

**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, не подвижна, 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 Майнингану.

УДК 616.62—616—089.844

**Н. В. Билюкин и Н. М. Иванов (Казань). Колоцистопластика демукозированным  
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 трансплантаце. В поисках оптимальных методов оперативных вмешательств на мочевом пузыре мы использовали способ закрытия обширных дефектов мочевого пузыря распластанным демукозированным 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 новокaina 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 кусую или клиновидную резекцию, а в некоторых случаях оставляли только треугольник Льето (рис. 2). Такой обширный дефект пузыря замещали демукозированным отрезком толстого кишечника на брыжечной ножке при помощи двухрядных швов. Мочевой пузырь опускали в брюшную

полость и прикрывали сальником. В ряде случаев сальник подшивали к месту анастомоза для большей герметичности и прочности шва. В брюшную полость вводили 500 000 МЕ бензилпенициллина и 1 000 000 МЕ стрептомицина, после чего ее зашивали наглухо, а место кожных швов смазывали kleem БФ-6.

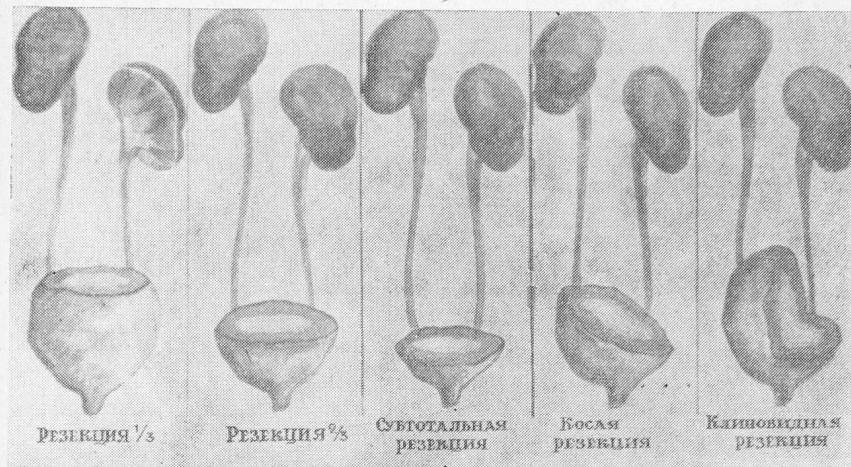


Рис. 2. Варианты резекций мочевого пузыря.

После операции у всех собак наблюдалась пиурия и микрогематурия, которая исчезала через 10—15 дней. Остаточный азот и хлориды крови были в норме. При экскреторной уроцистографии, проводившейся в разные сроки после операций, констатирована нормальная функция почек и отсутствие расширения полостной системы почек и мочеточников. Емкость мочевого пузыря у оперированных животных была достаточной, она увеличивалась за счет растяжения оставшейся части мочевого пузыря и трансплантата. Экспериментальных животных забивали в разные сроки после операции — от 1 недели до 12 месяцев. На секции мочевой пузырь был такой же формы и величины, как у неоперированных животных. Исследование макропрепараторов пузыря у забитых животных показало, что кишечный трансплантат, как правило, хорошо приживается к мочевому пузырю заметным соединительнотканым рубчиком, а со стороны слизистой — нежным источенным эпителиальным слоем. При гистологическом исследовании установлена полная регенерация слизистой мочевого пузыря в области трансплантата у всех оперированных животных. Гистологическому исследованию подвергался рубец между мочевым пузырем и трансплантатом. Нервные элементы выявлялись методом Бильшовского — Грос, Кампса и Рассказовой. В течение месяца после операции отмечена обильная васкуляризация тканей рубца. Сначала возникают капилляры, а в последующем формируются артериолы, венулы и вены. Нервные элементы рубца на данных сроках представлены большим количеством тонких безмягкотных волокон, которые образуют многочисленные переплетения. На более поздних сроках после операции увеличивается количество мягких нервных волокон в рубце. Наряду с нервыми волокнами в тканях рубца на втором месяце и позднее после операции удается найти и нервные клетки.

Таким образом, при обширных дефектах мочевого пузыря колоцистопластика демукозированным отрезком может явиться надежным способом их закрытия. Регенерация слизистой мочевого пузыря и нервно-сосудистого аппарата происходит в довольно короткие сроки. После операции резорбция электролитов мочи мышечной стенкой демукозированного трансплантата мала и не приводит к развитию гиперхлоремии и азотемии.

УДК 616.71—018.46—002—616.716.1—616.716.4

**Канд. мед. наук Ф. С. Хамитов (Казань). Хронические остеомиелиты челюстей по материалам клиники**

Мы проанализировали материалы исследования 256 больных хроническими остеомиелитами челюстей, у 16 из которых были радиоостеомиелиты. Наряду с хроническими одонтогенными остеомиелитами челюстей встречаются и остеомиелиты челюстей, которые обусловлены применением лучистой энергии для лечения опухолей челюстно-лицевой области. Такие поражения челюстей именуются как лучевые остеомиелиты или радиоостеомиелиты. Клиническое течение хронических одонтогенных остеомиeli-