

# **В. С. Семенов, В. В. Петров (Чебоксары). Профилактика несостоятельности толстокишечных анастомозов**

Одним из тяжелых осложнений, приводящим в ряде случаев к летальному исходу после резекции толстой кишки, является гнойное осложнение с развитием несостоятельности кишечного анастомоза. На несостоятельность анастомозов влияют следующие факторы: состояние больного в момент операции; мероприятия, предупреждающие инфицирование брюшной полости; технические моменты операции как в вопросе тактики, так и в наложении самого анастомоза; мероприятия, направленные на декомпрессию оперированного участка кишки.

Несостоятельность анастомоза зависит не только от методов наложения межкишечных швов, но и от технических навыков и мастерства хирурга, установления адекватного показания к тому или иному виду операции, а также выраженности трофики стенок сшиваемых концов кишечника. Наконец, наиболее важным и ответственным моментом в профилактике несостоятельности межкишечных швов мы считаем создание декомпрессии на оперируемом участке толстой кишки. Наряду с созданием декомпрессии целесообразно полное отключение толстой кишки из пассажа путем выведения илеостомы в правую подвздошную область. Это место удобно и для ношения калоприемника.

Из 47 операций, выполненных на толстой кишке, в 27 случаях с целью декомпрессии мы использовали илеостому в виде двустолки. При такой операции достигаются две цели: во-первых, создается достаточная декомпрессия в ободочной кишке, во-вторых, в случае расхождения швов анастомоза кал не будет поступать в брюшную полость, и нагноительный процесс в области анастомоза легко купируется.

Приводим следующее наблюдение.

М., 32 лет, поступила в хирургическое отделение 22.07.1986 г. в 21 ч с жалобами на боли в правой половине живота. Боли появились 10 дней назад. Рвоты не было. Состояние удовлетворительное. При пальпации определяется плотное образование в правой половине живота. 01.08.1986 г. при лапаротомии обнаружена опухоль правой половины толстой кишки, которая вызвала частичную обтурационную непроходимость. Произведена правосторонняя гемиколэктомия вместе с опухолью, которая имела размер 5×5 см. Наложен илеотранверзоанастомоз по типу «конец в конец». Операция закончена наложением илеостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 3 нед илеостома была закрыта под местной анестезией. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 6 больных в связи с развитием несостоятельности анастомоза илеостома была оставлена и на период амбулаторного лечения. Отключение толстой кишки из пищеварения даже на один месяц особых нарушений в организме не вызывает. Нередко с илеостомой больные живут несколько месяцев и поступают для закрытия свища в хорошем состоянии. Например, П., 35 лет, находился с илеостомой на дому в течение 6 мес и за это время прибавил в массе на 16,5 кг.

Таким образом, наши наблюдения показали, что применение декомпрессии в виде временной илео-

стомы является достаточно надежным дополнением к операции при резекциях толстой кишки и ликвидации толстокишечных свищей. Она незаменима при травматических повреждениях стенки толстой кишки. С помощью илеостомы при операциях на толстой кишке нам удалось снизить летальность до 7,8%.

УДК 616.89—008.426—073.48

# **Л. А. Козлов, К. Ф. Юсупов, Н. И. Сумбаева, В. П. Филатов (Казань). Роль ультразвукового исследования в диагностике мнимой беременности<sup>1</sup>**

В акушерской практике известны случаи так называемой мнимой беременности, которые встречаются и в наши дни.

Е., 36 лет, доставлена в родильное отделение РКБ машиной скорой помощи 11.10.1988 г. в 20 ч 30 мин с диагнозом: беременность 30 нед., предлежание плаценты?

Менструации с 14 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, установились сразу регулярные, безболезненные, умеренные. Последнюю менструацию не помнит. Считает себя беременной. Состоит на учете по беременности со срока 15—16 нед. Были две явки к акушерке с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Ставился диагноз угрозы прерывания беременности и амбулаторно была назначена сохраняющая терапия. В прошлом дважды перенесла нормальные роды и 2 аборта без осложнений. Наследственность не отягощена.

При поступлении жаловалась на боли в животе и кровотечение из половых путей со сгустками с 15 ч 20 мин того же дня.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Частота пульса — 100 уд. в 1 мин, АД — 18,7/12,0 кПа на обеих руках. Голова не болит, видит хорошо.

Живот увеличен за счет напряженного и резко болезненного образования, исходящего из малого таза, с верхним полюсом чуть ниже пупка. Части плода не пальпируются, сердцебиение стетоскопом не выслушивается.

Влагалищное исследование (при развернутой операционной): влагалище свободное, шейка матки сформирована, размягчена, цервикальный канал пропускает свободно один палец за внутренний зев, плацента и предлежащая часть плода не определяются; тело матки соответствует 27 нед беременности, резко болезненное, напряженное; придатки не пальпируются; своды свободные; выделения кровянистые со сгустками.

Выставлен диагноз: беременность 27 нед, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. С учетом акушерской ситуации принято решение экстренно родоразрешить беременную с помощью кесарева сечения.

При лапаротомии обнаружено, что описанное выше болезненное и напряженное образование является сильно перерастянутым мочевым пузырем. Катетером выпущено больше двух литров прозрачной мочи. При ревизии органов малого таза установлено, что матка увеличена до 8—9 нед беременности, размягчена. Придатки без особенностей. Высказано предположение о наличии маточной беременности небольшого срока и ее прерывании. Брюшная стенка ушита послойно, наложена асептическая повязка. Произведено выскабливание полости матки: удалены сгустки крови и остатки плод-

<sup>1</sup> Доложено на заседании общества акушеров и гинекологов г. Казани 19.01.1989 г.