

## В. В. Широких (Марининский Посад). Внутривнутрибрюшные кровотечения после аппендэктомии

Вторичные кровотечения в брюшную полость после аппендэктомии опасны тем, что дают высокий процент летальности, а диагностика их нередко представляет значительные трудности.

Основная причина таких кровотечений заключается в погрешностях техники оперативного вмешательства. Чаще всего наблюдается расслабление и соскальзывание лигатуры с брыжейки червеобразного отростка. Это бывает обусловлено: недостаточным затягиванием лигатуры, особенно при наличии в брыжейке обильного количества жира; излишней инфильтрацией брыжейки раствором новокаина, после рассасывания которого создаются условия для ослабления и сползания лигатуры; распространенным среди части хирургов приемом подтягивания культи брыжейки к кисетному шву с целью его дополнительной перитонизации, что приводит к значительному натяжению лигатуры и соскальзыванию ее либо к повреждению сосудов брыжейки. Кровотечение из сосудов брыжейки может быть профузным.

Вторым источником кровотечения являются недостаточно тщательно лигированные сосуды спаек и сращений, рассекаемых при выделении червеобразного отростка. Эти кровотечения не столь грозны, как из сосудов брыжейки отростка, но все же могут привести к большим скоплениям крови в брюшной полости.

В некоторых случаях кровотечение бывает обусловлено повреждением субсерозно расположенного сосуда с последующим образованием и разрывом субсерозной гематомы. Кровоточить могут участки поврежденной забрюшинной клетчатки. Иногда причиной вторичных внутривнутрибрюшных кровотечений служит расплавление инфицированных тромбов мелких сосудов или соскальзывание лигатуры в результате распада участка инфицированной с тромбированными сосудами брыжейки.

Чтобы избежать такого грозного осложнения, каким является вторичное внутривнутрибрюшное кровотечение, нужно помнить следующее.

1. Оперативный доступ должен быть достаточно широким, отношение к тканям — исключительно нежным. При малейшем затруднении в выделении червеобразного отростка разрез необходимо увеличить. Особенно это важно при фиксированной слепой кишке и при ретроцекальном расположении отростка.

2. Короткую и широкую брыжейку (тем более отечную) надо перевязывать по частям, применяя прошивные шелковые лигатуры. От перевязки брыжейки кетгутom следует отказаться. Инфильтрируя брыжейку раствором новокаина, нужно стремиться вводить раствор ближе к корню брыжейки. Количество вводимого раствора не должно превышать 2—4 мл.

3. Дополнительная перитонизация культи брыжейки области кисетного шва — скорее порочный технический прием, чем необходимость. Этот способ значительно увеличивает возможность соскальзывания лигатуры.

4. Если хирург во время операции встречается с обилием спаек и сращений, то гемостаз в подобных случаях требует особого внимания. Каждую кровоточащую спайку следует тщательно лигировать.

5. Вместо грубых резиновых дренажей для подведения антибиотиков лучше использовать микроирригаторы.

При установлении диагноза вторичного внутривнутрибрюшного кровотечения в послеоперационном периоде только срочная релапаротомия может спасти больного. Ни о каких попытках консервативного лечения этих больных не может быть и речи.

УДК 616.346.2—616—007.64

## В. Н. Кожанов (Вурнары). Дивертикул червеобразного отростка

В доступной нам литературе мы не нашли описания аномалии в строении червеобразного отростка, подобного обнаруженному нами, и поэтому сочли возможным поделиться своим наблюдением.

К., 61 года, поступила с жалобами на приступообразные боли в правой подвздошной области. Заболела 5 дней назад.

Температура 37,2°. Живот умеренно вздут, болезнен в правой подвздошной области, там же выраженные мышечные напряжения. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровинга и Воскресенского справа резко положительны. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пульс 84, ритмичный. АД 130/75. РОЭ — 6 мм/час. Л. — 12 000.

Диагноз: острый аппендицит.

Оперирована под местной анестезией. Отросток без брыжейки, плотно припаян к терминальному отделу подвздошной кишки, располагается под ее серозой. Серозную оболочку подвздошной кишки рассекли и отросток мобилизовали. При этом выявился дивертикул 1,5×1 см, обращенный в просвет кишки. При выделении дивертикула вскрылся просвет кишки, последний ушили наглухо. Удаленный отросток резко утол-

щен, темно-красного цвета, напряжен. В просвете отростка и дивертикула — гной. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 9-е сутки в хорошем состоянии.

УДК 616—002.45—611.329—616.135

### Л. В. Харин (Бирск). Перфорация язвы пищевода в аорту

Пептические язвы пищевода встречаются очень редко. По статистике Грубера, на 11028 секций обнаружено 6 пептических язв, что составляет 0,05%. До 1957 г. описаны 18 больных с язвами пищевода.

Приводим наше наблюдение.

С., 43 лет, доставлена в хирургическое отделение 2/III 1968 г. в 19 час. с диагнозом «желудочное кровотечение» и с жалобами на слабость, недомогание, одышку, боли в эпигастриальной области. Заболела 24/II 1968 г.: появились боли в эпигастрии с иррадиацией в грудной отдел позвоночника, в правую лопатку, слабость, недомогание, головокружение.

Лечилась амбулаторно. 2/III загрудинные боли и одышка усилились, появилась рвота с примесью алой крови с темными сгустками, что и заставило больную вызвать скорую помощь.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание сохранено. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, пульс 88, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 105/80. Дыхание ослабленное.

Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Печень, почки и селезенка не пальпируются. При поступлении кровотечения не было.

Перелито внутривенно капельно 200 мл однокрупной крови, назначен полный покой, холод на область желудка, хлористый кальций внутривенно, викасол, цититон, камфора с эфиром. В результате лечения состояние больной улучшилось. Стихли загрудинные боли и боли в эпигастрии, уменьшилась одышка. Пульс 82, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80.

3/III гем. 24 ед., Э — 122 000, Л. — 3100, РОЭ — 24 мм/час.

3/III в 8 часов при попытке сесть в кровати у больной внезапно открылось обильное кровотечение изо рта и носа. Несмотря на принятые меры, больная скончалась.

На вскрытии (Ю. А. Бобков) в просвете аорты и нижней полой вены содержится небольшое количество жидкой крови. Стенки аорты эластичные, гладкие, блестящие. В грудном отделе на уровне 5-го грудного позвонка стенка аорты сращена со стенкой пищевода. Участок сращения  $4 \times 2$  см, состоит из рыхлой соединительной ткани. Там же в области отхождения артерии пищевода имеется дефект  $0,5 \times 0,3$  см, неправильной формы, с багровыми, отечными, неровными краями. В просвете пищевода небольшое количество крови. На слизистой оболочке передней стенки пищевода на уровне 5-го грудного позвонка язва овальной формы,  $1,5 \times 1,2$  см, с возвышающимися валикообразными краями, серовато-красноватого цвета; края язвы ровные, подрытые, в дне дефект неправильной формы  $0,4 \times 0,4$  см, проникающий в просвет аорты, в краях дефекта кровоизлияние. На разрезе края состоят из молодой соединительной ткани, отечные.

Патологоанатомический диагноз: пептическая язва пищевода, прободение язвы в аорту, острое аортальное кровотечение.

УДК 612.323

### Р. С. Гельфенбейн (Сочи). Экскреторная функция желудка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Под нашим наблюдением было 75 мужчин и 22 женщины в возрасте от 20 до 70 лет. У 33 из них была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 10 — язвенная болезнь желудка, у 14 — заболевания печени и желчного пузыря, у 12 — гастрит с сохраненной секрецией и у 16 — с пониженной, у 2 — рак желудка и 10 были здоровы (контрольная группа).

Желудочную секрецию исследовали фракционно непрерывным методом при помощи вакуумного устройства. 30 чел. получили кофеиновый пробный завтрак, 51 чел. — 7% отвар сухой капусты и 16 чел. — парентерально гистамин (простой гистаминовый тест). Определяли дебит-час свободной HCl, часовое напряжение желудочной секреции, а также проницаемость желудочных клеток при помощи йод-калиевой пробы (всасывательная способность желудка), в моче — часовое напряжение уропепсिनогена натошак по методу В. Н. Туголукова. Всем больным проводили рентгенологическое исследование желудка.

2 мл 1% свежеприготовленного раствора нейтральрота вводили внутривенно после извлечения пробного завтрака из желудка или вслед за введением гистамина. Появление краски в желудочном соке определяли по минутам.

При исследовании контрольной группы появление краски в желудочном содержимом наблюдалось на 7—12-й мин. Из числа больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки ускоренное появление краски отмечено у 9, нормальное у 9, замедленное у 15. У большинства больных с ускоренным и нормальным появлением краски были