

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 позволяют 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 съемных 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 съемными 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-

большинство заболевших продолжает поступать в экстренном порядке с различными диагнозами — с острым холециститом, обострением хронического холецистита, острым гепатохолециститом, холецистопанкреатитом и другими. Перед хирургами стоит задача разобраться в этом разнообразии диагнозов, установить подлинную причину страдания и выбрать наиболее рациональную тактику лечения. На протяжении многих лет хирурги придерживались консервативно-выжидательной тактики при остром холецистите. Попытки активизировать хирургическое лечение острого холецистита, приравняв его к тактике при остром аппендиците привели к высокой послеоперационной летальности (10—20%) и неудовлетворительным отдаленным результатам [1—3]. Это заставило большинство хирургов отказаться от производства операций на высоте приступа острого холецистита, считать показанием для экстренной операции только картину перитонита.

С 1969 по 1981 г. в клинике госпитальной хирургии Ижевского медицинского института находилось на лечении 4392 больных с воспалительными заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, из них было оперировано 1232 (28%). Женщины составляли 84% всех больных, лица пожилого и старческого возраста — 45%. С 1969 по 1973 г. в клинике преобладала активная хирургическая тактика при остром холецистите. За этот период всего было прооперировано 435 больных с холециститом, умерло 46 (10,6%); по экстренным и срочным показаниям оперативному вмешательству подвергнуто 212 больных, умерло 35 (16,5%); в плановом порядке операцию перенесли 223 человека, умерло 11 (4,9%).

С 1974 г. тактика при остром холецистите была изменена. Всем больным, поступившим экстренно в клинику, проводится обязательный комплекс консервативной терапии, включающий в себя голод (2—3 дня), холод на живот, внутривенное введение 5—10% раствора глюкозы с инсулином; назначаются витамины, солевые растворы, новокаин, спазмолитики, антигистаминные препараты, сердечные средства, антибиотики; проводятся паранефральные новокаиновые блокады.

По экстренным показаниям прооперированы только больные с клинической картиной перитонита. По срочным показаниям (в первые 2—6 сут) оперативному вмешательству подвергнуты больные с признаками деструкции желчного пузыря, при появлении симптомов местного перитонита, а также при неэффективности интенсивной консервативной терапии. С 1974 по 1981 г. всего прооперировано 797 больных, умерло 22 (2,8%) человека. По экстренным и срочным показаниям операцию произвели 298 (37,4%) больным, умерло 13 (4,4%). В «холодном» периоде (спустя 2—4 нед) прооперировали 499 больных, умерло 9 (1,8%).

Операционную холангиографию применяем с 1972 г., считаем ее обязательной у больных с желтухой в анамнезе, при широком (более 2 мм) пузырном и общем желчном протоке (10 мм), а также при множественных мелких конкрементах в желчном пузыре. Всего произвели ее у 493 больных. Оптимальным методом операционной холангиографии считаем холангиографию через культю пузырного протока, при невозможности ее выполнения пользуемся пункционной холангиографией. При повторных операциях на желчных путях заслуживает внимания чреспеченочная холангиография. Мы имели одно осложнение послеоперационной холангиографии, когда из пункционного отверстия стенки общего желчного протока продолжала вытекать желчь и через 24 ч потребовалась релапаротомия (больная выздоровела).

С 1976 г. у 86 больных по ходу операции произвели катетеризацию пупочной вены с целью введения лекарственных средств в портальную систему для снятия интоксикации, профилактики и лечения печеночной недостаточности. Для дренирования брюшной полости, примененного у 90% больных, использовали резиновые трубки диаметром 1 см, реже — перчаточную резину. Дренажи вводим через контрапертуру, зашивая операционную рану наглухо, что создает лучшие условия для ее заживления. При распространенных формах желчных перитонитов придерживаемся общепринятой тактики — ликвидации источника перитонита, санации и дренирования брюшной полости. Дренируем обе подвздошные области, а для введения антибиотиков в брюшную полость применяем поперечное положение перфорированных ниппельных трубок, введенных в оба подреберья.

Холецистостомию произвели у 52 больных. Как и большинство авторов, мы считаем эту операцию вынужденной и выполняем ее в том случае, когда тяжесть состояния пациента и наличие сопутствующих заболеваний не позволяют выполнить холецистэктомию и полноценную ревизию желчевыводящих путей. Старческий возраст считаем лишь относительным показанием к холецистостомии. К сожалению, в настоящее время нет обоснованных критериев о переносимости теми или иными больными радикальной операции при холецистите. Существующие разработки о степенях риска весьма схематичны и не отражают в полной мере истинного положения. Неполноценность холецистостомии состоит еще и в том, что после нее высок процент «забытых» камней, а оставленные в протоках камни играют ведущую роль в прогрессировании холангита и печеночной недостаточности.

При обследовании больных в «холодном» периоде внимание уделяем дуоденальному зондированию и внутривенной холецистографии с применением 1% раствора морфина для лучшего контрастирования желчных путей в результате спазма сфинктера Одди. Отсутствие тени желчного пузыря при одновременном контрастировании желчных протоков расцениваем как «выключенный» желчный пузырь, подлежащий

удалению. Кроме того, дооперационное контрастирование желчных протоков позволяет определить объем и характер предстоящей ревизии желчевыводящих путей, целесообразность и вид внутреннего дренирования. Отказ от операций в ночное время на высоте приступа острого холецистита дает возможность привлекать к операциям хирургов, знающих специфику операций на желчевыводящих путях, и создает хорошие условия для полной и тщательной ревизии желчевыводящих путей.

С 1980 г. у больных с острым холециститом, осложненным желтухой, для подготовки к операции, снятия холемической интоксикации применяем экстракорпоральную гемосорбцию с использованием в качестве сорбентов активированного угля ИГИ, СКН. Мы располагаем опытом гемосорбции у 18 больных; у всех получен положительный клинический и биохимический эффект.

С 1981 г. лапароскопическую гепатохолецистостомию мы выполнили у 11 пациентов (из них у 4 с острым окклюзионным холециститом) и у 67 больных с острым холецистопанкреатитом. У всех в течение 10—12 ч получен хороший лечебный эффект: прошли боли, ликвидирована гипертония в желчном пузыре и желчевыводящих путях. Больные с холециститом были прооперированы в последующем после обследования в плановом порядке. У лиц с холецистопанкреатитом после проведения прямой холецистохолангиографии и исключения желчнокаменной болезни холецистостомические трубки удалены на 10—15-е сутки, оперативного лечения не потребовалось. Временная декомпрессия позволила быстрее снять отек головки поджелудочной железы и восстановить пассаж желчи в кишечник.

У лиц пожилого и старческого возраста, больных холециститом, успех в лечении определяется не только своевременной и адекватно выполненной операцией, но и терапевией сопутствующих заболеваний. В их диагностике и лечении должны принимать участие анестезиологи, так как выбор метода обезболивания во многом зависит от наличия и тяжести сопутствующих заболеваний.

#### ВЫВОДЫ

1. Сужение показаний к экстренной операции и проведение комплекса терапии, позволяющей большинству больных оперировать в благоприятном «холодном» периоде, привело к снижению послеоперационной летальности с 10,5 до 2,8%.

2. При поступлении в стационар больных с острым холециститом лечение необходимо начинать с проведения всего комплекса консервативной терапии. Экстренной операции в любое время суток подлежат только больные с явлениями разлитого перитонита.

3. Оперативное лечение холецистита заключается не только в удалении желчного пузыря, но и в полноценной ревизии желчевыводящих путей с последующей коррекцией выявленной патологии для восстановления пассажа желчи в кишечник.

4. Применение гемосорбции в предоперационной подготовке у больных с холециститом, осложненным желтухой, холангитом значительно уменьшает холемическую интоксикацию и предотвращает развитие печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

5. При необходимости ограничить объем операции холецистостомией предпочтительнее методика лапароскопической пункционной гепатохолецистостомии, производимой под местной анестезией. Она может быть применена у самых тяжелых больных в тех случаях, когда консервативное лечение неэффективно, а риск оперативного вмешательства велик.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лидский А. Г. Хирургия, 1955, 5.— 2. Напалков П. Н., Трунин М. А. Клин. хир., 1973, 9.— 3. Петров Б. А. Хирургия, 1956, 9.

Поступила 24 апреля 1982 г.

УДК 616.441—008.61—089.163:546.34\*264:612.35

## КАРБОНАТ ЛИТИЯ И МЕРКАЗОЛИЛ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

М. И. Слобожанин

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. С. Чуднова) Ижевского медицинского института

Одной из важных проблем в хирургии щитовидной железы при токсических формах зоба является предоперационная подготовка, основная цель которой — достижение эутиреоидного состояния. Только при таком условии исключается риск обострения тиреотоксикоза в послеоперационном периоде.

Устранение тиреотоксикоза применением мерказолила (М) в сочетании с препаратами неорганического йода (И) не всегда полно и эффективно. Антитиреоидная терапия мерказолилом с йодидами имеет некоторые отрицательные стороны: обладает