

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 — 13×1 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-

на — 20,4 мкмоль/л, калия — 3,3 ммоль/л, натрия — 141,3 ммоль/л). Анализ мочи патологических отклонений не показал.

20.05.86 г. выполнена лапаротомия. Обнаружен дивертикул Меккеля длиной 12 см, коллообразно расширенный в верхней части, который локализовался на стенке подвздошной кишки на расстоянии 50 см от илеоцекального угла и был сращен в области дна с передней брюшной стенкой. Вокруг дивертикула имелись перихлест и заворот петли тонкого кишечника, вызвавшие странгуляционную кишечную непроходимость. Странгуляция была ликвидирована, кишечник расправлен и признан жизнеспособным. Дивертикул иссечен с последующим ушиванием дефекта стенки кишки в области его основания. Осуществлены зондовая декомпрессия тонкого кишечника и туалет брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. 25.06.86 г. после заживления небольших остаточных раневых участков ожоговой поверхности больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном наблюдении органической основой развития механической непроходимости кишечника являлся дивертикул Меккеля. Функциональные расстройства кишечной моторики, довольно характерные для ожоговой болезни, способствовали возникновению этой острой абдоминальной хирургической патологии.

УДК 616.351—006.6—080.8

Н. М. Блишничев, А. В. Адрианов (Куйбышев). Промежностный этап операции при раке прямой кишки

Мы проанализировали результаты выполнения брюшно-анальных резекций прямой кишки у 210 больных. Из них у 190 в анальный канал были низведены различные отделы левой половины ободочной кишки, у 20 была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с созданием одностольного анаса.

Опухоли, расположенные выше 9 см от анаса, резецировали со стороны брюшной полости (36 наблюдений). Для этого мобилизацию прямой кишки с опухолью осуществляли до дна таза преимущественно острым путем под контролем зрения. Кишку перевязывали ниже опухоли, тщательно обрабатывали антисептическими растворами. Через анальное отверстие вводили широкую марлевую полосу, которую вместе с кишкой со стороны брюшной полости дважды прошивали аппаратом УО-60. Между рядами скрепочных швов, ниже опухоли на 5—6 см и выше, в зоне достаточного кровоснабжения кишку пересекали. Марлевая полоска оказывалась фиксированной к культе кишки. Поэтому удавалось эвагинировать культю кишки слизистой оболочкой наружу и сигмовидную кишку низводили через эвагинированный анальный отрезок кишки. На уровне хорошего кровоснабжения низведенную кишку сшивали с прямой кишкой и удерживали снаружи 10—14 дней с помощью кольца из резиновой трубки, а затем анастомоз самостоятельно вправлялся в малый таз. Невправляемый эвагинат, который превышал 2—3 см в длину, предварительно иссекали, слизистую оболочку кишки сопоставляли швами. Этот этап следует выполнять только при полной уверенности в отсутствии активного воспалительного процесса в малом тазу и параректальных тканях. Из 36 операций 34 прошли без осложнений. У 2 больных иссечение избытка низведенной кишки было выполнено при наличии хорошо дренируемых абсцессов пресакрального пространства на 12 и 16-е сутки. Ретракция низведенной кишки в глубь малого таза потребовала создания искусственной колостомы, что, естественно, повлияло на сроки выздоровления.

У 128 больных при небольших опухолях прямой кишки, располагавшихся в пределах 7—9 см от анаса, промежностный этап операции выполняли методом эвагинации. Эвагинационный способ не применяли при крупных опухолях с распространенностью T₃—T₄ и опухолями с нижней границей ниже 6—7 см. С целью абластики и облегчения операции в таких случаях использовали разработанный в клинике переднепромежностный доступ (Г. И. Житлов, 1981) к тазовому отделу прямой кишки (28 наблюдений). Мобилизованную кишку вместе с опухолью выводили через промежностную рану и резецировали. Операцию завершали эвагинацией короткого отрезка прямой кишки и протаскиванием через него подготовленной к низведению сигмовидной кишки.

Прямое сшивание стенки усеченной низводимой кишки со стенкой анального канала по типу «конец-в-конце» было произведено у 22 больных. Однако лишь у 6 из них было достигнуто гладкое заживление анастомоза по типу первичного натяжения; у остальных 16 больных наступило частичное расхождение швов, значительно удлинились сроки лечения и изменились функциональные результаты. При любом способе осуществления промежностного этапа в просвет низведенной кишки рекомендуем вводить на 30—40 см толстый желудочный зонд для декомпрессии кишки, борьбы с послеоперационным парезом, отмывания кишки и предупреждения флегмоны таза при некрозе низведенной кишки.

Хорошее дренирование полости малого таза обязательно. Для этого применяем фракционный метод орошения антисептическими растворами через дренажные трубки, а также метод сквзного подвздошно-промежностного дренирования с активной аспирацией. Дважды в день осуществляем фракционное промывание с активной аспирацией. Трубки удаляем на 5—6-е сутки после операции.

Итак, результаты брюшно-анальной резекции прямой кишки как в онкологическом, так и, особенно, в функциональном аспекте во многом зависят от способа выполнения промежностного этапа операции. Метод эвагинации культы прямой кишки в сочетании с низведением через нее толстокишечного трансплантата является наиболее рациональным завершением брюшно-анальной резекции прямой кишки при расположении опухоли на расстоянии