ширина наносимой пленки составила 1 см. Полимеризация

завершается в течение 10 секунд, в результате образовывалась тонкая, плотная эластичная пленка, обеспечивающая хорошую герметичность шва. Наличие в составе клеевой композиции антимикробного, противовоспалительного компонента - сульфоланметакрилата - позволяет ей обладать выраженным антибактериальным действием в отношении наиболее частых возбудителей хирургической инфекции, что подтверждается и нашими экспериментальными исследованиями: результаты бактериологического контроля свидетельствуют о практически полной стерильности висцеральной и париетальной брюшины в зоне оперативного вмешательства.

Данный способ обладает следующими преимуществами:

1. При ушивании матки однорядным швом с захватом эндометрия шовно-клеевая комбинация обеспечивает биологическую герметичность шва за счет антибактериального действия клея и пломбировки клеем шовного канала.

2. Клеевая пленка, нанесенная на шов, индуцируя на своей поверхности отрицательный заряд и препятствуя выпадению фибрина на её поверхности, снижет развитие спаечного процесса.

3. Техника выполнения шовно-клеевой комбинации требует меньшей затраты времени, чем при традиционном ушивании матки.

4. Простота методики применения шовно-клеевой комбинации делает её доступной для хирургов любой квалификации.

Из вышесказанного можно заключить, что использование предлагаемых нами швов, шовно-клеевой комбинации и бесшовного соединения матки в клинической работе основано на детальном изучении их архитектоники, а целесообразность применения подтверждается результатами экспериментальных и клинических исследований.



УДК 619:616

Л.В. Медведева

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ ОДНОРЯДНЫХ КИШЕЧНЫХ ШВОВ**

Одним из требований, предъявляемых к любому кишечному шву, является его механическая прочность. Во многом она определяется видом шва, техникой его наложения, характером используемого шовного материала и т.д.

Тем не менее кишечный шов считается физически герметичным, если он выдерживает физиологическое внутрикишечное давление. Согласно литературным данным, в среднем оно составляет 20-30 мм рт.ст.

Для определения механической прочности однорядного кишечного шва анастомоза у кошек мы проводили пневмопрессию интродуционно: сразу после создания анастомоза, а также на 7-й и 11-й дни послеоперационного периода с предварительной релапаротомией.

Энтеро-энтеро анастомозы на тонком отделе кишечника у кошек выполняли с применением однорядных серозно-мышечно-подслизистых швов: Жели в модификации Медведевой и узловых. В качестве шовного материала использовали современные синтетические абсорбирующиеся нити: ПГА 3/0, 4/0; DEXON® PLUS 4-0; Coated VICRYL\* 3-0,4-0; PDS®II 4/0.

Участок тонкой кишки изолировали посредством пережатия кишечными жомами краниальнее и каудальнее анастомоза. Предварительно в месте наложения жомов кишку оборачивали марлевыми салфетками, увлажненными раствором этакридин лактата. На некотором расстоянии от анастомоза в пределах изолированного участка через небольшое отверстие вводили катетер для нагнетания воздуха, соединенный с манометром и аппаратом Эверса. Вокруг отверстия в стенке кишки накладывали серозно-мышечно-подслизистый кисетный шов, который после удаления катетера затягивали и фиксировали морским узлом.

После создания энтеро-энтеро анастомоза с применением однорядного непрерывного шва Жели в модификации Медведевой давление воздуха в тонкой кишке, выраженное в мм рт.ст., при котором происходила разгерметизация, колебалось от 85 до 120 и было значительно выше нормального физиологического внутрикишечного давления.

После применения однорядного серозно-мышечно-подслизистого узлового шва давление воздуха в кишке составляло 110-130 мм рт.ст.

Так как при формировании анастомоза происходят процессы дегенерации и регенерации, то его состояние считается критическим в период с 3-го по 7-й дни послеоперационного периода. При проведении пневмопресии на 7-й и 11-й дни (после релапаротомии на живой кошке) физическая герметичность кишечных швов изменялась в пределах 165-230 мм рт.ст и более. Свыше этих пределов воздух во временно изолированную кишку не нагнетали, так как (уже при давлении 90-100 мм рт.ст.) в ее стенке возникала резко нарастающая ишемия тканей, а разгерметизации шва анастомоза не происходило. Благодаря этому оперированные животные, у которых проводили пневмопрессию, выживали.



УДК 619:616-089

Л.В. Медведева,  
А.С. Кашин

### **ОДНОРЯДНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ КАШИНА-МЕДВЕДОВОЙ**

Как у сельскохозяйственных животных, так и у домашних питомцев нередко встречаются заболевания органов брюшной и тазовой полостей, требующие оперативного лечения. При этом успех операции во многом зависит от техники наложения и адекватного применения швов и шовных материалов, используемых как на внутренних органах, так и для закрытия лапаротомных ран.

Традиционно в ветеринарной хирургии и в первом и во втором случаях применяют многорядные швы. В некоторых случаях они механически перенесены из медицинской хирургии без учета анатомо-физиологических различий, биологической устойчивости и регенеративных возможностей тканей животных, которые имеют различия даже в пределах одного вида.

Проблеме кишечных швов в медицинской хирургии посвящено большое количество исследований, что свидетельствует о постоянном и неослабевающем интересе хирургов к поиску оптимальных вариантов швов. Но несмотря на появление новых методик (аппаратный шов, использование компрессионных устройств и т.п.), в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют разновидности ручного шва. Тем не менее вопрос оптимальной техники кишечного шва далек от решения. Как в медицине, так и ветеринарии частота осложнений, связанных с применением кишечного шва, остается достаточно высокой.

Результаты экспериментальных и клинических исследований медицинских хирургов (в том числе проведенных на животных) позволяют сделать вывод о целесообразности приме-