

1,5—2,0 ( $51,51 \pm 1,77\%$ ,  $P < 0,01$ ) и 5,1—7,0 ( $10,66 \pm 2,44\%$ ,  $P < 0,01$ ), в то время как при среднетяжелой форме статистически достоверные расстройства выявлялись при тех же значениях рН, что и в условиях базальной секреции.

Таким образом, у больных острой дизентерией были обнаружены нарушения протеолитической активности желудочного сока, исследованной при разных значениях рН. Наиболее выраженные изменения были отмечены у больных со среднетяжелым течением заболевания. В периоде реконвалесценции полного восстановления активности пищеварительных ферментов в желудочном соке у обследованных больных не происходило. Изменения протеолитической активности носили у них однотипный характер независимо от периодов и тяжести заболевания, однако степень выявленных нарушений, а также способность восстановления протеолиза у реконвалесцентов находились в прямой зависимости от тяжести течения инфекции.

УДК 617.55—089.48:615.477.88

#### **И. И. Дурда (Червоноармейск, Ровенская область). Методика введения резиновых дренажей в брюшную полость**

Во время операций на органах брюшной полости часто используются дренажи из медицинских перчаток. Введение таких дренажей иногда затруднено из-за выскальзывания их из глубины брюшной полости вслед за вытягиванием корнцанга (пинцета). Для облегчения введения резиновых дренажей в брюшную или тазовую полость мы применяем следующую методику.

Резиновый дренаж (часть резиновой перчатки) складываем в виде гармошки и захватываем первым корнцангом, а проксимальный конец дренажа — вторым. Удерживая оба корнцанга одной рукой, вводим дренаж в брюшную или тазовую полость. Корнцанг, удерживающий «гармошку-дренаж», раскрываем и осторожно вытягиваем из брюшной полости, при этом «гармошка-дренаж» остается в глубине раны, удерживаемая вторым корнцангом. Медленно ретроградно вытягиваем проксимальный конец дренажа вторым корнцангом, расправляя тем самым «гармошку-дренаж» в брюшной полости, затем второй корнцанг раскрываем и удаляем его.

УДК 616.36—008.8—003.7—08

#### **Ю. М. Карлукhin, А. А. Кипенский, А. И. Каитов (Казань). К методике растворения желчных камней хлороформом**

Среди химических веществ для растворения конкрементов различными авторами использовались хлороформ, эфир, гепарин, монооктаноин, таурохолат и др. Для лизиса конкрементов необходим непосредственный контакт химического соединения с желчными камнями. Отмечено, что химические вещества, особенно органические растворители, должны применяться с осторожностью, так как сами по себе они токсичны и могут вызывать обострение гепатита, ограниченные некрозы печени, образование острых дуоденальных язв с кровотечениями и др. Поэтому прежде чем решать вопрос о применении хлороформа для лизиса резидуальных конкрементов холедоха необходимо лабораторными тестами исключить функциональные изменения печени.

При обнаружении резидуальных камней, что было диагностировано по длительному желчеотделению, дебитоманометрией и холангиографией через дренаж холедоха, процедуру целесообразно начинать через 12—15 дней после операции, то есть в тот момент, когда вокруг дренажа сформированы плотные сращения. После проведения наковой пробы скарификатором и получения отрицательных результатов о непереносимости препарата, а также убедившись в растворении камней данного больного *in vitro* приступали к премедикации 2% раствором промедола (1 мл подкожно). При частичной obturации фатерова соска конкрементом для спазма сфинктера Одди и лучшего контактирования хлороформа с камнем целесообразно применять морфин. После отсасывания желчи шприцем из дренажа по нему в холедохах вводили 5 мл хлороформа для наркоза, дренаж пережимали и при отсутствии каких-либо жалоб у больного делали 30-минутную экспозицию. Затем жидкость из холедоха отсасывали и желчные пути промывали теплым 0,25% раствором новокаина. Далее осуществляли холангиоано- и дебитометрию, данные которых сравнивали с таковыми до проведения манипуляции. Растворение камней с восстановлением проходимости фатерова соска контролировали холангиографией или холангиотелескопией, а также количеством желчи, отделяемой через дренаж.

По указанной выше методике были растворены холестерино-пигментные резидуальные камни холедоха у 3 больных. У всех были получены положительные результаты, и каких-либо осложнений при этом не наблюдали. В качестве примера приводим следующую выписку из истории болезни.

К., 46 лет, прооперирована 14.03.84 г. по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза и механической желтухи. Произведены холецистэктомия, удаление камней из холедоха, дренаж по Вишневскому. В послеоперационном периоде по дренажу отошло от 250 до 450 мл желчи. 27.03 выполнена фистулохолангиография через дренаж: холедох диаметром 14 мм, в его терминальном отделе имеется дефект наполнения (конкремент) с радиусом до 4 мм.

Лабораторными исследованиями изменений функций печени не выявлено. 04.04.84 г. введено 5 мл хлороформа через дренаж, после этого количество отделяемой желчи уменьшилось до 200 мл в сутки. 05.04 и 07.04 манипуляция повторена, однако количество отделяемой желчи не уменьшилось. 18.04 вновь введено 5 мл хлороформа в желчные пути — отделение желчи по дренажу постепенно прекратилось. Проведена контрольная фистулохолангиография: холедох диаметром 10 мм, дефектов заполнения нет, контраст свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. 26.04.84 г. дренаж удален. 30.04 больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через год: жалоб нет.

УДК 616.346,2—089.87—053.2

**М. А. Абдулгалимов (с. Б. Матаки, ТАССР). Узлообразование на червеобразном отростке**

В нашей больнице за 10 лет (1976—1985 гг.) были прооперированы 79 детей в возрасте от одного до 10 лет по поводу острого аппендицита. Из них лишь у одного ребенка (1,3%) был обнаружен узел на червеобразном отростке.

Ш., 2 лет, поступила в хирургическое отделение 07.11.86 г. через 3 ч после начала заболевания с жалобами на острые боли в подвздошной области, тошноту, рвоту, понос, головные боли, слабость.

Температура тела — 38,3°, частота пульса — 118 уд. в 1 мин., АД — 16,0/10,6 кПа. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации напряженный, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины и симптом отталкивания руки выражены. Перистальтика кишечника выслушивается, несколько усилена. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В крови лейкоцитов  $12,5 \cdot 10^9$  в 1 л.

Диагностирован острый аппендицит. Больная взята на операцию через 30 мин после госпитализации. Лапаротомия по Волковичу — Дьяконову. В рану излилось до 10 мл мутного выпота с каловым запахом. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком и узлом на его середине багрово-синюшного цвета. Отросток с верхушкой черного цвета покрыт брюшиной со всех сторон, имеет длинную брыжейку, которая и способствовала узлообразованию. После перевязки брыжейки и артерии червеобразного отростка сделана аппендэктомия. Длина червеобразного отростка —  $13 \times 1$  см, стенки отечны, гиперемированы и утолщены, на верхушке — некротические ткани. В просвете отростка — гной. После туалета брюшной полости малый таз дренирован полихлорвиниловой трубкой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 16.11.86 г. Осмотрена через месяц — жалоб нет.

УДК 616.344—007.64—007.272—001.17

**А. Б. Ахмеров, Г. Ф. Арсланов (Казань). Острая кишечная непроходимость при ожоговой болезни, вызванная дивертикулом Меккеля**

Дивертикул Меккеля, являющийся врожденной аномалией кишечника, нередко вызывает различные патологические состояния. В литературе об этом имеются многочисленные свидетельства, однако все связанные с ним варианты патологии представляют определенный интерес и до настоящего времени.

В отделении ожоговой хирургии нам пришлось наблюдать больного с острой странгуляционной кишечной непроходимостью, возникшей на фоне ожоговой болезни вследствие дивертикула Меккеля. Описание подобного сочетания в доступной литературе мы не нашли.

П., 30 лет, поступил в отделение 28.01.86 г. с диагнозом: термический ожог IIIб и IV (местами) степени обеих нижних конечностей, промежности, ягодично-крестцовой области. Был переведен из городской больницы, где находился первые 4 дня после ожоговой травмы. Пострадавший, будучи в нетрезвом состоянии, получил ожог вследствие загорания одежды от электронагревательного прибора. Во время пребывания в ожоговом отделении больной неоднократно подвергался поэтапной некрэктомию ожоговых поверхностей, перенес ампутацию правого бедра в связи с выраженным и прогрессирующим гнойно-некротическим процессом на этой конечности, и в дальнейшем ему было сделано пять последовательных операций дерматомной аутодермопластики (завершающая выполнена 16.05.86 г.).

19.05.86 г. у больного остро возникли схваткообразные боли в области пупка, тошнота, однократные рвоты и жидкий стул, что было вызвано, по мнению самого больного, с погрешностями в питании. После применения спазмолитиков боли полностью прошли, состояние стабилизировалось. Однако утром следующего дня вновь появились острые схваткообразные боли в животе, сопровождавшиеся приступами усиленной кишечной перистальтики и рвотой; перестали отходить газы. АД — 14,6/8,0 кПа, частота пульса — 100 уд. в 1 мин. Язык умеренно обложен, но влажный. Живот болезненный при пальпации, без видимой асимметрии, с мягкой брюшной стенкой и без признаков раздражения брюшины. Анализ крови: Hb — 2,1 ммоль/л, СОЭ — 43 мм/ч, л. —  $6,0 \cdot 10^9$  /л с небольшим нейтрофильным сдвигом. Обзорная рентгенография живота выявила множественные горизонтальные уровни жидкости в тонком кишечнике.

Ввиду наличия признаков механической кишечной непроходимости были определены показания к экстренной операции. У больного к этому времени уже имелись небольшие участки гранулирующей раневой поверхности в области культи правого бедра, крестцовой области, но в целом он был истощен и ослаблен. Биохимические показатели были в основном скорригированы (уровень общего белка — 65,5 г/л, мочевины крови — 4,0 ммоль/л, общего билируби-