

содержание билирубина — 8,6 мкмоль/л, мочевины — 2,53 ммоль/л.

Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, отн. пл. — 1021, л. — 1–2 в поле зрения.

25.10.1988 г. под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесредне-срединная лапаротомия с ревизией внутренних органов брюшной полости. Желчный пузырь расположен слева, содержит конкремент.

Произведена холецистэктомия от шейки, ложе пузыря перитонизировано кетгутowymi швами. Рана полностью ушита наглухо.

Препарат: желчный пузырь (8 x 4 x 4 см) с плотными толстыми стенками, содержит желчь оливкового цвета и пигментный конкремент (1,5 x 1 см).

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 10-е сутки, заживление произошло первичным натяжением. Пациентка выписана 04.11.1988 г. в удовлетворительном состоянии.

Анализ крови и мочи: Нб — 132 г/л, л. — 7,4 · 10⁹/л; уровень мочевины — 3,3 ммоль/л, билирубина — 8,9 мкмоль/л. Моча светло желтая, прозрачная, отн. пл. — 1024, л. — 1–2 в поле зрения.

Больная была осмотрена через 4 года: жалоб нет; послеоперационный рубец гладкий.

УДК 616.342+616.37—089.85—06:616.34—007.253—08—059

А.Л. Ломоносов, Ю.С. Соколов, А.А. Голубев, А.Г. Еремеев, С.П. Бондаренко, С.В. Волков (Тверь). Комплексное лечение больного с множественными наружными кишечными свищами после панкреатодуоденальной резекции

Актуальность проблемы лечения несформированных наружных кишечных свищей (ННКС) не вызывает сомнений, поскольку общая летальность колеблется от 2,8 до 34%, а послеоперационная — достигает 72%. Обоснована необходимость проведения комплексной терапии, выбор элементов которой определяется в каждом конкретном случае. Важной составной частью этого комплекса являются мероприятия по созданию и поддержанию гипералиментации путем сочетания различных вариантов энтерального и парентерального питания, что наиболее приемлемо в сложных экономических условиях. Закрытие больших дефектов передней брюшной стенки представляется не менее важной проблемой лечения ННКС и требует поиска новых подходов в своем решении. В этой связи представляет интерес следующее клиническое наблюдение.

В., 57 лет, 11. 01.1989 г. оперирован по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи. Произведены холецистэктомия, идеальная холедохолитомия, биопсия ткани фатерова соска. При гистологическом исследовании выявлен рак фатерова соска, по поводу которого 06.02.1989 г. выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Течение послеоперационного периода осложнилось аррозивными наружными и внутренними кровотечениями из ветвей панкреато-двенадцатиперстной и собственной печеночной артерий,

что потребовало операций 11 и 24 февраля, а также 2 марта 1989 г.

08.03.1989 г. у пациента открылись несформированные тощекишечные свищи, свищ поперечной ободочной кишки и панкреатический свищ, сообщавшиеся с внешней средой через большой дефект передней брюшной стенки (эпигастральная область). В связи с этим пациент был переведен в отделение хирургической инфекции ОКБ. В эпигастральной области у него была обнаружена рана (20x15 см), дном которой являлись печень, петля тощей кишки с двумя свищами диаметром до 5 см, культи желудка и поперечная ободочная кишка. Дебит свища достигал до 2100 мл/сут. При приеме красителя через рот изменение цвета химуса наступило через 10 минут.

Анализ крови: Нб — 91 г/л, л. — 4,3 · 10⁹/л, п. — 8%, с. — 77%, лимф. — 10%; СОЭ — 33 мм/час.

Умеренная гипопротейнемия (общий белок — 51,5 г/л). За сутки с мочой выделилось 339,5 ммоль мочевины и 9,9 ммоль креатинина.

При поступлении в отводящую свищесущую петлю при помощи гастроскопа был установлен назоеюнальный зонд, а также выполнена внекишечная обтурация. В последующем трансфистулярно в отводящую свищесущую петлю был введен питательный зонд с раздувным баллончиком на конце. В течение 65 дней больному проводилась предоперационная подготовка, включавшая жидкостно-электролитную реанимацию, комбинированное энтеральное и парентеральное питание. Внутривенно вводилось до 2000 ккал в сутки и до 11 г азота в виде смесей аминокислот; трансфистулярно — 20% белковой энпиты, гидролизат казеина, консервированная свинья и собственная желчь, ферменты поджелудочной железы, энтерально — до 3100 ккал и 120–140 г белка в сутки (режим гипералиментации).

После очищения гнойной раны и заполнения ее грануляциями 12.05.1989 г. пациент был прооперирован. В процессе операции поперечная ободочная кишка со свищем, петля тощей свищесущей кишки и культи желудка были отделены от краев дефекта передней брюшной стенки. Выявлено, что культи поджелудочной железы открывалась в гнойную полость. Отдельно на тощей кишке обнаружены 2 свища, в которые открывались гастроэюно-и холедохоеюноанастомоз. Кишечный свищ тощей кишки в области "малой кривизны" культи желудка иссечен с резекцией тощей кишки в этом месте, концы пересеченной кишечной петли ушиты наглухо. Свищ тощей кишки в области холедохоеюноанастомоза и свищ поперечной ободочной кишки ушиты узловым двухрядным швом. Дефект передней брюшной стенки закрыт развернутой сверху брыжейкой поперечной ободочной кишки, самой кишкой и односторонне отключенной петлей тощей кишки между холедохоеюноанастомозом и культей желудка путем подшивания их к краям дефекта. Панкреатический свищ дренирован через верхний угол раны. Выполнена свободная электродерматомная пластика раны кожей левого бедра.

В комплексе послеоперационной терапии в течение 6 суток пациенту внутривенно были введены до 2000 ккал/сут 20% раствор глюкозы и

№ 11 г в сутки азота в виде смесей. С 7-х суток после восстановления функции желудочно-кишечного тракта больному назначено комбинированное энтеральное (диета № 5) и парентеральное питание с суммарным введением до 3800 ккал/сут и 160 г белка в сутки. Течение послеоперационного периода осложнилось острым сепсисом, двусторонней септической пневмонией.

После излечения, заживления раны, формирования панкреатического свища 07.06.1989 г. пациента выписали для продолжения домашней диетотерапии. При выписке анализы крови показали легкую гипохромную анемию (Hb — 104 г/л) и гипопроотеинемию.

Больной осмотрен через год: при изучении антропометрических и биохимических показателей нарушений питания не выявлено, панкреатический свищ имел незначительный дебит, контактный дерматит был невыражен. Рекомендовано оперативное закрытие свища, от которого больной отказался.

УДК 617.55—001—02:617.553—005.1—07

С.В. Добровкашин, А.Х. Давлетшин (Казань). Особенности клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота

В структуре травм мирного времени закрытого повреждения живота и забрюшинного пространства встречаются в 1,5—4% случаев. Многие вопросы их диагностики требуют дальнейшей разработки. В данной статье мы описываем лишь клиническую диагностику данной патологии, не останавливая своего внимания на использовании инструментальных методов (инвазивных и неинвазивных). По нашему мнению, клиническая картина имеет определяющее значение в процессе диагностики любой неотложной патологии органов живота. Наши наблюдения основаны на анализе 100 историй болезни пострадавших, которых лечили в отделении неотложной хирургии больницы скорой медицинской помощи г.Казани, а также на данных литературы.

Сложная картина забрюшинного кровоизлияния складывается из симптомов шока, внутреннего кровотечения и "острого живота", что крайне затрудняет диагностику. Истинная картина тяжелого состояния пострадавшего иногда остается длительное время нераспознанной, и это ведет к ненужному оперативному вмешательству. В то же самое время отказ или промедление с операцией, когда имеются подозрения на повреждение органов брюшной полости с продолжающимся кровотечением, может оказаться роковым.

Шок встречается у 68% пострадавших, при этом он отличается тяжестью, продолжительностью и трудно поддается лечению. Это объясняется тем, что излившаяся кровь раздражает большое рецепторное поле забрюшинного про-

странства, нарушает сосудистые рефлексы и ведет к перераспределению крови во внутренних органах.

"Острый живот" при забрюшинных кровоизлияниях проявляется чрезвычайно разнообразно: это постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не меняющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса), ранний парез кишечника в первые 6 часов. Симптом Джойса является на стороне забрюшинного кровоизлияния. Боли при забрюшинной гематоме имеют локальный характер, часто иррадируют в спину и, как правило, стихают в течение первых суток. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Более постоянным признаком забрюшинного кровоизлияния является парез кишечника, который наблюдается в ранние сроки после травмы и не сопровождается выраженными перитонеальными явлениями. Вздутие кишечника из-за рефлекторного пареза, особенно в первые часы после травмы, наблюдается чаще, чем при повреждении внутренних органов. Вследствие всасывания крови из забрюшинного пространства имеют место ранние признаки эндотоксикоза.

Кровопотеря при забрюшинных кровоизлияниях может быть выражена в той или иной степени (от нескольких миллиметров до нескольких литров) и не отличается от таковой при повреждении органов живота.

Таким образом, знание особенностей клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота облегчит процесс их распознавания и поможет врачу выбрать оптимальный способ лечения.

УДК 616.14—007.63+616.13—004.6]—073.75:616—032:611.14

В.А. Фоминых, В.Х. Алханов (Казань). Потенцированная анестезия при ангиографических исследованиях

При выполнении рентгено-эндоваскулярных исследований (РЭИ) под местной анестезией пациенты нередко испытывают боль, что на фоне эмоционального напряжения приводит к значительным стрессовым реакциям. Сопутствующая артериальная гипертензия у больных с патологией сосудистой системы существенно повышает риск ангиографического исследования (АИ). Кроме того, больные часто находятся в вынужденном положении, со сдавленной грудной клеткой или в положении навзничь с подложенным под живот валиком. Пациенты с низким порогом болевой чувствительности и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией не могут долго пребывать в таком положении. Выбор адекватного и