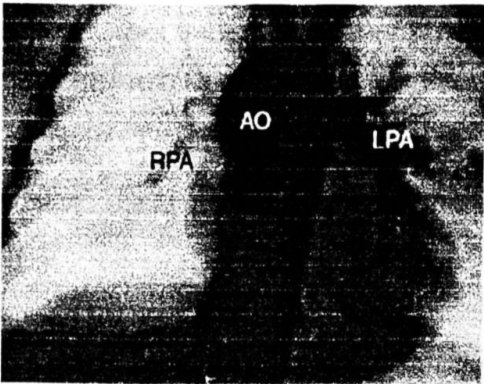


столбчатый шум во втором межреберье слева от грудины и в межлопаточном пространстве. На основании прерывности шума и нетипичной для ОАП мягкости тембра заподозрен сочетанный порок. При электрокардиографии были выявлены миграция наджелудочкового водителя ритма с частотой сердечных сокращений 170 в 1 мин и признаки гипертрофии левого желудочка.

После выполнения эхокардиографии (ЭхоКГ) был установлен диагноз: ДАЛП в сочетании с ОАП, заподозрен стеноз легочной артерии. В проекции продольного сечения сердца определялся дефект между аортой и легочной артерией. При доплеровском исследовании имел место систоло-диастолический поток в проекции ОАП. Фракция выброса левого желудочка составляла 60%, а градиент давления между правым желудочком и легочной артерией — 36 мм Нг. Зондирование полостей сердца подтвердило наличие легочной гипертензии (давление в стволе легочной артерии — 38/10 при системном давлении 76/34 мм Нг) с резким подскоком оксигенации на уровне ствола легочной артерии, однако градиент давления между правым желудочком и легочной артерией не выявлен.



Ангиокардиограмма больного Е., выполненная из проксимальной части аорты. Обозначения: АО — восходящая аорта, LPA — левая ветвь легочной артерии, RPA — правая ветвь легочной артерии.

При ангиокардиографии из восходящей аорты определялся переток контраста в легочную артерию (см. рис.). Из-за высокого риска коррекции порока в условиях искусственного кровообращения (ИК) при массе тела менее 10 кг было решено первым этапом произвести перевязку ОАП. 20.09.1999 г. осуществлена перевязка ОАП диаметром 5 мм (Г.И. Харитонов). Послеоперационный период протекал без особенностей. Однако на контрольной ЭхоКГ признаки легочной гипертензии не уменьшились, сохранялся градиент давления между правым желудочком и легочной артерией, фракция выброса увеличилась до 70%. В связи с риском быстрого развития у ребенка легочной гипертензии возникла необходимость в проведении радикальной операции.

11.11.1999 г. произведены трансаортальная пластика ДАЛП третьего типа (классификация ИССХ им. А.Н. Бакулева) ксеноперикардом и от-

крытая вальвулотомия клапанов легочной артерии в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии (В.А. Луканихин). Наличие градиента давления на легочной артерии, по данным ЭхоКГ, и систолическое дрожание над последней после пластики ДАЛП побудило произвести ревизию легочной артерии и рассечь ее клапаны по двум имеющимся комиссурам. При контроле легочной артерии клапан стал пропускать калибратор № 11 по Кирклину.

В послеоперационном периоде наблюдались явления умеренного гидроторакса, которые были купированы на фоне консервативной терапии.

Описывая этот случай, мы хотим обратить внимание на ценность и преимущества ЭхоКГ исследования, которое позволило заподозрить стеноз легочной артерии, несмотря на отсутствие данных при зондировании полостей сердца. При проведении последнего градиента давления не был выявлен в связи с большим объемом сброса крови из аорты в легочную артерию.

УДК 617.55—003.6—089.878

Р.Ш. Шаймарданов, И.С. Малков, В.Н. Биряльцев, А.М. Зайнутдинов, Х.М. Халилов, Р.Ф. Губаев (Казань). Инородное тело в брюшной полости

В структуре проктологических заболеваний инородные тела в прямой кишке достигают 0,5%. В клинических учреждениях общего профиля инородные тела в прямой кишке встречаются реже.

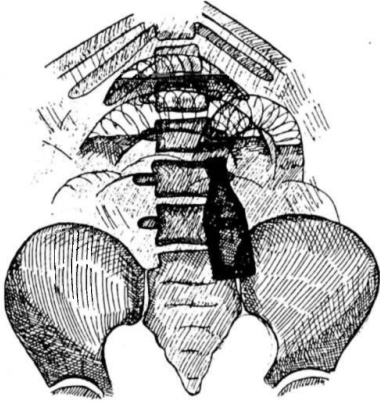
Мы наблюдали больную с инородным телом в прямой кишке, перфорировавшим в брюшную полость.

Б., 18 лет, поступила в отделение неотложной хирургии больницы № 7 23.08.1998 г. в 19 часов 35 минут с жалобами на боли в животе, больше в нижних отделах, общую слабость. С ее слов, за 17 часов до поступления она была избита и изнасилована на улице неизвестными с введением бутылки во влагалище и прямую кишку. За медицинской помощью обратилась только вечером, вызвав службу скорой помощи.

При поступлении находилась в алкогольном опьянении, общее состояние средней тяжести. Кожные покровы, слизистые бледноватые, температура — 38,2°C. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота пульса — 98 уд. в 1 мин, АД — 110/70 мм Нг. Дыхание везикулярное. Язык обложен грязным налетом, сухой. Живот умеренно равномерно раздут, резко напряжен, болезненный во всех отделах, больше в нижних, где пальпируется плотное образование (4 x 6 см), слегка подвижное при пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительны во всех отделах. Диурез не нарушен. Больная осмотрена гинекологом. Per vaginum: стенки влагалища и своды без повреждений. Per rectum: пальпация умеренно болезненна. В пределах досягаемости патологических образований, инородных тел, дефектов стенок не выявлено.

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости — инородное тело в виде бутылки,

явления пневмоперитонеума — симптом «серпа» (см. рис.).



Общий анализ крови: Нб — 139 г/л, эр. — $4,3 \cdot 10^{12}/л$, л. — $20,4 \cdot 10^9/л$, п. — 40%, с. — 46%, мон. — 2%, лимф. — 12%, свертываемость — 3 минуты 50 секунд.

УЗИ органов брюшной полости, почек: без патологии; свободная жидкость не определяется. Диагностированы инородное тело в брюшной полости, разрыв полого органа. Осмотрена анестезиологом. Состояние больной оценено как тяжелое за счет интоксикации, взята на операционный стол через 30 минут после поступления.

Под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. Из свободной брюшной полости извлечена наполовину заполненная перитонеальным выпотом бутылка из-под Петчупа. Во всех отделах брюшной полости — выпот серозно-фибринозного характера с примесью кала. Тонкая кишка умеренно дилатирована. Паритетальный и висцеральный листки брюшины инъецированы, больше в нижних частях брюшной полости. На передней стенке прямой кишки в ректосигмоидальном отделе имеется рваная рана в продольном направлении размерами 6x4 см, не кровоточит.

Разрыв прямой кишки ушит после мобилизации забрюшинной части трехрядным узловым швом в поперечном направлении. Произведены трансанальная интубация прямой кишки, интубация тонкой кишки по Эбботу—Миллеру до илеоцекального угла. В созданный дефект передней брюшной стенки в левой подвздошной области выведена сигмовидная кишка, наложена классическая двухствольная сигмостома. Выполнена санация брюшной полости. Дренажные трубки установлены в малый таз, правый и левый боковые каналы, а марлево-перчаточный дренаж — через правую подвздошную область к ушитой прямой кишке. На рану наложены послойные швы.

Клинический диагноз: разрыв прямой кишки; инородное тело в брюшной полости; распространенный серозно-каловый перитонит, токсическая фаза.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на 12-й день с рекомендациями последующей восстановительной операции через 6 месяцев.

УДК 616.34—007.43—031.611.957—089.844

К.А. Корейба (Казань). Редкий вид ущемленной паховой грыжи

Как известно, крипторхизм встречается у 0,18—3,6% населения. Ущемление неопущенного яичка в паховом канале описано в 1,9% случаев как одно из осложнений крипторхизма наряду с заворотом и злокачественным перерождением (до 15—40%). В 20—80% случаев крипторхизм сочетается с паховой грыжей. Эндокринная недостаточность при крипторхизме встречается в 4—5% случаев.

М., 61 год, поступил в отделение гнойной хирургии 5-й городской клинической больницы г. Казани 09.03.2000 г. Жалуются на боли в правой паховой области; температура тела повышена до 38,0°C, имеет место опухолевидное образование в паховой области. Болен в течение 4 дней.

Из анамнеза: врожденный крипторхизм (неопущение правого яичка), гипертоническая болезнь. Имеет двоих детей.

Объективно: кожные покровы физиологической окраски, язык обложен, влажный. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД — 150/80 мм Hg. Частота пульса — 84 уд/мин, удовлетворительно наполнения. Стул, диурез в норме.

Местно: опухолевидное образование в правой паховой области (10 x 5 см) выше паховой складки, не спускается в мошонку, плотно-эластической консистенции. Пальпация в области проекции наружного пахового кольца резко болезненна. Перистальтика активная. Симптомов раздражения брюшины нет. Левое яичко в мошонке (4 x 2,5 см), плотно-эластической консистенции, овоидной формы, подвижное, безболезненное.

При осмотре: эндокринная недостаточность, выражающаяся при крипторхизме в задержке общего развития, тестикулярной недостаточности, недоразвитии вторичных половых признаков, евнухоидизме или ожирении не выявлена.

Общий анализ крови: Нб — 117 г/л, л. — $7,9 \cdot 10^9/л$; СОЭ — 26 мм/ч, п. — 7%, с. — 63%, эоз. — 2%, мон. — 4%, лимф. — 24%, свертываемость по Сухареву — 5 минут 40 секунд.

Общий анализ мочи: плотность — 1,018, белок — следы, л. — 15—20 в поле зрения, эп. и эр. — единичные в поле зрения.

ПТИ — 85%, мочевины — 4,9 ммоль/л, общий белок — 80 г/л, билирубин — 11,5 мкмоль/л.

Диагноз: острый гнойный орхит справа на фоне крипторхизма; абсцесс передней брюшной стенки. Больному предложена операция. О возможности удаления дистопированного яичка он был предупрежден, на операцию согласен.

09.03.2000 г. произведена экстирпация дистопированного некротизированного яичка и недоразвитой маточной трубы с придатками справа; герниопластика по Кукуджанову; дренирование послеоперационной раны.

Под внутривенным обезболиванием вскрыт паховый канал справа типичным доступом. В паховом канале обнаружены два атрофически измененных образования с очагами некроза и кро-