



УДК 616-001.4-003.9

Н.А.Ефименко — Отечественные хирургические шовные материалы.

Шовный хирургический материал, являясь по сути инородным телом, остающимся в тканях больного человека, нередко приводит к развитию послеоперационных воспалительных изменений (инфильтратов, абсцессов, нагноений ран, перитонита) и несостоятельности операционных швов. По данным российских и зарубежных авторов, а также результатам наших исследований, частота указанных осложнений колеблется в пределах 0,5–6%.

Важность подбора хорошего шовного материала для исхода любого хирургического вмешательства очевидна. Однако применение высококачественных нитей не всегда обеспечивает необходимую эффективность операций при несоблюдении принципа атравматичности хирургических игл. Много-разовые иглы на Западе не применяются с 60-х годов, в то время как в нашей стране с их помощью выполняется более 80% оперативных вмешательств.

В настоящее время в России возникли затруднения с шовными хирургическими материалами, в частности с атравматическими иглами, из-за прекращения их закупок в 1998 г. и сократившегося завоза в 1999 г. Между тем только в хирургических стационарах лечебно-профилактических учреждений МО РФ ежегодно проводится более 130 тыс. операций, и минимальные потребности в иглах на этот период составляют 6–7 млн штук. Импортные иглы стоят в 5–10 раз дороже и часто намного уступают по качеству отечественным.

Лечебно-профилактические учреждения обеспечены атравматическим шовным материалом менее чем на 20%. Хирурги госпиталей вынуждены закупать его в счет своих финансовых резервов, что приводит к чрезмерной трате и без того скудных средств (при централизованных поставках стоимость продукции уменьшается как минимум в 1,5–2 раза). Говоря о качестве закупаемой продук-

ции, нужно отметить, что многие хирургические материалы не проходили проверку в Главном и центральных военных госпиталях.

Наша промышленность уже освоила выпуск современных шовных материалов для общей и сердечно-сосудистой хирургии. Практически они не уступают изделиям таких ведущих зарубежных фирм, как "Этикон" (Англия) и "Ауто Сьюче" (США). При этом отечественные материалы полностью соответствуют требованию "цена — качество".

Именно такой продукцией является шовный материал торговой марки "Волоть" (поставщик ООО "Рикор-М"), применяемый в ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и в центральных военных госпиталях с 1993 г. При достаточно низкой цене он по качеству не уступает аналогичным зарубежным образцам. Из года в год увеличивается ассортимент предлагаемых нитей, совершенствуется качество игл, что значительно улучшает результаты хирургических операций. Хорошие показатели качества шовного материала, в том числе атравматического, имеет и продукция отечественной фирмы "Сандр", которая также длительное время является поставщиком по заказам ГВМУ МО РФ.

В условиях недостаточного финансирования необходимо выделять приоритеты в закупках товаров медицинского назначения, как централизованных, так и на местах. Как всегда, во главу угла ставится прежде всего жизнь больного. Можно допустить задержку в обследовании пациента из-за отсутствия дорогостоящего прибора или аппарата, ограничиться в процессе консервативного лечения назначением вместо импортного менее дорогого отечественного медикамента, но все, что касается проведения хирургической операции, должно быть безукоризненным, высочайшего класса и качества, и в этом — будущее за отечественным производителем.

УДК [616.22+616.231]-089.844:611.221

Т.И.Викторова, В.А.Горбунов, А.П.Вахмянин, М.В.Ликишвили — Реконструктивная ларинготрахеопластика аллохрящами гортани.

Известные способы и методы реконструктивных операций на гортани и трахее ос-

нованы на применении либо синтетических тканей (марлекс, силикон, танталовые и кап-



роновые сетки), либо консервированного реберного хряща. Однако искусственные материалы очень часто отторгаются, а плоскостная конфигурация реберного хряща не позволяет в полной мере восстановить форму гортани и трахеи.

В результате поиска оптимальных вариантов реконструкции опорного каркаса гортани и трахеи появилась идея использовать для этой цели аллогенные хрящи гортани. Описание данной методики в отечественной и зарубежной литературе нам не встретилось.

Аллогенные хрящи гортани по своей гистологической структуре соответствуют хрящевому скелету дыхательного пути реципиента и имплантируются в биологически исходное место. С помощью дуги перстневидного хряща можно создавать "арочные" конструкции для пластики шейного отдела трахеи.

С 1993 г. для реконструкции мы стали применять консервированные, а с марта 1999 г. лиофилизированные аллохрящи гортани. Заготовку их осуществляли от внезапно умерших людей в возрасте 18–40 лет (в этом возрасте в хрящах гортани, как правило, отсутствуют участки окостенения). Заготовленные аллохрящи (щитовидный и перстневидный) хранили в стерильных стеклянных банках в 0,2% растворе тимола при температуре 2–4 °С. Ежемесячно и перед использованием проводили бактериологический контроль их стерильности.

В лаборатории консервации тканей ЦНИИТО им. Н.Н.Приорова внедрен также метод консервации аллохрящей гортани и трахеи способом лиофилизации – замораживания и возгонки (или высушивания) тканей. Потеря жидкости при лиофилизации составляет до 98–99%, ткани при этом сохраняют свою структуру, белковые компоненты и соли.

Стерилизация аллотрансплантатов проводится в вакуумной емкости на радиационно-технологической установке потоком быстрых электронов дозой 15 КГр в течение 20 с. Преимущество хрящей, консервированных путем лиофилизации, состоит в том, что их можно хранить в стерильной вакуумной упаковке свыше 5 лет при комнатной температуре, удобно транспортировать и создавать запасы, что особенно ценно в военно-полевых условиях. Хрящевая ткань легко переносит

высушивание и практически полностью восстанавливает свои биологические свойства при регидратации. Перед использованием лиофилизированные аллохрящи извлекают из упаковок и помещают в стерильный физиологический раствор на 2–3 ч для регидратации. Затем из пластинок щитовидного или из дуги перстневидного хряща выкраивают фрагменты, соответствующие по форме утраченному опорным тканям, и перфорируют их. Неиспользованные части аллохряща помещают в стерильный 0,2% раствор тимола и хранят в холодильнике. В дальнейшем их также используют в реконструктивных операциях.

Восстановление хрящевого каркаса дыхательных путей выполняют после завершения мышечной пластики измененных или резецированных стенок гортани и трахеи. Отмоделированную пластину аллохряща помещают в сформированное мышечное ложе и надежно фиксируют к мышцам. В зависимости от степени нарушения разделительного механизма гортаноглотки, а также от размеров дефекта хрящевого каркаса операцию заканчивают формированием стойкой ларинготрахеостомы или ушиванием гортани на трубчатом эндопротезе.

Консервированный щитовидный аллохрящ применен нами у 24 пациентов, дуга перстневидного хряща – у 4, лиофилизированные хрящи – у 10. Существенной разницы в течении послеоперационного периода не наблюдалось. Случаев отторжения трансплантатов не отмечено. Отдаленные результаты свидетельствуют о стойкости восстановленной полости дыхательного пути.

При трахеомалиции для реконструкции хрящевого скелета применяли "арочные" фрагменты дуги перстневидного хряща, при необходимости дополняли их продольными пластинами из щитовидного хряща. Восстановить полость трахеи удалось у 4 больных, оперированных по данной методике. Отторжения и дислокации хряща также не отмечено.

Применение аллогенных хрящей гортани обеспечивает изготовление имплантата любой формы и стойкое восстановление опорного каркаса гортани и шейного отдела трахеи. Лиофилизированные аллохрящи могут быть использованы для ларинготрахеопластики в военно-полевых условиях.