

УДК 617 — 089

Д.В. Смирнов

К ВОПРОСУ УШИВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН

МУЗ Городской онкологический диспансер,
г. Комсомольск-на-Амуре

Практически любое оперативное вмешательство заканчивается ушиванием раны. Порой после сложной и продолжительной операции на этот этап хирурги обращают меньше внимания, стараясь быстрее закончить оперативное пособие. Между тем закрытие раны, наложение швов — исключительно важный этап операции. Используемые при этом методы, инструментарий, материалы и техника определяют исход заживления раны [1].

За историю хирургии создано множество разновидностей кожных швов: от простого узлового до внутрикожного косметического. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Приведем примеры трех наиболее часто используемых швов.

Узловой шов, который чаще всего применяется в хирургии, является простым в исполнении и довольно надежным. Он обеспечивает соединение краев раны без образования “мертвого пространства”, что достигается точным сближением соотносящихся тканевых элементов и краев эпителиального слоя [1, 4].

Если края раны чрезмерно подняты, подпрепарованы либо имеют неодинаковую толщину, применяется *вертикальный матрасный шов Мак-Милана-Доната*. Этот шов также обеспечивает закрытие ран без образования “мертвого пространства” на всю его глубину и хорошую адаптацию краев.

Приведенные примеры операционных швов, несмотря на явные преимущества, имеют и существенный недостаток — косметический дефект в виде поперечно исчерченных линий, “железной дороги”. С эстетической точки зрения это сказывается как на самом больном, так и на окружающих его людях весьма негативно и порой приводит к развитию комплекса неполноценности, особенно у молодых пациентов.

Подобного отрицательного эффекта лишен косметический непрерывный внутрикожный шов Халстеда [3]. Он практически идеально адаптирует края раны. После него остается нежный линейный рубец. Однако и этот шов имеет недостаток — при нагноении хотя бы одного стежка приходится снимать весь шов и целиком раскрывать всю рану.

Мы попытались соединить положительные качества этих швов и предлагаем новый, с нашей точки зрения, шов для соединения кожи операционных ран.

Проанализировав доступные нам данные отечественной и мировой литературы, мы не нашли упоминания этого вида шва, по крайней мере для закрытия кожных ран.

Прежде чем говорить о технике наложения шва, хочется несколько слов сказать о шовном материале. При закрытии операционных ран и ран травматического происхождения следует стремиться к тому, чтобы инструменты и шовный материал как можно меньше травмировали ткани. Для сшивания необходимо использовать рассасывающие нити в связи с тем, что лигатуры при этом виде шва не удаляются. Применение кетгута для предлагаемого шва мы считаем нецелесообразным из-за высокого темпа биодеградации: он быстро адсорбирует влагу из тканей, разбухает и теряет 50% своей прочности в течение 2-10 сут (в зависимости от толщины нити). В то же время это один из наиболее реактогенных шовных материалов [2]. Поэтому лучшими для предлагаемого вида шва мы считаем полусинтетические медленно рассасывающиеся нити на основе полигликолидов (викрил, дексон), полидиоксанов (максон, PDS) или целлюлозы (окцелон, кацелон) [2]. Эти нити позволяют прочно удерживать края раны на необходимое для формирования биологического шва время. При этом они полностью инертны к тканям, что, в свою очередь, уменьшает вероятность воспалительных процессов.

Выполнение предлагаемого нами шва начинают с вкалывания иглы со стороны подкожной жировой клетчатки с захватом последней примерно на 0,5-1,0 см. Затем игла проводится в направлении кожи. Выкалывание производится таким образом, чтобы игла вышла посередине слоя дермы. Далее вкалывание производится через середину

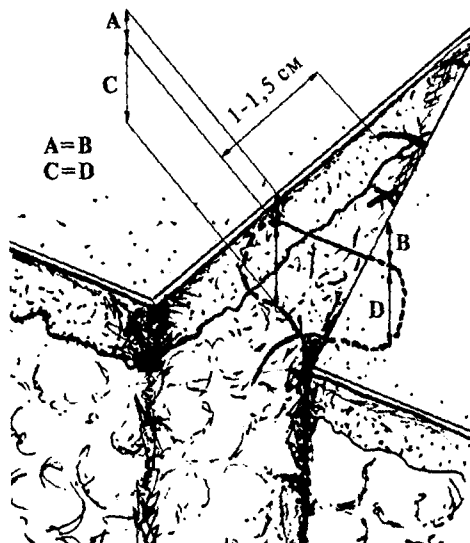


Схема наложения шва по предлагаемой методике

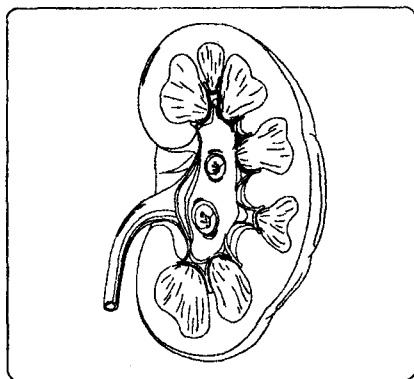
дермы противоположной стороны, а выведение иглы — со стороны подкожной жировой клетчатки (рисунок). Глубокая и поверхностная части стежка должны быть выполнены так, чтобы расстояние от края раны до точек вкалывания — выведения иглы, то есть место появления иглы в дерме, по обеим сторонам было одинаковым. Оптимальным расстояние между стежками составляет, по нашим данным, 1,5—2,0 см (рисунок). Затягивание производится изнутри только до сопоставления краев раны. Излишнее усилие приводит к нарушению микроциркуляции. При правильном наложении шва края раны сближаются с точным сопоставлением дермы и эпителиального слоя.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, что предложенный нами узловый липоинтрадермальный

шов соединяет преимущества узловых и косметических швов. После него не остается шовных меток на коже и в то же время имеется возможность выполнения предлагаемого шва при больших ранах, в том числе лапаротомных, и при необходимости — возможность проводить адекватное дренирование.

Л и т е р а т у р а

1. Золтан Я. *Cicatrix optima*: Операционная техника и условия оптимального заживления ран.
2. Лопухин Ю.М. (ред.) *Хирургия*: Пер. с англ. М., 1997.
3. Бурых М.П. *Общие основы технологии хирургических операций*. Ростов-на-Дону, 1999.
4. Еланский Н.Н. *Хирургические болезни*. М., 1964.



УДК 616.61-003.4

О.Н. Денискин, А.А. Русаков, А.В. Павлов,
А.А. Алексиков, И.Г. Макагон

ЛЕЧЕНИЕ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННЫХ МЕТОДОВ

*Амурская областная клиническая больница,
г. Благовещенск*

Чрескожная пункция кисты почки с аспирацией содержимого в качестве лечебной процедуры впервые была выполнена И. Томпсоном в 1861 г. В 1939 г. была предложена пункционная кистография. В последующие годы отмечалось неуклонное совершенствование пункционных методов лечения кист почек, было предложено множество методик визуализации кисты для проведения лечебной пункции, вплоть до ангиографии почек.

Однако популярность этого метода лечения резко возросла лишь с появлением ультразвуковых методик визуализации, особенно с применением исследования в режиме реального времени [1, 2].

Отношение к пункционному лечению кист почек неоднозначно. На наш взгляд, следует иметь четкие показания к применению этой методики.

Малоинвазивное пункционное лечение солитарных кист почек в Амурской областной клинической больнице выполняется с 1994 г. Всего за 1994—2000 гг. было выполнено 440 пункционных вмешательств. В течение первых 2 лет анализируемого периода применяли пункционное дренирование кист, затем пункционное лечение со склеротерапией кист — метод, используемый

в настоящее время. Мы несколько модифицировали его, что позволило получать более хорошие результаты.

Возраст пациентов составлял от 23 до 78 лет (средний возраст — 49,4 года). В большинстве это трудоспособная часть населения.

Показаниями к малоинвазивному пункционному лечению солитарных кист почек явились:

- наличие клинических проявлений, обусловленных кистой (повышение артериального давления, болевые и другие субъективные ощущения);
- обнаружение кист более 4–5 см в диаметре (как правило, полостные образования именно таких размеров вызывают клинические проявления);
- нарушения уродинамики, выявленные при экскреторной урографии и подтвержденные другими методами исследования.

Противопоказания к использованию метода носили в основном относительный характер:

- непереносимость применяемых лекарственных веществ (аллергические реакции в анамнезе);
- парапельвикальное расположение кисты.

Склеротерапия кист почек выполняется нами только в стационарных условиях под двойной визуализацией — ультрасонографической и рентгеноско-