

Канд. мед. наук **О. Б. Лисицына, М. Д. Усачева** (Москва). Редкая аномалия развития кишечника

Т., 51 года, поступила в хирургическую клинику по поводу стеноза привратника язвенного происхождения.

Во время операции, которую производили под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом, обнаружена весьма редкая аномалия. Большой сальник отходит от желудка свободно и не соединен с поперечноободочной кишкой. Двенадцатиперстная кишка не разделена на отделы, не имеет изгибов и располагается вертикально на длинной брыжейке, переходит в тонкую кишку без определенных анатомических границ. Поперечноободочная кишка находится за брюшиной, как бы в туннеле позади двенадцатиперстной кишки, и пальпируется на уровне 3—4-го поясничных позвонков, неподвижна, не имеет брыжейки и покрыта брюшиной только спереди. Слепая кишка покрыта брюшиной со всех сторон и имеет длинную брыжейку, расположена несколько выше обычного ее места.

В связи с рубцовым стенозом привратника произведена резекция двух третей желудка по Мойнингану.

УДК 616.62—616—089.844

Н. В. Билюкин и Н. М. Иванов (Казань). Колоцистопластика демукозирванным отрезком

Реконструктивные пластические операции на мочевых путях являются одной из актуальных проблем современной урологии.

Нами была поставлена цель выработать более рациональный метод пластики мочевого пузыря отрезком толстого кишечника, а также изучить наступающие изменения в резецированном мочевом пузыре и кишечном трансплантате. В поисках оптимальных методов оперативных вмешательств на мочевом пузыре мы использовали способ закрытия обширных дефектов мочевого пузыря распластанным демукозирванным отрезком толстой кишки на сосудистой ножке.

Поставлено 40 опытов на собаках. Глубокий наркоз достигался внутривенным введением 3—5 мл 5% раствора тиопентала натрия. Далее операцию проводили под эфирно-кислородным интубационным наркозом.

После рассечения брюшины в рану выводили мочевой пузырь. Из толстой кишки в месте, соответствующем расположению сигмовидной кишки у человека, резецировали отрезок длиной от 10 до 15 см, с сохраненной сосудистой ножкой. Непрерывность толстой кишки восстанавливали анастомозом конец в конец с помощью двухрядного шва. Далее следовала тщательная демукозация выключенного отрезка путем введения новокаина в толщу стенки кишки (рис. 1).



Рис. 1. Резекция и этапы демукозации отрезка толстой кишки. Пластика дефекта мочевого пузыря.

Иссекали $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$ мочевого пузыря, проводили косую или клиновидную резекцию, а в некоторых случаях оставляли только треугольник Лъето (рис. 2). Такой обширный дефект пузыря замещали демукозирванным отрезком толстого кишечника на брыжечной ножке при помощи двухрядных швов. Мочевой пузырь опускали в брюшную