

дом у всех обследованных наблюдалось повышение содержания базального гастрина в крови. Реакция на инсулиновую нагрузку была различной в зависимости от метода резекции. Так, после резекции желудка по Бильрот-I констатировано повышение уровня гастринина через 45 мин исследования и понижение его через 90 мин. В то же время после резекции желудка по Бильрот-II реакция выброса гастринина на инсулиновую нагрузку выражалась увеличением его содержания не только на 45-й, но и на 90-й минуте.

Повышение базального уровня гастринина при резекции желудка можно объяснить наличием компенсаторной пролиферации G-клеток слизистой желудочно-кишечного тракта в ответ на удаление части желудка и устранением ингибитора секреции гастринина, вырабатывающегося в антральном отделе желудка [4].

Динамика гастринемии у больных, перенесших селективную проксимальную ваготомию, отличалась от таковой после резекции желудка. Уровень базального гастринина достоверно повышался в раннем послеоперационном периоде и снижался в отдаленные сроки после ваготомии. Характер измененной секреции гастринина в ответ на инсулиновую нагрузку у больных после селективной ваготомии как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде был схож с таковым у здоровых лиц. Введение инсулина приводило к увеличению уровня гастринина в сыворотке крови через 45 мин. К концу исследования показатели концентрации гастринина возвращались к исходному уровню.

Стимулирующее действие инсулина, очевидно, связано с тем, что действие его на гастринпродуцирующие клетки опосредуется двумя путями: как через ацетилхолин, так и по нехолинергическим механизмам. Об этом же свидетельствуют результаты исследования Шрумпа и др. (1974), которые отмечали повышение уровня гастринина после введения инсулина на фоне фармакологической ваготомии большими дозами атропина.

Постваготомическая гипергастринемия, по-видимому, является следствием изменения pH в антральном отделе желудка, а селективная проксимальная ваготомия вызывает гиперактивность антрального отдела желудка [3].

ВЫВОДЫ

1. При осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки уровень базального гастринина в крови повышен. У больных инсулиновая гипогликемия вызывает меньший выброс гастринина, чем у здоровых лиц.

2. Резекция желудка приводит к снижению уровня гастринина в ранние сроки послеоперационного периода. В последующем его концентрация в крови повышается. Реакция секреции гастринина в ответ на инсулиновую нагрузку характеризуется длительным сохранением содержания в крови гастринина на максимальном уровне.

3. Динамике гастринемии у больных после селективной проксимальной ваготомии свойственно повышение базального уровня гастринина в раннем послеоперационном периоде и снижение в отдаленные сроки после ваготомии. Изменения уровня гастринина в крови после введения инсулина находятся в пределах нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Канарейцева Т. Д., Морозов А. И. В кн.: Фундаментальные проблемы гастроэнтерологии. Киев, 1981.— 2. Постолов П. М. Ваготомия с экономной резекцией желудка и СПВ в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Автореф. докт. дисс., М., 1975.— 3. Brandsborg O., Brandsborg M., Christensen N. J. *Europ. J. Chir. Invest*, 1976, 6, 5.— 4. Krawies J., Schwartz B. a. o. *Gastroent.*, 1980, 78, 2.— 5. Kum Lam S., Chan K. N., Wong J., Ong A. B. *Brit. J. Surg.*, 1978, 65, 11.— 6. Schrumpf E., Vath M. N., Semb L. S. *J. Gastroent.*, 1974, 9, 7.

Поступила 22 марта 1982 г.

УДК 617.55—089.844

БЕСПРЕРЫВНЫЙ СЪЕМНЫЙ МОНОФИЛАМЕНТНЫЙ ШОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ БОКОВЫХ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ДОСТУПАХ

О. С. Кочнев, У. Ш. Гайнуллин

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина, хирургическое отделение (зав.—У. Ш. Гайнуллин) Апастовской ЦРБ МЗ ТАССР

Большинство хирургов считают, что наилучшим при аппендэктомии является разрез брюшной стенки по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бернею), и незаслуженно игнорируют поперечный доступ [3].

Поперечный разрез при аппендэктомиях мы производим по кожной складке на середине между пупком и подлобковой складкой. Сухожилия наружной косой мышцы рассекаем по ходу волокон, так как разъединение разнородных тканей и их последующее послойное соединение в разных плоскостях и направлениях обеспечивают оптимальные условия для заживления раны. Следовательно, упомянутые доступы в нашем применении отличаются друг от друга лишь направлениями кожных разрезов. Брюшную стенку шьем методом беспрерывного съемного монофиламентного (БСМ) шва. В качестве шовного материала используем монофиламентную капроновую нить диаметром 0,4 мм.

Наложение БСМ-шва при поперечных аппендикулярных разрезах. Для достижения герметичности раны на брюшину и мышцы накладываем БСМ-шов, начиная с внутреннего угла раны. Вкол и выкол иглы делаем друг против друга по отношению к краям раны в виде П-образного беспрерывного шва (рис. 1а). Края апоневроза наружной косой мышцы соединяем БСМ-швом при помощи двойной нити, наложенным таким образом, что при натягивании нитей один край апоневроза ложится на другой в виде дубликатуры (рис. 1б). На подкожную клетчатку накладываем БСМ-швы, делая симметричный вкол и выкол иглы. Точки вкалывания иглы на одной стороне должны быть расположены точно против точек вывода иглы на противоположной стороне раны. В зависимости от толщины развития подкожной жировой клетчатки производим от одного до трех этажей БСМ-швов с целью ликвидации мертвых пространств и карманов. Кожу соединяем интрадермальным БСМ-швом (рис. 2). Для точного сопоставления краев раны каждый новым стежком захватываем противоположный край на 1—2 мм ближе к ее началу, чем был сделан последний выкол, пройдя таким образом вдоль всей раны. В процессе наложения швов концы нитей выводим на поверхность кожи и натягиваем их, сблизив края раны, затем у мест выкола через кожу накладываем зажимы на нити, которые завязываем друг с другом над марлевыми валиками. В законченном виде шов имеет четыре валика-амортизатора (рис. 3а).

БСМ-шов при аппендикулярных доступах по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бернею). На брюшину и мышцы накладываем БСМ-шов по описанной выше методике. Методом БСМ-шва на внутреннюю косую мышцу и ее перемизиум проводим вторую нить, которая нужна для завязывания с первой нитью. Апоневроз наружной косой мышцы прошиваем БСМ-швом одной нитью, концы ее выводим из верхнего и нижнего угла раны на кожу. Затем накладываем БСМ-шов на подкожную клетчатку. Этот шов необходим для завязывания нити апоневроза. Кожу соединяем узловыми швами монофиламентной нитью (рис. 3б).

Гемостаз брюшной стенки производим не путем лигирования в ране, а методом наложения монофиламентной накожной съемной восьмиобразной лигатуры. Если интрадермальным БСМ-швом не обеспечивает идеального сопоставления краев кожной раны, дополнительно фиксируем их адаптирующими швами. В случае необходимости через отдельные проколы брюшной стенки выполняем дренирование брюшной полости.

Снятие швов. Накожные съемные гемостатические и адаптирующие швы снимаем на 2-й день. БСМ-швы удаляем в два этапа. На 14-й день после операции пинцетом захватываем и оттягиваем выведенную на поверхность кожи часть подкожной линии швов и перерезаем нити, которые на 21-й день вытягиваем за другой конец. Однако это не задерживает выписку больных, так как снятие БСМ-швов производится амбулаторно.

Метод БСМ-шва при боковых аппендикулярных доступах применен нами у 120 больных (мужчин — 61, женщин — 59): при разрезах брюшной стенки по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бернею) — 12 раз и при поперечных разрезах — 108 раз. В возрасте до 20 лет было 55 человек, от 20 до 29 лет — 37, от 30 до 39 лет — 10, от 40 до 49 — 10, от

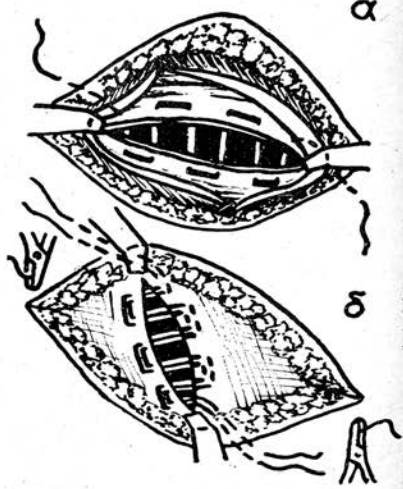


Рис. 1. а) БСМ-шов брюшины с мышцами; б) БСМ-шов апоневроза с наружной косой мышцей.

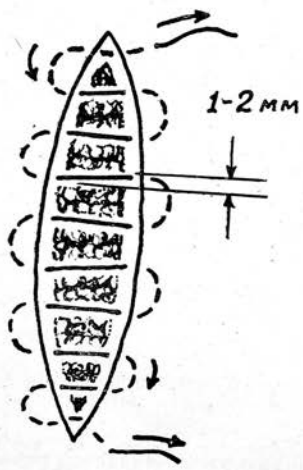


Рис. 2. Интрадермальный косметический шов.

50 до 59 лет — 3, от 60 до 69 лет — 2, 70 лет и старше — 3.

Среди различных форм аппендицита у больных, оперированных методом БСМ-шва брюшной стенки, хронический составил 5 (4,2%), флегмонозный — 84 (70,0%), гангренозный — 7 (5,8%), гангренозно-перфоративный — 4 (3,3%), инфильтрат — 1 (0,8%). В брюшной полости у 27 (22,5%) больных наблюдался серозный экссудат, у 21 (17,5%) — серозно-гнойный, у 8 (6,7%) — гнойный, у 64 (53,3%) экссудата не было.

Под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому оперировано 98 (81,7%), под масочным наркозом — 16 (13,3%), интубационным — 2 (1,7%), спинномозговой анестезией — 4 (3,3%) больных.

С целью изучения влияния метода БСМ-швов на косметический результат послеоперационного рубца при обоих видах разрезов были выполнены два варианта шва брюшной стенки: 1) БСМ-шов на все слои в сочетании с монофиламентными узловыми швами на кожу с подкожной клетчаткой (см. табл.).

В процессе разработки метода БСМ-шва было установлено, что его использование на все слои раны имеет преимущества при поперечных доступах. Он не влияет на длительность оперативного вмешательства, позволяет достигнуть идеального сопоставления краев раны с последующим образованием линейного рубца. При разрезе кожи по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бернею) косметический эффект терется независимо от метода ушивания кожи.

Для предварительной оценки в качестве БСМ-шовного материала в 6 наблюдениях мы выбрали монофиламентную нить из полипропилена диаметром 0,3 мм,

Количество аппендэктомий по видам разрезов и методам шва брюшной стенки

Метод ушивания брюшной стенки	Разрезы брюшной стенки		Всего
	поперечные	по Волковичу-Дьяконову	
БСМ-шов на все слои	102	5	107
БСМ-шов в комбинации с узловыми швами на кожу	6	7	13
Итого	108	12	120

окрашенную фталициановой зеленой. В отличие от бесцветной капроновой монофиламентной нити, полипропиленовая нить зеленого цвета хорошо видна в ране, лучше завязывается в узел и, несмотря на скручивание в форму, приданную при кипячении, при известных навыках работы с монофиламентными нитями удобно лежит в руке оператора, легко удаляется из тканей. Накожные съемные гемостатические лигатуры были применены у 24 (20%), адаптирующие швы — у 17 (14,2%) оперированных. Затруднений при удалении швов не наблюдалось. Как правило, БСМ-швы снимали в поликлинике. Среднее пребывание больных, оперированных нашим методом, составило 5,9 койко-дня. Сокращение длительности среднего койко-дня достигалось за счет ранней выписки больных с неосложненным течением послеоперационного периода.

Расширение раны по Н. Ф. Богдавленскому (1901) производили у 3 больных. На передний листок влагалища прямой мышцы накладывали дополнительный БСМ-шов с фиксацией углов рассеченного апоневроза восьмиобразной накожной съемной лигатурой на марлевом валике-амортизаторе. Одно из достоинств поперечного разреза состоит в том, что его можно расширить по направлению средней линии живота, не нарушая иннервации мышц [2]. В ряде случаев указанные разрезы не дают полноценного доступа, сопровождаются сильной травматизацией и загрязнением тканей, что ведет к нагноению раны. Наиболее частой ошибкой здесь является не выбор метода расширения, а его позднее применение [3].

Отклонения от этих положений послужили причиной нагноений подкожной клетчатки у 2 (1,7%) больных. У одного из них, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного перитонита с ретроцекальным расположением отростка, в спайках было предпринято расширение раны после безуспешных попыток удаления отростка. В другом наблюдении нагноение подкожной клетчатки наступило у больной, перенесшей операцию по поводу острого катарального аппендицита со спайчным процессом илеоцекального угла. В обоих случаях больные были с избыточно

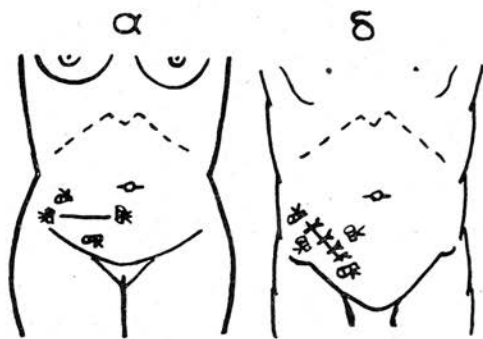


Рис. 3. а) Вид защитной раны при поперечном разрезе (БСМ-шов на все слои); б) Вид защиты раны при разрезе по Волковичу-Дьяконову (комбинированный шов).

развитой жировой клетчаткой. Одним из преимуществ БСМ-шва является возможность ввести дренаж в рану, просто раздвинув ее края, что и было сделано у наших больных с нагноением подкожной клетчатки.

Методика правильного распускания БСМ-шва при нагноении раны отличается от традиционной: в том месте раны, где намечается снять шов, необходимо вытолкнуть наружу одну из петель поперечного шва и рассечь последний стежок под контролем зрения. Таким образом можно частично распустить шов на ограниченном участке. При условии применения в качестве шовного материала разноцветных монофиламентных шовных материалов возможна маркировка слоев БСМ-шва. Эти два приема позволят обеспечить ограниченно-последовательное распускание БСМ-шва. По нашим наблюдениям, даже при нагноении раны наш метод шва гарантирует оптимальное заживление раны, исключает возникновение ближайших и отдаленных осложнений послеоперационного рубца, которые развиваются при использовании традиционных шовных материалов и методов шва.

У двух больных (1,7%) наблюдалось пролабирование резиновых амортизаторов в подкожную клетчатку. В начале освоения метода в качестве амортизаторов нами использовались отрезки резиновых трубочек, в дальнейшем — марлевые валики. Для профилактики пролабирования амортизаторов (валиков) стали применять следующий прием, который предупреждает подобные осложнения. После выкола нитей на поверхность кожи натягиваем их, как бы стараясь выпрямить струну, сближаем края раны, затем у каждого прокола кожи накладываем по кровоостанавливающему зажиму и не снимаем их до окончательного завязывания всех нитей над марлевыми валиками, иначе не избежать гофрирования тканей и чрезмерного давления амортизаторов на кожу. У всех 4 больных с осложнениями было ожирение II—III степени со слабым брюшным прессом («отвислый» живот). Таким образом, осложнения со стороны операционной раны возникли у 4 (3,3%) больных. Применение накожных съёмных гемостатических лигатур и БСМ-шва на рану брюшной стенки исключает лигатурные свищи, так как по данной методике предусматривается удаление из рубца всех инородных тел в виде шовного материала, что снижает возможность сохранения скрытой инфекции.

Эвентрации у наших оперированных не наблюдались. Отдаленные результаты прослежены у 86 (71,7%) оперированных: от 1 года до 2 лет — у 48, до 1 года — у 38. Послеоперационных грыж у осмотренных в эти сроки не было.

ВЫВОДЫ

1. Послойный БСМ-шов при боковых аппендикулярных доступах в сочетании с накожными съёмными гемостатическими лигатурами предупреждает лигатурные свищи.
2. Наиболее подходящим материалом для БСМ-шва являются синтетические монофиламентные нити из капрона и полипропилена.
3. БСМ-шов на все слои раны брюшной стенки обеспечивает хороший косметический эффект послеоперационного рубца при поперечных разрезах кожи. При разрезах по Волковичу—Дьяконову (Мак-Бернеу) рациональнее использование комбинированного шва.
4. Применение БСМ-шва противопоказано больным с избыточно развитой подкожной жировой клетчаткой живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоявленский Н. Ф. К вопросу о послеоперационных грыжах передней брюшной стенки, их причины и предупреждение. Елец, 1901.— 2. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л., Медицина, 1972.— 3. Кочнев О. С. Хирургия неотложных заболеваний. Казань, Изд-во Казанского ун-та, 1981.

Поступила 24 марта 1983 г.

УДК 616.366—002—089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТА

*В. А. Лысенко, В. А. Ситников, А. А. Иваненков,
В. П. Пушкарев, А. М. Иванов, В. В. Брындин*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института, 2-я городская клиническая больница (главврач—В. В. Алабужев)
г. Ижевска*

По данным отечественных и зарубежных авторов, за последние годы заметно увеличилась частота заболеваний желчного пузыря и оперативных вмешательств при холецистите. Острый холецистит в настоящее время в ургентной хирургии брюшной полости занимает второе место после аппендицита, а у лиц пожилого и старческого возраста встречается чаще его. Несмотря на рост числа больных, госпитализируемых в плановом порядке для оперативного лечения из терапевтических отделений, боль-