

дов и средств остановки кровотечения и желчеистечения, что приводит к несостоятельности и рубцовым деформациям желчеотводящих анастомозов. Кроме того, жесткие требования, предъявляемые к обеспечению гемостаза и герметизации желчных протоков, определяются ограниченным доступом к объектам хирургического вмешательства, их малыми размерами и аномалией желчных путей. Особый интерес в этом плане представляет лазер как средство, способное улучшить качество операций на внепеченочных желчных путях, благодаря режущим свойствам и возможности осуществлять биологическую сварку.

Впервые СО<sub>2</sub>-лазер при хирургическом вмешательстве на желчных путях был применен А. А. Вишневым. Максимальный эффект лазерного излучения возможен только при использовании специальных хирургических инструментов.

Совместно с клиникой лазерной хирургии ЦНИЛ 4-го Главного управления Минздрава СССР определен комплект следующих инструментов для любого из типовых вмешательств на внепеченочных желчных путях при помощи лазера: инструменты для лазерной пункции общего желчного протока с использованием культи пузырного протока, для лазерного рассечения стенки общего желчного протока, для лазерного рассечения стенки общего желчного протока без предварительной холецистэктомии, когда нельзя использовать пузырный проток для пункции, для лазерного рассечения трубчатых органов малого диаметра, для лазерной папиллосфинктеротомии с оливами, для лазерной пункции и рассечения стенки двенадцатиперстной кишки.

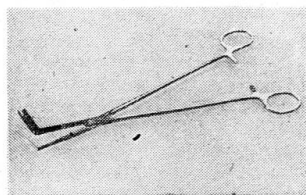
Инструменты для лазерной хирургии выполнены на базе серийных зажимов с целью обеспечения легкой компрессии тканей, редукции кровотока без травмирования ткани, ориентации лазерного луча на предполагаемую линию разреза и защиту подлежащих органов от случайного поражения лазерным лучом (см. рис.).

Обязательными элементами рабочей части верхней branши перечисленных инструментов является продольная прорезь, в которую подается луч лазера, и направляющая для перемещения наконечника светопровода лазерной хирургической установки. Нижняя branша имеет различный профиль в зависимости от анатомического строения оперируемого органа и назначения зажима.

Макетные образцы инструментов испытаны в экспериментах на животных. В таблице приведены сравнительные результаты папиллосфинктеротомии, выполненной лазерным лучом и обычным способом.

Как видно из данных таблицы, количество послеоперационных осложнений при папиллосфинктеротомии существенно уменьшается в результате лазерного рассечения, повышается надежность и безопасность операции, сокращается время ее выполнения. Морфологические исследования позволяют заключить, что заживление раны происходит без образования грубых рубцов и деформации по типу первичного натяжения.

Таким образом, лазерный луч является эффективным средством остановки кровотечения и желчеистечения, а создание специальных медицинских инструментов значительно увеличивает возможности лазерного излучения и способствует внедрению лазерной техники в широкую хирургическую практику.



Инструмент для лазерного рассечения стенки холедоха.

#### Послеоперационные осложнения у животных после папиллосфинктеротомии

Характер осложнения	Лазерная папиллосфинктеротомия (20 животных)	Папиллосфинктеротомия, выполненная обычным способом (20 животных)
Кровотечение из рассеченной папиллы	—	11
Забрюшинная гематома	—	5
Папиллит	1	10
Послеоперационный панкреатит	—	4
Абсцесс брюшной полости	—	2
Стриктура папиллы	—	3

Примечание. Эксперименты проводились в клинике лазерной хирургии ЦНИЛ 4-го Главного Управления при Минздраве СССР.

УДК 616.346.2—089.87—06:616.34—005.1

#### Н. А. Мизуров (Чебоксары). Внутрикишечные кровотечения после аппендэктомии

У 2 из 5300 больных, оперированных по поводу аппендицита, мы наблюдали кровотечения в просвет толстого кишечника.

К., 48 лет, поступила с диагнозом острого аппендицита 20.02.78 г. в 12 ч. За 5 ч до поступления появилась острая боль в правой подвздошной области. Клинически определяется картина острого аппендицита. Произведена срочная операция под местной анестезией. Удален флегмонозно-измененный червеобразный отросток. Основание отростка перевязано кетгутом. После обработки йодом культи отростка погружена кисетным и Z-образным швами.

В 9 ч следующего утра состояние тяжелое: больная бледная, лицо покрыто холодным потом. Пульс едва прощупывается, частота 130—140 уд. в 1 мин. АД—10,6/6,6 кПа (80/50 мм рт. ст.). Нб—1,1 ммоль/л. Из прямой кишки выделилось много крови. В 9 ч 40 мин больная срочно прооперирована. Слепая и восходящая кишки заполнены кровью. Сняты швы с купола слепой кишки. Кетгутовая лигатура разволочена, ослаблена. Обнаружено кровотечение из культи червеобразного отростка. Гемостаз. 15.04.78 г. больная выписана из отделения с выздоровлением.

Т., 16 лет, поступил в хирургическое отделение 16.01.84 г. с диагнозом острого аппендицита. Под местной анестезией разрезом по Волковичу—Дьяконову вскрыта брюшная полость. Флегмонозно-измененный отросток был выведен в рану, брыжейка его перевязана, культя отростка лигирована кетгутом и погружена кисетным и Z-образными швами. Через 15 ч после операции появились общая слабость, головокружение, шум в ушах, обильный черный стул. Кожные покровы бледные. Частота пульса—110 уд. в 1 мин. АД—12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). Обильный стул малоизмененной кровью повторился еще дважды. В ампуле прямой кишки—сгустки свежей крови.

Анализ крови: Нб—1,4 ммоль/л, эр.— $2,55 \cdot 10^{12}$  в 1 л (до операции Нб—1,9 ммоль/л, эр.— $4,0 \cdot 10^{12}$  в 1 л). Назначена гемостатическая терапия. Внутривенно введены растворы хлористого кальция, эпсилонамнокапроновой кислоты, викасола. Перелито 450 мл однокрупной крови. Несмотря на проводимую терапию, из прямой кишки выделилось еще около 500 мл крови. Под интубационным наркозом произведена релапаротомия. Толстый кишечник на всем протяжении заполнен кровью. После снятия Z-образного и кисетного швов культи отростка вывернута в рану, при этом выявлено ослабление кетгутовой лигатуры. Кровотечение происходило из стенки культи. Гемостаз. Перитонизация культи двухрядным узловым серо-серозным швом. Во время операции перелито 500 мл крови и 400 мл полиглюкина. Выписан 28.01.85 г. в удовлетворительном состоянии (Нб—1,7 ммоль/л).

Больные обследованы после операции через 1 мес (ректороманоскопия, ирригоскопия). Патологии со стороны толстого кишечника не обнаружено. Считаем, что причиной кровотечения были технические погрешности при операции.

Необходимо помнить, что внутрикишечные кровотечения являются редким, но вполне возможным осложнением с опасными для жизни последствиями. Источник кровотечения следует в таких случаях искать в области инвагинированной культи отростка. Только ранняя релапаротомия и своевременно предпринятая остановка кровотечения могут обеспечить благоприятный исход кишечных кровотечений после аппендэктомии.

УДК 616.346.2—002—02:616.381—002—053.31—089.87

### С. Н. Николаев (Чебоксары). Аппендикулярный перитонит у новорожденного

Дооперационная диагностика острого аппендицита в периоде новорожденности представляет значительные трудности. Оперативное вмешательство таким детям проводится, как правило, в поздние сроки на фоне перитонита или диагноз подтверждается лишь на аутопсии. В настоящее время в отечественной литературе аппендицит описан лишь у 44 новорожденных.

В связи с редкостью заболевания, отсутствием патогномичных симптомов, что затрудняет дифференциальную диагностику аппендицита у новорожденных, мы считаем необходимым сообщить о нашем наблюдении.

Н. родилась в срок от первой беременности с массой тела 3700 г. Беременность у матери протекала с токсикозом, выраженными явлениями ОРВИ при поступлении в родильный дом. Течение родов без осложнений. В момент первого осмотра отмечен увеличенный в размерах живот ребенка. К груди приложена через 6 ч после рождения, сосала хорошо, срыгиваний и рвоты не было, стул был, мочилась. 24.10.84 г. общее состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38°, девочка стала вялой, адинамичной. Нарастали бледность кожных покровов и дыхательная недостаточность, вздутие живота. В родильном доме проводились инфузионно-трансфузионная, десенсибилизирующая, антибактериальная терапия, медикаментозная стимуляция моторики кишечника. 25.10.84 г. двукратно был непереваренный жидкий стул, прогрессировало вздутие живота.

Выполнен обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости: обнаружены свободный газ под диафрагмой, множественные уровни жидкости с газовыми пузырями. Состояние продолжало ухудшаться, и девочка была переведена в детское хирургическое отделение.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы с иктеричным оттенком, выраженный цианоз лица и акроцианоз, эксикоз и токсикоз. В легких жесткое ослабленное дыхание, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания—56 в 1 мин, тахикардия до 170 в 1 мин. Живот резко увеличен в объеме, передняя брюшная стенка отчетна, подкожная венозная сеть расширена, в нижних отделах—гиперемия, которая распространяется на половые губы и бедро. Перкуторно в верхних отделах брюшной полости определяется тимпанит, в нижних—укорочение звука.