

резекцию тонкого кишечника (более 1 м), 45 — резекции желудка различных типов. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц в возрасте от 22 до 47 лет.

Об усвоении витамина B_{12} — ^{58}Co судили по результатам пробы Шиллинга. Усвоение витамина B_{12} — ^{58}Co у здоровых лиц составляло $21,2 \pm 1,1\%$ (17,8—22,5%). У 20 из 28 обследованных с хроническим гепатитом было зарегистрировано нарушение абсорбции витамина B_{12} в кишечнике, причем при легкой форме хронического гепатита усвоение витамина было снижено до $18,6 \pm 1,2\%$ ($P > 0,05$), средней тяжести — $16,2 \pm 1,8\%$ ($P < 0,05$), тяжелой форме — $12,3 \pm 1,4\%$ ($P < 0,001$); при циррозах печени — $13,6 \pm 1,4\%$ ($P < 0,01$). Наибольшие нарушения всасывания витамина наблюдались при тяжелом течении цирроза, сопровождающегося асцитом, выраженной гепатомегалией и анемией.

У больных хроническими гипоацидными гастритами также выявлено снижение всасывания витамина B_{12} — ^{58}Co в кишечнике до $17,1 \pm 0,9\%$ ($P < 0,05$). При сопоставлении степени нарушения всасывания витамина с концентрацией гастромукопротеина в желудочном содержимом была установлена прямая корреляционная зависимость ($r = 0,698$; $P < 0,05$).

У всех 12 больных, перенесших резекцию тонкого кишечника, было снижено всасывание B_{12} — ^{58}Co ($10,4 \pm 1,8\%$; $P < 0,001$). Установлено, что резорбция витамина в большей степени нарушалась после удаления дистальных отделов тонкого кишечника, чем проксимальных, причем эта закономерность проявлялась независимо от обширности резекции тонкой кишки.

Выраженность нарушений абсорбции витамина B_{12} — ^{58}Co зависела от типа произведенной на желудке операции. Из 18 больных, которым была выполнена операция по Бильрот I, умеренное снижение всасывания отмечено у 11 ($17,2 \pm 1,8\%$; $P < 0,05$). При операции типа Бильрот II отклонения от нормы определялись чаще и были выявлены у 19 из 23 обследованных ($14,5 \pm 1,3\%$; $P < 0,01$). После гастроэктомии (рак желудка) всасывание витамина было резко нарушено у всех 4 больных ($5,9 \pm 0,8\%$; $P < 0,001$).

Исследования показали, что хронические заболевания системы пищеварения, а также оперативные вмешательства на органах пищеварения сопровождаются изменениями абсорбции витамина B_{12} — ^{58}Co в кишечнике. Таким образом, истощение тканевых депо витамина B_{12} находится в прямой зависимости от тяжести основного патологического процесса и объема проведенных операций.

УДК 617.55—089.8

В. Г. Сахаудинов, Ш. Х. Ганцев, Г. Н. Ипполитов, Е. И. Сендерович (Уфа). Сочетанные операции в абдоминальной хирургии

Совершенствование хирургической техники, достижения анестезиологии и реаниматологии привели к широкому внедрению в практику сочетанных операций. Однако до сих пор не существует общепринятой оценки возможности их выполнения, выбора доступа и последовательности манипуляций на различных органах.

Нами изучены истории болезни 190 больных, которым были выполнены сочетанные операции на органах брюшной полости в 1974—1984 гг. по абсолютным и относительным (профилактические, вынужденные) показаниям.

За 1984 г. было произведено около 600 операций на органах брюшной полости, из них у 28 (мужчин — 9, женщин — 19) больных (в основном среднего возраста) — сочетанные. В экстренном порядке прооперировано 12 больных, в плановом — 16.

Особую сложность представляет диагностика хирургических заболеваний у больных, поступающих в экстренном порядке, что объясняется небольшим временем предоперационного обследования и применением ограниченного количества дополнительных методов исследования. По нашим данным, лишь у одного из 12 больных, госпитализированных экстренно, было диагностировано два заболевания, тогда как у 15 из 16 плановых больных диагноз сочетанной патологии органов брюшной полости был установлен до операции.

Широко применяемое в экстренной хирургии местное обезболивание не обеспечивает достаточных условий для выполнения сочетанных операций. Из 12 экстренных вмешательств лишь одно было начато под наркозом. В 9 случаях возникла необходимость перехода от местной анестезии к общему обезболиванию, у 2 больных операцию удалось завершить под местной анестезией. При проведении 10 плановых операций использовано общее обезболивание, при 6 — местная анестезия.

Важным условием благоприятного исхода сочетанной операции является правильно выбранный операционный доступ. Наш опыт показал рациональность широкой срединной лапаротомии: этот доступ наименее травматичен, при необходимости может быть расширен, обеспечивает проведение последовательной ревизии органов брюшной полости и забрюшинного пространства и выполнение любой, в том числе и сочетанной, операции в брюшной полости.

Последовательность операций при сочетанном хирургическом вмешательстве должна определяться известными правилами: начинать следует с операции, более сложной и менее инфицирующей брюшную полость, причем переход от одного вмешательства к другому должен сопровождаться полной сменой операционно-

белья хирургов, перчаток. Строгое соблюдение правил асептики уменьшает количество послеоперационных осложнений.

Из числа экстренно оперированных больных 8 произведены резекция правого яичника и аппендэктомия, причем последняя была выполнена по относительным показаниям; 2 — ушивание разрыва левого яичника и аппендэктомия (также по относительным показаниям); у одной больной — резекция левого яичника, аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита и резекция дивертикула Меккеля, который был также деструктивно изменен (абсолютные показания для выполнения сочетанной операции).

В плановом порядке наиболее частыми были операции по поводу грыж двойной локализации (5), 3 больным произведены холецистэктомия и резекция желудка, 2 — холецистэктомия и селективная проксимальная ваготомия, 2 — грыжесечение и холецистэктомия, 1 — резекция кисты яичника и маточной трубы и холецистэктомия из двух доступов, что было обусловлено диагностикой заболевания органов малого таза лишь в ходе операции. Холецистэктомия и иссечение отвислой брюшной стенки выполнены 1 больной, паховое грыжесечение и иссечение варикозно-расширенных вен нижних конечностей — 1. И, наконец, одной пациентке проведены холецистэктомия и еюноилеальное шунтирование по поводу ожирения IV ст.

Таким образом, сочетанные операции имеют ряд положительных моментов: во-первых, это щажение психики больного — он находится однократно в больничной обстановке, его однократно обследуют и оперируют. Во-вторых, пациент пребывает в состоянии временной нетрудоспособности более короткий срок; поэтому уменьшаются расходы, связанные с лечением и пребыванием в больнице.

УДК 616.34—007.64—06:616.34—007.43—031:611.957

Г. М. Чекаев (Казань). Ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже

Среди осложнений, связанных с наличием дивертикула Меккеля, встречается и его ущемление в паховой грыже, что является редкостью. Это обстоятельство и трудность диагностики побудили нас поделиться нашим наблюдением.

Э., 15 лет, поступил 19.11.82 г. в хирургическое отделение с диагнозом: ущемленная правосторонняя паховая грыжа через 1 ч 40 мин с момента ущемления.

Состояние удовлетворительное, больной правильного телосложения. Температура тела — 36,9°, частота пульса — 76 уд. в 1 мин, АД — 14,6/9,3 кПа. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный в паховой области, где имеется грыжевое выпячивание размером 6 × 4 см, не вправляемое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Симптом Щеткина—Блумберга отрицательный. Перистальтика кишечника сохранена.

После вскрытия грыжевого мешка обнаружено мешковидное образование 3 × 2 см синюшно-красного цвета со множественными слепыми гроздевидными выростами округлой и неправильно-округлой формы до 0,5 см в диаметре на ножке диаметром 1 см без собственной брыжейки.

Рассечено наружное паховое кольцо. Дивертикул расположен на противобрыжеечном крае неизменной петли тонкой кишки. С учетом узкого основания дивертикула выполнены дивертикулэктомия с погружением культи дивертикула кисетным швом и грыжесечение с пластикой пахового канала по Мартынову. Наложены швы на рану. Послеоперационный период протекал без осложнений. Осмотрен через 6 мес. Жалоб нет. Здоров.

УДК 618.3—008.6—089.584

А. П. Марусов, Е. П. Соловьева, Н. А. Сучкова, Р. Н. Александровская, Н. П. Леванова (Саранск). Лечение электросном беременных с легкими формами позднего токсикоза

Для лечения легких форм позднего токсикоза (претоксикоз и нефропатия I ст.) у 97 беременных на сроке 37—39 нед мы применили метод электроанальгезии. Диагноз ставили на основании клинических и лабораторных данных. Первобеременных было 60, повторнобеременных первородящих — 14, повторнородящих — 23. По возрасту беременные распределялись следующим образом: до 20 лет — 17, 21—25 лет — 27, 26—30 лет — 20, 31—35 лет — 18, старше 35 лет — 15 женщин. Юных первородящих было 6, первородящих старшего возраста (после 30 лет) — 15.

Изучение соматического и акушерско-гинекологического анамнеза выявило значительную его отягощенность. 67 женщин перенесли 2—3 инфекции детского возраста (корь, скарлатину, эпидемический паротит, ветряную оспу). Склонность к простудным заболеваниям отмечена у 53, причем наиболее часто возникали ангина и хронический тонзиллит. Инфекционным гепатитом переболели 7 женщин. Инфекция мочевыводящих путей имела место у 17 женщин. Оперативные вмешательства по поводу различных заболеваний перенесли 11 беременных.

Нарушения в становлении менструальной функции выявлены у 16: у 9 — со спонтанной нормализацией, у 7 — после медикаментозной коррекции. 3 женщины