

щин — 83, возраст — от 29 до 85 лет. Контрольную группу составили 26 здоровых лиц.

Определение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови (ФАН) у оперированных больных производили до операции, на следующий день после нее, на 4-й и 8—15-й дни после операции.

У здоровых людей средняя величина ФАН составила $18,8 \pm 0,9$ ед. У всех 113 больных с различными формами острого холецистита при поступлении эта величина была равна $173,2 \pm 4,6$ ед ($P < 0,05$). У 65 экстренно оперированных больных при поступлении ФАН соответствовала $205,7 \pm 9,1$ ед ($P < 0,05$). На следующий день после операции активность фермента несколько увеличивалась и достигала $224,2 \pm 7,0$ ед ($P < 0,05$). В дальнейшем при благоприятном послеоперационном течении снижение активности фермента наступало на 4-й день ($147,6 \pm 6,5$ ед, $P < 0,05$) и 8—15-й день ($86,8 \pm 4,3$ ед, $P < 0,05$).

Значительное увеличение ФАН отмечается в группе больных с различными формами желчного перитонита, развившегося как осложнение острого холецистита. У больных этой группы (57 чел.) диагноз желчного перитонита был подтвержден во время операции и ФАН в среднем составила $230,7 \pm 7,7$ ед ($P < 0,05$). При динамическом наблюдении также констатировалась в первые послеоперационные дни некоторое увеличение показателя фосфатазной активности, а затем его постепенное снижение к 4-му и нормализация к 10—15-му дням после операции, если отсутствовали осложнения. У 4 больных наблюдалось тяжелое течение разлитого желчного перитонита, и во всех случаях фосфатазная активность длительное время держалась на высоких значениях — до клинических признаков улучшения состояния больного (от 250 до 298 ед).

Резкое увеличение активности фермента в начале заболевания указывает на значительные деструктивные изменения в желчном пузыре и распространение воспалительного процесса за пределы желчного пузыря при возникновении перитонита. В $\frac{2}{3}$ наблюдений отмечен параллелизм между увеличением ФАН и лейкоцитозом, на что указывают также и другие авторы [1, 3].

ВЫВОДЫ

1. Резкое повышение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови является ранним, тревожным признаком при острых деструктивных формах острого холецистита, осложненного желчным перитонитом.

2. С целью выяснения хирургической тактики определение фосфатазной активности нейтрофилов может быть рекомендовано для экспресс-диагностики при остром холецистите, осложненном желчным перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галеев М. А., Пашаев И. В., Демкина Л. С., Ибрагимова Р. Ф. В кн.: Актуальные вопросы гнойной хирургии. Тезисы XIII республиканской конференции хирургов. Уфа, 1978.— 2. Малюгина Т. А. Желчный перитонит. М., Медицина, 1973.— 3. Шехов В. П., Сандалов Г. А., Заплатин В. В. В кн.: Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей. Сборник научных работ. Свердловск, 1976.

Поступила 20 марта 1981 г.

УДК 616.346.2—089.87

СУБСЕРОЗНАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

И. П. Шатилов

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Октябрьская центральная районная больница (главврач — Л. Г. Наумова)

Реферат. На основании 340 операций при деструктивных формах аппендицита показано, что субсерозная аппендектомия как пластический метод перитонизации культи червеобразного отростка при остром воспалении надежно герметизирует и перитонизирует культи, не нарушая кровообращения в стенке слепой кишки, что

создает благоприятные возможности для ликвидации остаточных явлений воспаления в слепой кишке.

Ключевые слова: деструктивный аппендицит, субсерозная аппендэктомия.
3 иллюстрации. Библиография: 4 названия.

В настоящее время после аппендэктомии по поводу острого аппендицита осложнения достигают 2—15% [1], среди них кишечные свищи наблюдаются у 0,05—5% оперированных [4]. Основной причиной возникновения свищей являются деструктивные изменения в червеобразном отростке и стенке слепой кишки. На этом фоне большое значение имеют травматизация слепой кишки на всех этапах операции, погрешности обработки культи отростка, несостоятельность кисетного шва. Зависимость возникновения кишечных свищей от способа перитонизации культи червеобразного отростка отмечена Ф. М. Жмудиковым [2]. По данным Г. Н. Захаровой и В. П. Шехова (1974), в 5,4%—15% кишечные свищи образуются в результате несостоятельности кисетного шва.

При большинстве аппендэктомий пользуются лигатурно-погружным методом, при котором перевязанная культя червеобразного отростка погружается в стенку слепой кишки кисетным швом. Однако, когда имеется резкая воспалительная инфильтрация основания отростка и стенки слепой кишки, при затягивании кисетного шва прорезается кишечная стенка и увеличивается площадь десерозированной поверхности. Для этих случаев нами разработан метод субсерозной аппендэктомии.

Техника операции заключается в следующем: после вскрытия брюшной полости и выведения в рану илеоцекального угла брыжеечку отростка перевязывают у основания обычным способом. Серозную оболочку над основанием отростка скальпелем рассекают продольно на 2—3 см. Двумя анатомическими пинцетами ее легко отделяют по окружности сначала с одной стороны, затем — с другой. Кетгутовую нить № 3 пинцетом проводят под десерозированное основание отростка (рис. 1) и завязывают. Дистальнее лигатуры на десерозированный отросток накладывают зажим, и ближе к нему скальпелем отросток отсекают. Культю и срез на удаляемой части обрабатывают 5% раствором йода. Для перитонизации культи на выкроенную серозную оболочку накладывают обвивной шов из тонкой капроновой нити. Для этого первый вкол иглой производят у проксимального угла разреза с захватом *taenia libera* и мышечной оболочки. Последующий вкол соединяет края обоих листков серозной оболочки дистальнее культи. Третий вкол делают через верхний край разреза и выводят на заднюю поверхность отделенной серозной оболочки дистальнее культи. С помощью ассистента, который держит один конец капроновой нити, хирург после очередного вкола иглы натягивает ее. При этом края серозной оболочки сопоставляются над культей. Дистальную часть отростка ножницами отделяют от брыжейки вместе с удаляемой частью серозной оболочки (рис. 2).

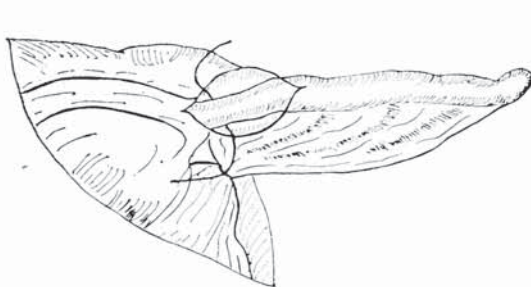


Рис. 1. Субсерозный способ аппендэктомии. Кетгутовая нить проведена под десерозированное основание червеобразного отростка.



Рис. 2. Субсерозная аппендэктомия. Пунктирной линией обозначена граница отсечения дистальной части отростка от брыжейки.

Сформированную серозную оболочку подтягивают к проксимальному углу разреза за капроновую нить и концы ее завязывают (рис. 3), в связи с чем из серозной оболочки образуется дубликатура, которая, в свою очередь, перитонизирует обвивной шов над линией разреза.

Таким образом, при субсерозном методе аппендэктомии культя отростка перитонизируется четырехугольным лоскутом висцеральной брюшины червеобразного отростка. Этот метод исключает всякое натяжение шва, потому он получается проч-



Рис. 3. Сформированную серозную оболочку укладывают над обвивным швом и концы капроновой нити завязывают.

ным и герметичным. При нем невозможен прокол стенки слепой кишки и образование некрозов в результате сдвигания швом сосудов стенки кишки.

Описанным методом нами прооперировано 340 больных с деструктивными формами аппендицита: мужчин — 123 (36, 2%), женщин — 203 (59, 7%), детей — 14 (4, 1%). Больные поступали в сроки от 24 ч до 3 сут от начала заболевания. У 180 больных (52, 9%) была флегмонозная форма аппендицита, у 127 (37, 3%) — флегмонозно-гангренозная, у 18 (5, 3%) — гангренозная, у 15 (4, 4%) — периаппендикулярный инфильтрат. У 307 больных (90, 3%) операционная рана зажила первичным натяжением, у 33 (9, 7%) прооперированных брюшную полость при наличии в ней гнойного выпота тщательно высушивали, а к илеоцекальному углу для последующего введения антибиотиков подвели резиновые полоски из перчаточной резины и полиэтиленовый катетер. Ни у одного из 340 больных, оперированных субсерозным методом, мы не наблюдали формирования кишечных свищей, внутрибрюшных инфильтратов, несостоятельности культи или шва.

Субсерозная аппендэктомия после овладения техникой практически не удлиняет продолжительность операции. При деструктивных формах аппендицита и наличии воспалительной инфильтрации основания червеобразного отростка и стенки слепой кишки этот метод является действенной профилактикой осложнений, обусловленных излишней травматизацией слепой кишки и недостаточной герметизацией культи червеобразного отростка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов Л. Г. Хирургия, 1975, 6.— 2. Жмудиков Ф. М. Здоровоохр. Белоруссии, 1973, 6.— 3. Захарова Г. Н., Шехов В. П. Хирургия, 1974, 2.— 4. Полещук И. С. Сов. мед., 1978, 2.

Поступила 18 декабря 1981 г.

УДК 617.55—007.43—089.844

ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОГО ШВА

Б. Л. Еляшевич, Ф. Ш. Шарафисламов, Р. М. Рамазанов

Кафедра хирургии (зав.— доц. Р. К. Харитонов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и хирургическое отделение Зеленодольской ЦРБ

Реферат. Разработан и применен у больных с грыжами передней брюшной стенки способ пластики собственными тканями с применением механического шва. Оперировано 109 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Данный способ пластики вентральных грыж позволяет восстановить анатомию и функцию брюшной стенки, стандартизирует и упрощает технику операции, сокращая время ее проведения, и дает 95, 4% положительных отдаленных результатов.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, механический танталовый шов.

2 иллюстрации. Библиография: 12 названий.

Послеоперационные вентральные грыжи в большинстве случаев ведут к снижению работоспособности и нередко служат причиной инвалидизации. По сводным статистическим данным отечественных хирургов, свыше 3% всех чревосечений в ближайшие сроки после операции осложняются грыжами [2]. На более отдаленных сроках их число возрастает до 6% [5, 6]. Результаты лечения послеоперационных грыж нельзя считать даже удовлетворительными, так как, несмотря на известные 180 способов грыжесечений [8], число рецидивов колеблется в пределах 14—55% [1, 3, 9].

Стремление улучшить результаты оперативного лечения больших послеоперационных грыж вызвало поиски различных материалов для производимой пластики живота. Использование алло-ксеноткани, искусственных полимеров, некоторых ме-