



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. здравоохран. 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 хирургического отделения 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-

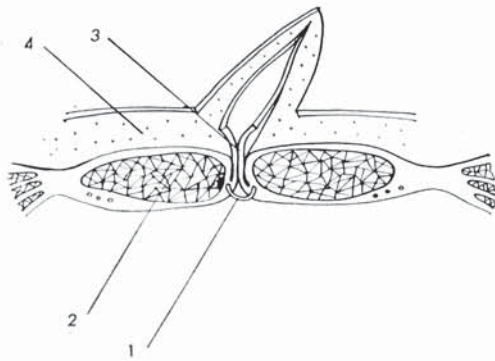


Рис. 1. Сближение прямых мышц живота. 1 — межмышечный шов, 2 — прямая мышца живота; 3 — двойная дубликатура, 4 — кожно-подкожный лоскут.

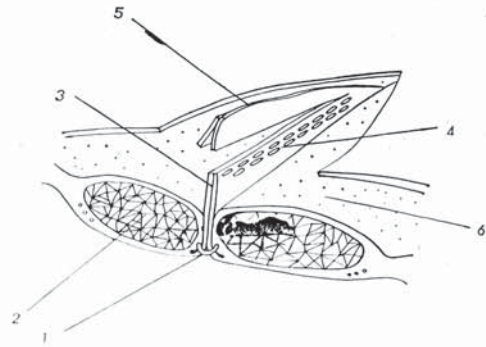


Рис. 2. Наложение второго ряда швов. 1 — межмышечный шов, 2 — прямая мышца живота, 3 — двойная дубликатура, 4 — танталовый скобочный шов, 5 — удаляемая часть дубликатуры, 6 — кожно-подкожный лоскут.

талов и аутокани, как показывает статистика, не остановило этих изысканий новых способов пластики, обеспечивающих хорошие исходы грыжесечений. Публикации последних лет убеждают в преимуществе аутопластических методов [1, 7, 8, 10].

Анализ существующих аутопластических способов позволяет выделить и среди них ряд методик пластики передней брюшной стенки, не отвечающих современным требованиям. Так, пластика передней брюшной стенки с выкраиванием апоневротических лоскутов и их перемещением нарушает целостность мышечных влагалищ и отрицательно сказывается на функции прямых мышц живота. Использование толстых шелковых лигатурных нитей, стягивающих мышечно-апоневротические образования, не только афизиологично, но и ведет к дегенеративным изменениям тканей. Методы перемещения фасции [4, 12] или кожного лоскута [11] на дефекты брюшной стенки являются слишком громоздкими и нередко осложняются нагноением и отторжением лоскута.

Нами разработан и применен у больных с различными грыжами передней брюшной стенки способ пластики собственными тканями с использованием механического шва.

Способ состоит в следующем. Под интубационным наркозом с применением мышечных релаксантов лапаротомию производим выше или ниже послеоперационного рубца. Под визуальным контролем отсекаем кожно-жировой лоскут вместе с грыжевым мешком на расстоянии 2 см от медиального края прямых мышц живота. Припаянные к грыжевому мешку кишечные петли отделяем с помощью гидравлической препаровки раствором новокаина. Фиброзно перерожденный сальник резецируем. Сближаем прямые мышцы живота с помощью швов капроновыми нитями № 5, производим вкол через брюшину и задне-медиальный край влагалища прямых мышц, не захватывая мышечной ткани. Расстояние между этими стяжными швами — 3 — 3,5 см, число их зависит от величины грыжевых ворот (рис. 1). Край отсеченного грыжевого мешка и апоневроза соединяем зажимами Микулича и под ними, непосредственно над первым рядом стяжных швов, с помощью сшивающего аппарата УКЛ или УО накладываем второй ряд швов (рис. 2).

Одновременно сшиваемые листки апоневроза по средней линии живота прошиваем 20 танталовыми скобками на длину 6 см. Над аппаратом остатки тканей иссекаем. Если грыжевой дефект более 6 см, то, перезарядив аппарат, последовательно накладываем необходимое количество механических швов. После отсечения излишков грыжевого мешка получаем линейный двухрядный танталовый скрепочный шов необходимой длины.

Кожные края раны вместе с подкожной жировой клетчаткой дополнительно иссекаем так, чтобы образовался овальной формы дефект этих тканей с диастазом до 10 см по большому диаметру. Производим тщательный гемостаз, рану дважды промываем раствором фурацилина 1:5000 для удаления сгустков крови, остатков свободной жировой ткани и микроорганизмов.

Инфильтрируем подкожную жировую клетчатку 0,25% раствором новокаина, 1 млн. пенициллина и 50 мг гидрокортизона. Капроновыми нитями № 3 послойно

ушиваем подкожную жировую клетчатку и кожу при их умеренном натяжении. Накладываем асептическую повязку. Дренажей, ирригаторов и турунд не применяем.

Начиная с 1973 г. описанным аутопластическим методом нами прооперировано 109 больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами, среди которых у 69 больных обнаружены большие и огромные грыжи с размерами грыжевых ворот более 15—20 см. Мужчин было — 28 (25,7%); женщин — 81 (74,3%); в возрасте от 21 до 30 лет — 3 больных, от 31 до 40 лет — 7, от 41 до 50 лет — 44, от 51 до 60 лет — 41, от 61 до 80 лет — 14 человек.

Грыжи возникли после гинекологических и акушерских операций у 30 больных, после аппендэктомии — у 22, рецидивные грыжи — у 32, после лапаротомии по поводу острой патологии органов брюшной полости, ножевых ранений, закрытой травмы живота — у 9, после операции на желчных путях — у 6 человек.

У 19 больных (17,4%) грыжи локализовались в эпигастральной, у 22 (20,2%) — в мезогастральной, у 33 (30,3%) — в гипогастральной областях, у 35 (32,1%) — в боковой области.

Анализ причин возникновения грыж показал, что наиболее часто они образуются в результате нагноения послеоперационных ран с последующим появлением лигатурных свищей, длительного применения тампонов и дренажей. Последнее часто наблюдалось после аппендэктомии и операций на желчных путях. Нагноение ран и использование непрерывного кетгутового шва апоневроза являются причиной образования грыж в гипогастральной области после гинекологических операций. Величина дефекта, длительность заболевания, число рецидивов, возраст больных, тяжелый физический труд, релапаротомии, дефекты ушивания ран и нерациональные разрезы также приводили к развитию или рецидиву больших послеоперационных вентральных грыж.

Исходы лечения больших послеоперационных грыж зависят и от метода анестезии. Существенное значение имеет тщательное стягивание краев дефекта, возможное только при хорошем расслаблении мышц передней брюшной стенки. Этому требованию отвечает эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами, который и является методом выбора [10].

Не менее важную роль играет предоперационная подготовка больных, которым за неделю до операции назначали безшлаковую диету, тугое затягивание живота, активную дыхательную гимнастику [3]. Послеоперационный период был также активен — через 4—6 ч после операции больным разрешали поворачиваться на бок, возобновили занятия дыхательной гимнастикой и комплексом упражнений ЛФК. Для ранней стимуляции перистальтики кишечника пользовались прозеринном, нибуфином, церукалом. Производили коррекцию водно-электролитного баланса, нарушения кислотно-щелочного состояния. Больным старше 50 лет, а также с ожирением для профилактики тромбоэмболических осложнений с 3 до 7 сут назначали гепарин 20000 ед/сут. Садиться разрешали на 3—4 сут, вставать на 5—6 сут. На 10—12 сут после проведения рентгенологического контроля состояния танталового шва больных выписывали из стационара.

Летальных исходов не было. Частичное нагноение подкожной клетчатки в области швов отмечено у 5 больных (4,6%), нагноение всей послеоперационной раны — у 2 (1,8%). Заживление закончилось вторичным натяжением без отхождения скобок и лигатур.

Анализ отдаленных результатов у оперированных нами больных позволил обнаружить рецидив грыжи у 5 человек (4,6%), из них у 3 — грыжевые выпячивания небольшие, у 2 — рецидив грыжи больших размеров, причем у 4 больных было ожирение II—III степени, у одной больной — сопутствующие заболевания сердца и легких.

Из 104 излеченных больных 39 (37,5%) выполняют физическую работу, 35 (33,6%) — сидячую, 30 (28,8%) являются пенсионерами, 9 (8,3%) оперированных находились на инвалидности от 2 до 6 лет и после операции вернулись к работе по своей специальности.

## ВЫВОДЫ

1. Использование эндотрахеального наркоза с тотальной релаксацией мышц позволяет производить аутопластическое закрытие дефектов брюшной стенки различных размеров и локализаций.

2. Аппаратный механический шов обеспечивает равномерно минимальную тракционную нагрузку на каждую металлическую скобку, создает надежную герметичность, физическую прочность и сохраняет микроциркуляцию в зоне шва.

3. Дополнительное иссечение кожно-жирового лоскута перед сшиванием краев раны создает селективное давление в тканях, что исключает использование дренажей и ирригаторов.

4. Описанный способ пластики вентральных грыж восстанавливает анатомию и функцию брюшной стенки, стандартизирует и упрощает технику операции, сокращая время ее проведения.

5. Положительные отдаленные результаты пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки у 95,4% больных, оперированных по указанному выше способу, дают основания рекомендовать его для широкого внедрения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барков А. А. Хирургия, 1972, 2.—2. Бородин И. Ф., Скобей Е. В. Здравоохран. Белоруссии, 1978, 12.—3. Воскресенский Н. В., Горелик С. Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., Медицина, 1965.—4. Ильченко П. Я. Врач. дело, 1950, 5.—5. Молоденков М. Н. Хирургия, 1961, 6.—6. Монаков Н. З. Новый хир. арх., 1961, 3.—7. Овнатанян К. Т., Кондратенко Б. И. Хирургия, 1970, 3.—8. Полянский Б. А. Вестн. хир., 1978, 4.—9. Сазонов А. М., Грачева К. П., Коршунов А. И. Хирургия, 1976, 3.—10. Шпаковский Н. И. Клин. хир., 1980, 2.—11. Hagstrom P., Nylén B. Scand. J. plast. reconstr., Surg., 1976, 10, 2.—12. Hamilton G. E. Ann. Surg., 1968, 167, 1.

Поступила 15 декабря 1981 г.

УДК 636.2+636.4]:615.468.65.001.42

### ОЦЕНКА КЕТГУТА КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА И СВИНЕЙ

*В. Г. Морозов, В. А. Добрынин, З. М. Ломова, Л. З. Чернышова,  
Н. И. Семенова, А. П. Кулаков*

*Кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Были проведены экспериментальные исследования и клиническая апробация шовного материала, изготовленного из кишок крупного рогатого скота и свиней. По своим свойствам (прочности, рассасываемости, надежности стерилизации, отсутствию аллергической реакции) кетгут из кишок свиней и крупного рогатого скота может быть рекомендован для внедрения в хирургическую практику.

**Ключевые слова:** крупный рогатый скот, свиньи, изготовление кетгута.  
**Библиография:** 2 названия.

В хирургической практике, наряду с возрастающим применением самой современной синтетической нити, остается необходимостью в рассасывающемся шовном материале. В качестве последнего наиболее широко применяется кетгут, изготовленный из кишок овцы. Однако при всех его положительных свойствах, он обладает и недостатками: ранней набухаемостью кетгута в тканях организма, что ведет к ускоренной деструкции и резорбции материала, а также к соскальзыванию и развязыванию узлов. Кроме того, кетгут изготавливается из инфицированного сырья, поэтому не исключается присутствие в нем даже сибироязвенной, столбнячной и других бактерий.

Стандартный кетгут может вызывать воспалительную реакцию, сопровождающуюся нагноением, некротизированием тканей, позднее она завершается склерозированием [2]. Такой кетгут обладает также выраженной аллергенностью. Нити его трудно калибруются и ненадежно стерилизуются. Производство его дорого, поскольку связано с разведением специальных пород овец.

В последнее время стал использоваться стандартный хромированный кетгут (ампульный), стерилизованный новым лучевым методом. Он долго не рассасывается, что является положительным качеством. В то же время он вызывает выраженную воспалительную инфильтрацию тканей. Стерилизация приводит к разрушению нити, резкому снижению прочности. При вскрытии ампул нередко отмечается гнилостный запах.

Нас заинтересовал кетгут, полученный от крупного рогатого скота и свиней. По мнению Н. Н. Кузнецова и И. Я. Гаяновича (1970), он не имеет перечисленных