

УДК 616.34—007.43—032.611.26—089.844

О.В. Галимов, Э.Н. Праздников (г. Уфа). Способ хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы

Одним из распространенных и трудно поддающихся лечению осложнений после операций по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы является его сужение, сопровождающееся дисфагией и выраженным болевым синдромом. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия включает фундопликацию и ушивание пищеводного отверстия диафрагмы на зонде под контролем пальцев хирурга, введенных в пищеводное отверстие. Полученные при этом данные не могут быть использованы для объективной оценки степени сужения пищеводного отверстия диафрагмы, необходимой для устранения грыжи и достаточной для нормального функционирования пищевода-желудочного перехода, поскольку индивидуальные анатомические особенности пальцев и их ориентация у каждого конкретного хирурга весьма переменчивы.

С целью снижения частоты послеоперационных осложнений путем исключения патологического сужения пищеводного отверстия диафрагмы нами предложен следующий способ хирургического лечения хиатусных грыж — фундопликация и ушивание пищеводного отверстия на зонде с баллоном. Последний фиксирован в желудке в форме шара, который заполнен жидкостью под давлением (не более 100 см H₂O) до объема 18 см.

После выполнения лапаротомии градуированным измерительным устройством (шприц Жане, соединенный с манометром) раздуваем манжетку-шар на зонде, введенном в желудок, до объема 18 см³ при давлении 100 см H₂O и выполняем фундопликацию. Затем раздутый шар поднимаем в кардиальный отдел желудка таким образом, чтобы его диаметр установился в плоскости диафрагмы. Ушиваем пищеводное отверстие диафрагмы на зонде с баллоном, фиксированным в желудке в форме шара. При этом диаметр ушитого пищеводного отверстия будет соответствовать диаметру шара, перекрывающего просвет выходного отдела желудка на уровне пищеводного отверстия (с поправкой на толщину стенок пищевода, которая постоянна и равна 2—3 мм). Диаметр же шара легко рассчитать по формуле:

$$D = 2 \sqrt[3]{\frac{3V}{4\pi}}$$

где D — диаметр, V — объем шара. При закачивании жидкости известной плотности под постоянным давлением в объеме 18 см³ диаметр ушитого пищеводного отверстия составит 3 см, что является наиболее физиологичным. Ограничение давления, под которым в шар закачена вода (100 см), позволяет избежать искусственного растяжения прилежащих анатомических структур (подтверждено экспериментами на трупах). Возможность деформации шара исключает-

ся при визуальном и тактильном контроле хирургом во время операции.

Способ применен в клинике у 70 больных, при этом ни в одном случае не зафиксировано осложнений с патологическим сужением диафрагмы.

УДК 616.34 — 007.272 — 089.8

С.В. Добровкашин, Ю.В. Бондарев, А.Х. Давлетшин (Казань). Редкая форма странгуляционной кишечной непроходимости

Редкие формы странгуляционной кишечной непроходимости постоянно привлекают внимание хирургов. К последним относят ущемленные внутренние грыжи во внутреннем кольце пахового и бедренного каналов, под связкой Трейца, в кольце из червеобразного отростка, в отверстиях диафрагмы, полулуночной линии, запирательном отверстии. Данные формы встречаются в 1—2% всех случаев странгуляционной кишечной непроходимости.

В больнице скорой медицинской помощи г. Казани за последние 10 лет прооперированы 373 человека по поводу странгуляционной кишечной непроходимости, редкие формы которой были выявлены у 5 (1,3%) больных. Вследствие естественного интереса к данной проблеме считаем возможным привести собственное наблюдение.

З., 49 лет, поступил в отделение неотложной хирургии БСМП 24.10.1996 г. через 6 часов после начала заболевания в удовлетворительном состоянии с клиникой острой кишечной непроходимости. В прошлом операций на органах брюшной полости не было.

Анализ крови: л. — 14,7 · 10⁹/л, п. — 4%, с. — 70%, эоз. — 1%, мон. — 18%, лимф. — 7%.

Анализ мочи: светло-желтая, белок отрицательный, эп. пл. — 2, л. — 2.

Рентгенография брюшной полости в положении стоя: умеренно раздутые петли тонкой кишки без горизонтальных уровней жидкости. АД — 140/90 мм Hg, температура — 36,6°С.

Консервативная терапия включала двустороннюю паранефральную блокаду по А.В. Вишневскому, очистительную клизму, зонд в желудок, спазмолитики, инфузионную терапию в объеме 3 л. После лечения больной почувствовал улучшение: появился стул, боли в животе прекратились, рвоты не было. Поскольку показаний к оперативному вмешательству не найдено, продолжены консервативная терапия спазмолитиками и динамическое наблюдение. Проведена проба Шварца. Через 16 часов после поступления у больного вновь стали нарастать явления кишечной непроходимости: вздутие живота, однократная рвота, задержка газов и стула. Рентгенограмма органов брюшной полости показала горизонтальные уровни жидкости, соль бария в толстую кишку не поступала.

В ходе экстренной операции обнаружено: визуально неизменный червеобразный отросток длиной 12 см на короткой брыжейке перетянул подвздошную кишку в виде удавки, вызвав кишечную непроходимость. Отросток тупо отделен от тонкой кишки, проходимость кишечника восстановлена. Выполнены аппендэктомия, интубация тонкой кишки на всем протяжении через нос двухпросветным зондом, дренирование брюшной полости двухпросветной трубкой.

При гистологическом исследовании червеобразного отростка определен катаральный аппендицит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 10-й день, заживление первичное. Выписан на 12-й день после операции. Осмотрен через месяц: жалоб нет, здоров.

Думаем, что приведенный случай редкой формы странгуляционной кишечной непроходимости представляет интерес для хирургов. Острая кишечная непроходимость, вызванная странгуляцией червеобразным отростком тонкой кишки, каких-либо специфических симптомов не имеет. При такой форме даже при неизменном червеобразном отростке обязательна аппендэктомия как лечебная и профилактическая мера.

УДК 616.34—006.311.03—053.2—089.8

П.Н. Гребнев, Я.М. Мустафин, Д.В. Осипов
(Казань). Гемангиома тонкой кишки у ребенка

Гемангиомы тонкой кишки у больных хирургического профиля с заболеваниями желудочно-кишечного тракта встречаются лишь в 0,009% случаев. Кишечное кровотечение нередко бывает первым и единственным признаком заболевания, протекающего длительное время бессимптомно. Крайне затруднительна эта патология и в плане диагностики.

Приводим наше наблюдение.

Б., 6 лет, был доставлен в клинику службой санитарной авиации с диагнозом: анемия тяжелой степени неясной этиологии. На момент поступления имелись жалобы на слабость, головную боль, головокружение, отсутствие аппетита, носовое кровотечение и рвоту, появившиеся два дня назад. В возрасте 2 лет во время обследования для поступления в ясли у мальчика было обнаружено снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. По данному поводу его неоднократно лечили в ЦРБ. При обследовании в гематологическом отделении нашей клиники в ноябре 1994 г. у больного была выявлена железодефицитная анемия тяжелой степени. В январе 1995 г. проведена костномозговая пункция: патологии не определено. В июне-июле 1995 г. находился на лечении в отделении неотложной хирургии № 2 клиники с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии; гельминтоз; дискинезия желчевыводящих путей. Проведены ФГДС, колоноскопия: патологии нет.

Объективно: температура — 37,4°C; АД — 90/60 мм Hg; частота дыхания — 30 в 1 мин. Ребе-

нок вялый, сонливый, кожные покровы бледные, с восковидным оттенком; периоральный цианоз носогубного треугольника, мраморность кожи; язык влажный; подкожно-жировой слой развит слабо. Легкие — перкуторно легочный звук, дыхательные жесткое, проводится с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум в точке Боткина, тахикардия — 142 в 1 мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул на момент поступления не было. Мочиспускание свободное, безболезненное. Был поставлен предварительный диагноз: анемия тяжелой степени.

Общий анализ крови: л. — $9,8 \cdot 10^9$ /л, эр. — $2,1 \cdot 10^{12}$ /л, Hb — 50 г/л, тр. — $368 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 9 мм/ч, н. — 72%, лимф. — 15,6%, мон. — 8,8%, эоз. — 2,8%, б. — 0,3%.

Костномозговая пункция: костный мозг богат форменными элементами, полиморфный. Выражена гиперплазия эритроцитарного ростка. Эозинофилия. Лимфоцитопения. Мегакарициты в достаточном количестве. Уровень общего белка крови — 36,2 г/л, общего Вi — 6,3 мкмоль/л, АСТ — 26 МЕ, АЛТ — 8 МЕ, мочевины — 9,36 ммоль/л. Газовый состав крови: PCO_2 — 31,1 мм Hg, Na — 135,1 ммоль/л, K — 3 ммоль/л, Ca — 0,39 ммоль/л. Содержание сывороточного железа — 5 мкмоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия — 125 в 1 мин, нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ печени, почек, селезенки и рентгенография грудной клетки патологии не выявили.

Системное заболевание крови, по данным анализа пунктата костного мозга, не подтвердилось. Был намечен план лечения: проведение в условиях реанимации заместительной (плазма крови, эритроцитарная масса) и гемостатической (викасол, дицинон, $CaCl_2$, ϵ -АКК) терапии; при отсутствии эффекта от консервативной терапии — операции.

На фоне лечения состояние оставалось тяжелым; после переливания эритроцитарной массы и плазмы возникла аллергическая реакция на коже по типу крапивницы, которая была купирована введением преднизолона, димедрола, хлорида кальция. На 6-й день заместительной терапии состояние по-прежнему оставалось тяжелым. Длительный теобразный стул и анализы крови (эр. — $2,1 \cdot 10^{12}$ /л, Hb — 64 г/л) указывали на продолжавшееся кровотечение.

Произведена операция по поводу возможного кровотечения из дивертикула Меккеля путем поперечного разреза в правой подвздошной области длиной до 8 см. В брюшной полости обнаружено умеренное количество прозрачной серозной жидкости. Червеобразный отросток слегка инъецирован. При ревизии подвздошной кишки на расстоянии 60—70 см от илеоцекального угла выявлена опухоль, напоминающая гемангиому (6×3 см). Сосуды брыжейки, питающие этот участок кишечника, варикозно расширены и извиты. При резекции тонкого кишечника наложен анастомоз “конец в конец”. В верхних отделах тонко-