

при тиреотоксикозе ($p < 0,01$). У женщин с гипо- и гиперфункцией щитовидной железы разница БВ – ДБВ была практически одинаковой.

Таким образом, метаболические нарушения при гипотиреозе и тиреотоксикозе ускоряют темп биологического старения у мужчин и женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Н.Г., Поляков А.А., Душечкина Н.Б. // Физиол. чел. – 1993. – № 4. – С. 89 – 96.
2. Баширева А.С. Влияние производственных и социально-бытовых факторов на показатели биологического возраста водителей автотранспорта: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Казань, 1997.
3. Бурльер Ф. Всемирная организация здравоохранения, тетради общественного здравоохранения. – Женева, 1971. – № 37.
4. Галкин Р.А., Павлов В.В., Захарова Н.О. Медицинские и социальные проблемы в геронтоло-

гии: Тез. докл. международного семинара по проблемам пожилых. – Самара, 1996. – С. 63–67.

5. Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия / Под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева, Н.О. Захаровой. – М. – Самара, 1997. – С. 28 – 41.

6. Разолов Н.А., Потиевский А.А., Крапивницкая Т.А. Современные методы диагностики и лечения. / Современные методологические подходы к проведению врачебно-летней экспертизы: Тез. докл. научно-практической конференции. – М., 1996. – С. 207 – 209.

Поступила 17.02.03.

ESTIMATION OF BIOLOGICAL AGEING RATE IN PATIENTS WITH THYROID DISEASES

A.F. Verbovoi

S u m m a r y

Biological ageing rates of patients with thyroid diseases are determined. It is established that metabolic disorders in hypothyrosis and thyrotoxicosis increase the biological ageing rate both in male and in female.

УДК 616. 381 – 002. 3 – 06 – 089. 84

УШИВАНИЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ И ЛЕЧЕНИИ ЭВЕНТРАЦИЙ ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ю.В.Кучин, В.Е. Кутуков, Р.Д. Мустафин, О.В. Грященко

Кафедра госпитальной хирургии (зав. – проф. Ю.В. Кучин) Астраханской медицинской академии

Одним из важных технических элементов программированной релапаротомии при перитоните является временное (от санации до санации) закрытие лапаротомной раны. С целью временной герметизации брюшной полости для удобства ее повторных ревизий используются застёжка-“молния”, специальные сближающие устройства (“Velcro”), вентрофилы, однако они не получили широкого распространения, поскольку не позволяют регулировать степень натяжения тканей брюшной стенки из-за повышенного внутрибрюшного давления. Это ведет к ишемии и некрозу мышечно-апоневротического слоя с последующей эвентрацией, которая остается одним из наиболее тяжелых осложнений у больных, оперированных по поводу распространенного гнойного перитонита. Частота эвентраций при перитоните составляет 7–8%, повторных эвентраций – 12,5% [1, 4, 6].

Традиционные методики ушивания эвентраций при перитоните с использованием нерассасывающихся материалов (капрон, лавсан, металлическая проволока), а также резиновых протекторов и марлевых шариков не всегда выполняемы в условиях нагноения раны и неред-

ко приводят к некрозу кожи и подлежащих тканей вследствие их дополнительной ишемизации.

С 1993 г. в нашей клинике применяется метод ушивания лапаротомной раны при программированной релапаротомии и эвентрации, основным элементом которого является проведение металлических спиц Киршнера–Илизарова через влагалища прямых мышц живота [2]. О применении при программированной лапаросанации подобного метода, несколько отличающегося техническими деталями, сообщил В.И. Хрупкин [5], а при лечении эвентраций после срединных лапаротомий – А.Е. Костин [3]. Спицы проводят параллельно краям раны с отступом от них на 3–4 см, между листками влагалищ прямых мышц живота, а их концы выводят на кожу на 1–2 см от верхнего и нижнего углов раны, слегка загибают и защищают полихлорвиниловыми протекторами. Швы накладывают через все слои с захватом спиц на расстоянии около 5 см друг от друга и затягивают до плотного соприкосновения краев операционной раны. В отличие от предложенного нами метода, В.И.Хрупкин [5] рекомендует проводить спицы под кожей нанизывая ее участка-

ми по 5 см и связывая выступающие над кожей отрезки спиц лавсановыми лентами. А.Е.Костин [3] предлагает накладывать дополнительные швы на апоневроз.

Разработанный нами метод применен у 69 больных гнойным перитонитом (мужчин – 56, женщин – 13) от 19 до 84 лет (средний возраст – 48,9 года). У всех наблюдавшихся был диагностирован интоксикационный синдром II–III степени по В.К. Гостищеву и соавт. [1], соответствовавший по тяжести 20–32 баллам Мангеймского индекса перитонита. Основными причинами перитонита были деструктивные формы аппендицита (у 14) и холецистита (у 4), перфорация полого органа (у 12), травма живота (у 21), послеоперационные осложнения (у 18). Данный метод применен у 51 больного при программированной релапаротомии (однократной – у 14, двукратной – у 22, трех- и четырехкратной – у 15). Общее число программированных вмешательств составило 108. У 57 больных операции проведены под эндотрахеальным наркозом, у 8 – под внутривенной анестезией, у 4 – под перидуральной.

В случаях нагноения раны этот метод позволял ее адекватно санировать, а при программной релапаротомии обеспечивал быстрый и малотравматичный вход в брюшную полость и завершение операции без удаления спиц. Средние сроки активизации больных составляли 5–7 суток. На 12–14-е сутки спицы удаляли, сквозные швы снимали на 16–17-е сутки. У 14 больных при повторных санационных релапаротомиях спицы в брюшной стенке сохранялись до 20–22 суток. Сотрудниками нашей клиники в эксперименте доказано, что данный метод обладает несомненными преимуществами по сравнению с примененными ранее, поскольку при нем давление нити на ткани брюшной стенки за счет своего равномерного распределения в 60 раз ниже, чем при ушивании раны П-образными швами. Это значительно уменьшает возможность развития ишемических некрозов, а прочность линии срединного шва соответствует суммарной прочности удерживающих швов. Осложнений в виде повреждения спицами внутренних органов мы не наблюдали. В 2 случаях миграции одного из концов спицы в подкожную клетчатку его удавалось установить на прежнее место без особых технических трудностей. При развитии флегмоны передней брюшной стенки (у 4) выполняли широкие разрезы вдоль спигелиевых линий и проводили лечение по общим принципам гнойной хи-

Частота эвентраций и резэвентраций при различных способах герметизации брюшной полости при перитоните

Метод ушивания и показания к нему	Число оперированных	Количество эвентраций и резэвентраций
П-образные и послынные швы:		
релапаротомия "по требованию"	55	4
эвентрация в гнойную рану	47	12
Ушивание с применением спиц:		
программированная релапаротомия	51	0
эвентрация в гнойную рану	18	0

рургии. У 2 больных с явными признаками анаэробного инфицирования тканей передней брюшной стенки нам не удалось справиться с распространением процесса, что послужило причиной для преждевременного удаления спиц. Необходимо отметить, что в наших наблюдениях не было ни одного случая повторной эвентрации.

Проведена сравнительная оценка результатов применения разработанного метода у 69 больных и ушивания лапаротомной раны П-образными швами на резиновых протекторах по способу Литтмана у 102 больных (см. табл.).

Таким образом, повторная эвентрация среди 102 больных контрольной группы возникла у 16 (15,7%) больных, а в основной – вообще не наблюдалась.

В отдаленные сроки от 2 до 5 лет после выписки были осмотрены 17 больных после ушивания лапаротомной раны с применением спиц. У одного из них, перенесшего 3 санационные релапаротомии и глубокое нагноение раны, сформировалась большая послеоперационная грыжа – больного прооперировали. Еще у 3 больных выявлены небольшие щелевидные дефекты апоневроза, требующие продолжения наблюдения.

Исходя из приобретенного опыта, мы считаем возможным сделать вывод, что при распространенном гнойном перитоните ни один из методов ушивания лапаротомной раны – как при эвентрации, так и при программированной релапаротомии – не является универсальным, избавляющим больного от угрозы развития местных осложнений в виде флегмоны передней брюшной стенки и таких отдаленных последствий, как формирование больших и гигантских послеоперационных грыж. Тем не менее применение предложенного нами мето-

да ввиду относительно небольшого количества негативных последствий представляется нам достаточно перспективным. Данный способ технически прост, не требует дополнительных затрат, не вызывает выраженной ишемии передней брюшной стенки, обеспечивает достаточную герметичность брюшной полости, упрощает доступ при программированной релапаротомии и служит довольно надежной профилактикой эвентрации. Способ может широко применяться в urgentной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Стручков Ю.В. и др. // Вестн. хир. – 1982. – №4. – С. 132–136.
2. Грященко О.В., Кутуков В.Е. и др. // Актуальные вопросы хирургии. – Астрахань, 1998. – С. 135–136.
3. Костин А.Е. // Хирургия. – 2001. – №2. – С. 21–22.

4. Сажин В.П., Турков В.И., Авдошенко А.Л. // Вестн. хир. – 1990. – №2. – С. 109–142.

5. Хрупкин В.И. // Вестн. хир. – 1998. – № 6. – С. 73–76.

6. Шошас И.И. // Хирургия. – 1986. – №4. – С. 51–54.

Поступила 07.10.03.

SUTURING OF THE ABDOMINAL WALL IN PROGRAMMED RELAPAROTOMY AND TREATMENT OF EVENTRATION IN PURULENT PERITONITIS

Yu.V. Kuchin, V.E. Kutukov, R.D. Mustafin, O.V. Gryashchenko

Summary

The experience of the suturing method of laparotomic wound using metal wires in programmed relaparotomy and eventration in 69 patients with general peritonitis is analyzed. The method is simple, reliable and has significant advantages comparing with the other well-known methods and can be recommended for wide use in urgent abdominal surgery.

УДК616.366 – 002.1 – 089.87

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

И.С. Малков, А.У. Зиганишин, З.И. Чагаева, Б.А. Зиганишин, Л.А. Рябев

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. – доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Вопросы выбора тактики, объема оперативных вмешательств, оптимальных вариантов выполнения холецистэктомии, профилактики интра- и послеоперационных осложнений изучены достаточно полно. Однако проблема лечения осложненных форм заболевания, когда острый воспалительный процесс со стенки желчного пузыря переходит на окружающие ткани, формируя плотный инфильтрат, до настоящего времени не нашла своего окончательного решения. В связи с этим целью настоящего исследования являлась разработка нового метода лечения, позволяющего эффективно воздействовать на инфильтративные изменения в стенке желчного пузыря и соответственно расширить показания к выполнению лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном холецистите.

Проанализированы результаты хирургического лечения 425 больных (316 женщин и 109 мужчин) острым обтурационным холециститом. Возраст пациентов колебался от 19 до 84 лет (в среднем $64,8 \pm 5,2$ года). Все больные по характеру оперативных вмешательств были разделены на три группы. 1-ю группу составили 242 (56,9%) пациента, которым была

произведена традиционная (открытая) холецистэктомия. Основным показанием к ее выполнению служил некупирующийся приступ острого холецистита, несмотря на проводимую в течение 24–36 часов консервативную терапию. Во 2-ю группу вошли 108 (25,4%) пациентов, которым при отсутствии положительного эффекта от проводимого в течение 12–24 часов консервативного лечения была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Решающее значение в успешном выполнении последней имела степень инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря. Так, наличие плотного инфильтрата в области шейки органа создавало значительные технические трудности при манипуляциях, являясь причиной ятрогенных повреждений гепатикохоледоха, интенсивного внутрибрюшного кровотечения. Риск подобных осложнений особенно возрастал при ЛХЭ. Поэтому длительность заболевания более 48 часов считалась одним из противопоказаний к выполнению данного вида операции. 3-ю группу составили 75 (17,6%) пациентов, у которых ЛХЭ производили на втором этапе лечения. Показаниями к двухэтапному лечению острого обтура-