

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,  $CaCl_2$ ,  $\epsilon$ -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-

го кишечника патологии нет. Произведена попутная аппендэктомия инвагинационным методом. Макропрепарат: удаленный участок тонкой кишки продольно вскрыт, обнаружен изъязвившийся полип (1 x 1,2 см) на слизистой брыжеечной поверхности кишки. Опухоль стенки тонкой кишки со стороны слизистой изъязвлена, на ее поверхности имеются тромботические наложения. Результат гистологического исследования: в подслизистом и мышечном слоях стенки кишки — кавернозная гемангиома, в полиповидном образовании — кавернозно-капиллярная гемангиома с поверхностным изъязвлением.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 15-й день после операции пациента выписали домой в удовлетворительном состоянии.

Как видно из наблюдения, окончательный диагноз был установлен после диагностической операции, поэтому врачам в подобных случаях следует помнить об информативности диагностической лапароскопии, позволяющей обнаружить опухоль кишечника в 50% случаев.

Известны сообщения в отечественной и зарубежной литературе об успешном использовании для диагностики гемангиом тонкой кишки, осложненных рецидивирующим кровотечением, интраоперационной энтероскопии, которая позволяет определять место поражения при совместном осмотре хирургом и эндоскопистом. Для проведения такого исследования выполняется энтеротомия, чаще в 30 см от связки Трейтца: через отверстие в кишке в нее вводят эндоскоп и осматривают всю тонкую кишку. На наш взгляд, это инвазивный метод, поэтому целесообразнее использовать метод трансиллюминации, который обладает не меньшей диагностической ценностью. Литературные данные свидетельствуют, что течение послеоперационного периода обычно благоприятное. Даже вылушивание или иссечение опухоли в отдаленные сроки не приводит к рецидивам.

УДК 616.352—007

### **И.И. Хидиятов, А.В. Куляпин, Р.А. Нигматуллин (Уфа). Инородные тела как причина острого парапроктита**

Доля острого парапроктита в структуре заболеваний толстой кишки составляет 24%. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным путем проникновения инфекции в параректальную клетчатку через крипту и протоки анальных желез. Считается, что острая травма также может привести к развитию парапроктита.

В проктологическом отделении клинической больницы № 21 г. Уфы с 1990 по 1994 г. на лечении находились 1033 пациента с острым парапроктитом. У 11 (1,07%) больных причиной его развития были различные инородные тела, которые повредив слизистую оболочку анального канала в области крипты проникли в параректальную клетчатку. Причиной парапроктита явились

мясные (у 4) и рыбы (у 3) кости, сапожный гвоздь (у 1), арбузное семечко (у 1), семя от яблок (у 1), косточки винограда с рыбьей костью (у 1). У 8 больных был ишеоректальный парапроктит, у 2 — подкожный, у одного — подслизистый. У 8 пациентов парапроктит был передний, у 3 — задний, у 7 — подковообразный. Все больные были прооперированы и после лечения в удовлетворительном состоянии выписаны. Случаев рецидива заболевания не отмечено.

Приводим следующие клинические наблюдения.

В., 60 лет, поступил 05.10.1994 г. в проктологическое отделение с жалобами на боли в области заднего прохода, появление припухлости, высокую температуру до 39°C. Болен в течение 4 суток, когда в области ануса возникли колющие боли, резко усиливавшиеся во время дефекации. Отмечал прожилки крови в кале. За 7 дней до появления болей, будучи в нетрезвом состоянии, больной ел курицу.

При поступлении больного температура тела — 39°C. Пульс — 110 в 1 мин, ритмичный. Анализ крови показал лейкоцитоз до  $16 \cdot 10^9$  г/л.

Объективно: в области ануса определяется болезненный инфильтрат (5×6 см) с явлениями флюктуации. При пальцевом исследовании прямой кишки выявляется болезненное уплотнение спереди от анального канала в ишеоректальном пространстве. Кроме того, обнаружено инородное тело, проникающее в область передней крипты из просвета кишечника в полость абсцесса.

Под внутривенным обезболиванием у больного абсцесс был вскрыт: под давлением выделилось около 8 мл гноя с колибациллярным запахом. При ревизии гнойной полости найден обоюдоострый осколок трубчатой кости размером 5,5×0,6 см. Раневой ход проходил транссфинктерно. Операция завершена проведением лигатуры через раневой ход в область передней крипты. Лигатура прорезалась на 8-е сутки после операции. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Н., 30 лет, поступила 29.10.1994 г. с жалобами на боли в области заднего прохода, появление припухлости, повышение температуры до 38°C. Больна в течение 5 дней.

Объективно: в области ануса спереди определяется болезненный инфильтрат (6 x 3 см) с явлениями флюктуации. При пальцевом и анаскопическом исследовании прямой кишки спереди и слева от анального канала выявлен инфильтрат. В области передней крипты обнаружено свищевое отверстие с гнойным отделяемым.

Под внутривенным обезболиванием у больной парапроктит был вскрыт: выделилось около 10 мл гноя. При ревизии гнойной полости обнаружены более 20 виноградных косточек и рыбья кость размером 1,5 x 0,3 см. Свищевой ход проходил транссфинктерно. Операция завершилась проведением лигатуры через свищевой ход и криптэктомией. Больная была выписана на 13-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, описанные случаи показывают, что причиной острого парапроктита могут