

СУДЬБА ЛИГАТУР В АНАСТОМОЗЕ И УШИТОЙ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ЕГО РЕЗЕКЦИИ

Канд. мед. наук И. В. Старцев

Клиника общей хирургии (директор — проф. Г. П. Зайцев)
педиатрического факультета 2-го МГМИ им. Н. И. Пирогова

Из литературных данных видно, что после резекции желудка в анастомозе шовный материал, и главным образом шелк, в дальнейшем вызывает ряд патологических процессов. Отмечено, что в анастомозе вокруг лигатур развиваются воспалительные процессы, а при их прорезывании в просвет кишечника около них могут образовываться дефекты, подобные язвам.

Однако в литературе нет сравнительной оценки судьбы шелковых лигатур, наложенных на верхнюю часть культи желудка и на анастомоз при операциях по Бильроту I и Финстереру, тогда как биологический процесс заживления ран анастомоза в верхней части культи желудка протекает в разных условиях, о чем было уже сообщено нами раньше¹.

Остаются не установленными начало и продолжительность прорезывания шелковых лигатур в просвет анастомоза после резекции желудка.

Для выяснения этих вопросов нами поставлены опыты на 32 собаках, которым производилась резекция желудка по способу Бильбота I и Финстереру. Верхняя часть культи желудка во всех случаях была ушита двухрядным швом, в 10 случаях был наложен внутренний непрерывный шелковый, а в 22 — непрерывный кетгутовый. Наружный узловатый шов у всех животных наложен шелком.

Виды внутреннего шва были следующие: матрацевидный непрерывный шелковый (7); матрацевидный непрерывный кетгутовый (3); непрерывный кетгутовый через край (обмоточный) (19); непрерывный шелковый через край (обмоточный) (3).

Анастомоз также ушивался двухрядным швом. В 26 случаях накладывался внутренний непрерывный кетгутовый, в 6 — непрерывный шелковый.

Наружный шов на анастомозе во всех случаях был узловатый шелковый. Пользовались шелком № 3 (по способу Кохера) и кетгутом № 3 (по способу Клаудиса).

Из 32 собак, убитых в сроки от 2 до 158 дней, на серозной поверхности анастомоза швы были видны у 17 собак и не были видны у 15. На серозной ушито-й верхней части культи желудка швы были видны у 15 собак и не были видны у 17. Из 32 опытов на нашем материале первое прорезывание шелковых нитей в просвет анастомоза и ушитой верхней части культи желудка отмечено на 7-й день после операции.

Основная масса шелковых лигатур на анастомозе прорезывалась на 10—15 дни после операции, а на ушитой верхней части культи желудка значительно позже — через 1—3—6 месяцев.

Погружение и отторжение шелковых нитей серозно-мышечного шва анастомоза и ушитой верхней части культи желудка происходят по-разному не только у различных собак, но и не одинаково у рядом лежащих лигатур. Это, по-видимому, зависит от ряда обстоятельств, в том числе от степени натяжения узла, толщины захвата мышечного слоя и реактивности макроорганизма. Так, у тех животных, у которых послеоперационный период протекал исключительно легко, воспалительные явления в анастомозе были выражены меньше, и шелковые нити держались более прочно.

Прорезывание узловатых шелковых швов в просвет желудочно-кишечного тракта происходит вдвое чаще и раньше в участках анастомоза, чем в ушитой верхней части культи желудка. Из общего числа опытов (32 собаки) прорезывание швов в участке анастомоза наблюдалось у 16, а в участке слизистой верхней части культи желудка — у 8.

Непрерывный внутренний шелковый шов анастомоза также прорезывается в просвет кишки. Так, в одном опыте при резекции желудка на анастомозе был наложен непрерывный обмоточный внутренний шов, а верхняя часть культи желудка ушивалась матрацевидным швом. Через 10 дней собака была убита. При вскрытии найдено отторжение некротической ткани на месте стыка культи желудка с культей двенадцатиперстной кишки, причем с омертвевшей тканью отходила длинная шелковая нитка в виде петли, на которой висели слизь и остатки пищи. В ушитой верхней части культи желудка шелкового шва не было видно.

Для изучения процесса прорезывания шелковой лигатуры в просвет кишечного тракта верхнего полюса культи желудка нами в 7 опытах был наложен внутренний непрерывный шелковый матрацевидный шов. Эти собаки были убиты в первые 30 дней после операции.

При вскрытии этих животных констатируется, что на третьи сутки края слизистой оболочки ушитых частей верхнего полюса культи желудка плотно соприкасались,

¹ Хирургия, 1958, 8.

швов не было видно. Через 10 дней была та же картина, к 15 дню появилась отечность краев слизистой.

Через месяц в одном опыте был обнаружен дефект слизистой, где была видна часть непрерывной шелковой лигатуры, а в другом опыте через месяц также был дефект слизистой, где висала петля от внутренней непрерывной шелковой нити.

Внутренний непрерывный матрасевидный и непрерывный обмоточный шелковые швы так же прорезываются в просвет культи желудка, как и узловые шелковые швы. Прорезывание непрерывной шелковой лигатуры происходит не одновременно на всем протяжении, а по частям, из-за чего образуется свисание шелковых нитей в виде петель в просвет желудка.

При гистологических исследованиях анастомоза и ушитой верхней части культи желудка можно было заметить, что в первые 2—5 дней после операции из раневой щели вместе с некротическими массами отходили только кетгуты лигатуры. На 7-е сутки отходили кетгут и шелк, а через 10 дней отходили только шелковые нитки.

При осмотре анастомоза и ушитой верхней части культи желудка со стороны слизистой на месте прорезывания шелковой нити во все сроки у подопытных животных можно было макроскопически и микроскопически отметить язвеподобные дефекты слизистой.

В глубоких слоях анастомоза кетгут рассасывается и замещается соединительной тканью. Вокруг шелковых лигатур сразу образуется воспалительная реакция, а начиная с третьего дня после операции происходит разрастание молодой соединительной ткани. С увеличением срока соединительная ткань вокруг шелка становилась более зрелой. С 15-го дня отмечалось прорастание соединительной ткани и между волокнами шелка.

Можно предположить, что шелковая лигатура задерживается в толще анастомоза: тогда, когда между волокнами шелка прорастает соединительная ткань и отходит вместе с некротической тканью, когда вокруг шелка была выраженная лейкоцитарная инфильтрация.

ВЫВОДЫ

1. Шелковая лигатура на месте швов в желудке после резекции его длительно поддерживает воспалительный процесс.

2. Прорезывание серозно-мышечных шелковых лигатур в просвет анастомоза и ушитой верхней части культи желудка начинается с 7-го дня после операции и в течение 6 месяцев после операции не заканчивается, причем в анастомозе начинается раньше, чем в ушитой верхней части культи желудка.

3. Вокруг и между волокнами шелка, оставшимися в толще ткани, прорастает соединительная ткань.

4. На слизистой вокруг прорезывающихся шелковых лигатур образуются язвеподобные дефекты.

Поступила 16 февраля 1961 г.

НЕФРОЛИТIAЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Проф. И. Ф. Харитонов

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневского
(зав.— проф. И. Ф. Харитонов) Казанского медицинского института

Мочекаменная болезнь в СССР распространена в большей мере на юге нашей страны: в Армении, Азербайджане, Грузии, Дагестане, Средней Азии, Донбассе и т. д. (Н. З. Минчин, Г. Б. Теплицкий, Н. А. Яковлев и др.). К местностям, где мочекаменная болезнь встречается довольно часто, относится и Поволжье.

Почечнокаменная болезнь у детей, как принято думать, наблюдается очень редко. Подтверждением этому может служить то, что работы советских хирургов содержат описание крайне малого числа нефролитиаза у детей.

С. Д. Терновский (1929), анализируя клинические материалы Московской образцовой детской больницы с 1904 по 1927 гг., опубликовал всего 8 случаев детского нефролитиаза. В этом же году Г. К. Гофман на материале урологических клиник Москвы на 216 случаев камней почек у взрослых сообщил о 5 случаях нефролитиаза у детей.

Л. Я. Хесин в 1939 г. в опубликованной им работе, основанной на изучении материалов Московской урологической клиники за 15 лет, описал 21 случай нефролитиаза у детей в возрасте от 3 до 7 лет.

М. И. Кокашвили в 1950 г. сообщает о 24 детях в возрасте от 2 до 15 лет с камнями почек и мочеточников.