

Таблица 4

Занятость	До лечения в институте		Через 20 лет	
	абс. число	процент	абс. число	процент
На квалифицированной работе . .	79	42,5	115	61,8
Учащиеся	5	2,7	—	—
На неквалифицированной работе .	15	8,1	28	15,1
Не работающие по состоянию здо- ровья	87	46,7	25	13,4
Не работающие по старости	—	—	18	9,7
Всего	186	100,0	186	100,0

Нам кажется, что рассмотренную методику исследования результатов восстановительного лечения с успехом можно использовать и для тех, кто получил производственные, бытовые и иные травмы, а также для больных и для оценки различных способов лечения при однородной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников К. И. Краткий курс травматологии в применении к практике врачебной экспертизы. ГИЗ, М., 1930; Журн. для усовершенств. вр., 1929, 11—12.—
2. Вигдорчик Н. А. Компенсаторное профессиональное приспособление. Медгиз, Л., 1934; Применение статистики в клинике (клинико-статистический метод). Медгиз, Л., 1945.—
3. Мерков А. М. Демографическая статистика. Медицина, М., 1965.—
4. Хайкинсон Н. М. Эффективность восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны в условиях Казанского института ортопедии и восстановительной хирургии. Тр. ин-та, 1948, т. II; Анализ эффективности лечения инвалидов Отечественной войны в КазНИИТО. Тр. ин-та, 1949, т. III.—
5. Хейфец Л. З. Госп. дело, 1946, 1—2.

УДК 616.33—616—089.84

К ОЦЕНКЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ШВА В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДКА

Г. А. Хай

НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе (Ленинград)

В СССР все более широкое распространение за последние годы получают механические шиватели, разработанные во ВНИИХАИ. Эти аппараты позволяют наложить тонкий, прочный и малотравматичный шов, в ряде случаев без вскрывания просвета желудка, сократить время операции и добиться заживления раны полого органа первичным натяжением [4]. Реактивность тканей на тантал выражена в меньшей мере, а сроки формирования и эпителизации рубцов короче, чем при использовании мягкого шовного материала [2]. Кровопотеря при механическом шве во время резекции желудка снижается по сравнению с ручным швом в два раза [1]. Использование механического шва в пластической хирургии желудка во многом устранило трудоемкость и неасептичность этих операций [3, 11, 12, 14]. Основным противопоказанием к применению аппаратов являются патологические изменения тканей [5]. Процент расхождений швов при резекции желудка с использованием шивателей снизился до 0,3 [7].

Наш опыт включает 54 операции на желудке. 37 больных оперированы автором статьи, а 17 — другими хирургами с его участием. В ходе 24 операций все этапы выполняли с помощью механических шивателей и при 30 операциях — один или два этапа вручную, а остальные с помощью аппаратов. К ручному формированию гастродуоденального анастомоза, а также наложению гастроэнтероанастомоза «конец в бок» прибегали из-за отсутствия подходящего для этой цели аппарата. В остальных случаях отказ от механического шва был обусловлен патологическими изменениями в стенке кишки или желудка.

Послеоперационный период в большинстве случаев протекал легче, чем при аналогичных операциях с использованием только ручного шва.

5 больных умерли после операции от различных осложнений, не связанных с механическим швом, а зависящих от тяжести патологического процесса и сопутствующих заболеваний у лиц пожилого возраста.

При вскрытии умерших в сроки от 1 до 14 дней после операции не было видимых кровоизлияний и зон некроза в месте наложения механического шва, а также признаков отека анастомоза. При проверке водой швы оказывались герметичными, а на 10—14-й день они были макроскопически трудноразличимыми со стороны слизистой оболочки.

При рентгенологическом обследовании части больных даже через 5 лет после операции мы не наблюдали миграции скобок в просвет желудка или кишки.

Конструктивные особенности аппаратов выявляются в полной мере лишь в процессе работы с ними. В период освоения механического шва мы допускали отдельные ошибки. В дальнейшем же была выработана оптимальная техника и тактика применения сшивателей. Наиболее широким диапазоном обладают аппараты НЖКА-60 и УКЛ-60, оказавшиеся пригодными для выполнения 3 и даже 4 различных этапов операции. Напротив, аппараты УКЖ являются узкоспециализированными. Приводим замечания и рекомендации по каждому аппарату в отдельности.

УКЖ-8. Использование сшивателя для закрытия наглухо культи желудка при резекции по Бильрот-II в модификации Грицмана не избавляет обычно от необходимости наложения дополнительных серозно-мышечных швов вручную у большой кривизны, до которой не доходит второй ряд скобок этого аппарата. Неудачей в наших наблюдениях при работе с УКЖ явилось неполное прошивание гипертрофированных стенок желудка вторым рядом скобок. Швы пришлось накладывать вручную.

УКЛ-60 — самый удобный и надежный аппарат для наложения герметичного линейного шва на стенки желудка или кишки. Лишь один раз при применении УКЛ-60 порезались швы на рубцово измененной культе двенадцатиперстной кишки. Закрытие культи произведено вручную. Обе неудачи при работе с УКЖ и УКЛ явились следствием ошибочного наложения механического шва на патологически измененных тканях, что было исправлено в ходе операции.

НЖКА-60. При освоении этого аппарата мы также допускали ошибки. Один раз после резекции желудка у больного возникло желудочное кровотечение при расположении анастомоза вблизи большой кривизны. Кровотечение было остановлено консервативными методами.

У 7 больных, оперированных в период освоения нами методики, после наложения анастомоза с помощью этого аппарата на следующий день при введении зонда в желудок обнаружилось небольшое количество измененной крови. При формировании анастомоза с помощью НЖКА-60 между скобками остаются относительно свободные участки желудочной стенки. Небольшое расстояние между скобками обеспечивает герметичность шва, но не всегда гарантирует надежный гемостаз, если в этом участке оказывается крупный сосуд. О желудочном кровотечении после применения НЖКА-60 сообщали А. С. Шевченко и Ю. А. Ратнер с соавт. Из этих же соображений Ю. Я. Грицман [5] не рекомендует пользоваться НЖКА-60 у лиц, страдающих гипертонической болезнью, а М. З. Сигал советует для выявления хода сосудов в стенке желудка производить при операции транслюминационную ангиоскопию. Мы не применяли транслюминацию, но в последующем, отказавшись от НЖКА-60 при оперировании больных с высоким АД и накладывая анастомоз на середину культи желудка с визуальным контролем линии шва перед затягиванием кисета, больше не наблюдали кровотечений.

Основным конструктивным несовершенством аппаратов является возможность наложения лишь однорядного шва, что в первую очередь относится к НЖКА-60 — аппарату для формирования анастомозов. Весьма желательным явилось бы создание аппарата для наложения желудочно-кишечного анастомоза «конец в бок» и желудочно-дуоденального «конец в конец». В связи с распространенностью методики резекции желудка по Бильрот-II в модификации Грицмана целесообразно также дополнить существующую конструкцию УКЖ-8 полным рядом скобок для серозно-мышечного шва и упростить толкатель, сделав прошивание одномоментным. На основании наших наблюдений мы пришли к заключению о целесообразности использования строго определенных аппаратов для выполнения тех или иных этапов операции и о необходимости отказа от механического шва при неуверенности в состоянии стенки желудка или кишки. Вместе с тем мы присоединяемся к мнению М. П. Вилянского и соавт. о возможности применения механического шва в условиях перитонита.

Выбор аппаратов для различных операций

Гастроэнтеростомия. Эту операцию очень легко выполнять с помощью двух аппаратов НЖКА-60, располагая желудочно-кишечный анастомоз на середине между большой и малой кривизной косо или поперечно по отношению к оси желудка и соблюдая меры по предотвращению кровотечений, указанные выше.

Резекция желудка по Бильрот-II. Наиболее целесообразная техника описана Ю. Я. Грицманом, однако серозно-мышечные швы лучше накладывать вручную. Удобно (как это нередко делается при резекции с терминолатеральным анастомозом) перед формированием заднего гастроэнтероанастомоза заранее подшить правый край отверстия в месосолон к задней стенке желудка позади будущего анастомоза, а в конце операции подшить только левый край отверстия впереди анастомоза.

Мы сдержанно относимся к рекомендуемой Ю. Я. Грицманом методике мобилизации и прошивания двенадцатиперстной кишки при низких дуоденальных язвах с помощью УКЛ-60. В таких случаях мы предпочитаем выполнять этот этап операции вручную.

При резекции по *Гофмейстер — Финстереру* и *Рейхель — Пола* анастомоз накладывают вручную. Применяя *уступообразное пересечение желудка по Шмидену* при высоко расположенной язве, очень удобно формировать уступ с помощью УКЛ-60, надежно зашивающего верхнюю часть культи желудка. Так же поступают Ю. Я. Грицман и И. К. Свинкин, А. С. Шевченко и др. Для дальнейшего зашивания культи наглухо может быть использован УКЖ.

При резекции с *длинной петлей* для анастомоза по Брауну лучше применять НЖКА-60. При резекции с *V-образным анастомозом по Ру* для зашивания наглухо пересеченной тощей кишки целесообразно использовать УКЛ-60.

Резекция желудка по Бильрот-I с пластическим удлинением культи в нашей модификации. Для зашивания культи желудка мы используем первый ряд скобок УКЖ-7 или 8. Для формирования поперечного трубчатого лоскута основанием к малой кривизне наиболее удобен НЖКА-60, а для выкраивания лоскута основанием к большой кривизне — два аппарата УКЛ-60, наложенных рядом. При этом необходимо в углу между лоскутом и собственно култей желудка наложить укрепляющий шов вручную. Гастродуоденальный анастомоз лучше формировать при этой операции вручную.

Наши наблюдения позволяют считать механический шов в хирургии желудка весьма перспективным и значительно расширяющим возможности пластических операций. В показанных случаях механический шов имеет объективные преимущества перед ручным. Наблюдавшиеся нами летальные исходы после операций на желудке не зависели от применения механического шва.

Конструкция существующих аппаратов накладывает ряд ограничений на их использование и не избавляет в ряде случаев от необходимости выполнения части этапов операции вручную, о чем говорят и С. Е. Мурлага и И. У. Лаптух [10]. Наиболее выгодным этапом является одномоментное наложение однорядного шва через все слои при зашивании полого органа или для наложения анастомоза. Существенным недостатком аппаратов при наложении однорядного шва является необходимость проверки гемостаза, учета и соблюдения ряда правил, гарантирующих от осложнений. Противоположностью к применению механического шва ограничены — это патологически измененные ткани. Не следует также зашивать культи желудка с помощью УКЖ при необходимости осмотра ее изнутри — открытой резекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов П. И. и соавт. Вестн. хир., 1964, 9.—2. Богомолова О. Р. с соавт. Хирургия, 1956, 3.—3. Вильявин Г. Д. В кн.: Еюногастропластика при гастрэктомии и резекциях желудка. Симферополь, 1962.—4. Геселевич А. М. Вестн. хир., 1963, 11.—5. Грицман Ю. Я. Танталовый механический шов при резекциях желудка. Медгиз. М., 1961; Вестн. хир., 1964, 6.—6. Грицман Ю. Я., Свинкин И. К. Нов. хир. арх., 1960, 5.—7. Грицман Ю. Я. и соавт. Тез. докл. III пленума Правления Всесоюз. научн. о-ва хирургов. Омск, 1964.—8. Калинин Т. В. Механический танталовый шов при операциях на кишечнике. Медгиз, М., 1962.—9. Ратнер Ю. А. и соавт. Хирургия, 1964, 8.—10. Современная техника в хирургии. Мат. VI научн. сесс. НИИЭХАИ. М., 1965.—11. Сумин В. В. Хирургия, 1961, 2.—12. Хай Г. А. В кн.: Вопр. клинич. хирургии, вып. 62. Пермь, 1965.—13. Шевченко А. С. Клин. хир., 1963, 11.—14. Яковенко В. В. Вестн. хир., 1961, 10; 1964; 5.—15. Weinstein M. L., Adams E. L. Am. J. Surg., 1942, 58, 2, 202—206.

УДК 616.381

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШИНЫ

[Р. А. Вяселев, А. Ф. Попов, Г. Б. Гатауллин и Л. Г. Куницина]

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе хирургического отделения 1-й горбольницы (главврач—З. А. Синявская) и хирургического отделения 12-й горбольницы (главврач—Т. М. Барышева)

Число больных со спаечным процессом в брюшной полости до последнего времени не снижается. Из всех больных острой кишечной непроходимостью две трети страдают спаечной болезнью [5]. По данным Р. А. Женчевского (1965), спайки и сращения в 76% являются причиной острой и хронической кишечной непроходимости. Частота послеоперационных спаечных процессов брюшной полости достигает 60—92%. Летальность при острой кишечной непроходимости в последние 15 лет колеблется от 18 до 20% [4, 6, 7], а после операций по поводу спаечной кишечной непроходимости равна 22,2% [8].

На первом месте среди предшественников образования спаек стоит аппендицит, на втором — кишечная непроходимость, на третьем — гинекологические заболевания. Судя