

хирургическое отделение. В анамнезе гипертоническая болезнь, страдает тугоухостью. Общее состояние при поступлении тяжелое. Кожные покровы бледные. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, пульс 100 уд. в 1 мин., А/Д 160/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. *Per rectum*: ампула прямой кишки пустая, исследование безболезненное. На обзорной рентгенограмме брюшной полости — множественные уровни жидкости («чаши» Клойбера). При экстренной эзофагогастроскопии — опухоль кардиального отдела желудка, блюдцеобразной формы размером 4,0 × 5,0 см, с бугристыми краями, кровоточащая, в просвете желудка — кровь со сгустками, примесью желчи. Имеется стеноз выходного отдела желудка. Заведен назогастральный зонд для декомпрессии и контроля. Начата инфузионная, гемостатическая терапия. При лабораторном исследовании: в общем анализе крови — эритроциты  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Hb — 100 г/л, лейкоциты —  $12 \times 10^9/л$ , СОЭ — 34 мм/час, п/я — 10, с/я — 67, лимфоциты — 17, М — 5. В общем анализе мочи — белок — 0,12 г/л, уд.вес — 1018. Билирубин общий — 17 ммоль/л, АСТ — 36 ммоль/л, АЛТ — 47 ммоль/л, сахар крови — 6,1 ммоль/л. ЭКГ — блокада правой ножки пучка Гисса, гипоксия миокарда. Проводилась дезинтоксикационная, гемостатическая терапия. Предложено оперативное лечение, от которого больной категорически отказался. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: вздутие живота, задержка стула и газов, многократная рвота с примесью темно-зеленого содержимого и крови со сгустками. После проведения инфузионно-трансфузионной терапии произведено оперативное лечение.

Срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости: петли тонкой кишки резко вздуты от связки Трейца на протяжении около 3 м 50 см, не перистальтируют, в просвете — тонкокишечное содержимое. Дистальнее обнаружен конгломерат из петель тонкой кишки с циркулярным некрозом двух петель тонкой кишки, странгуляционная непроходимость. Дистальный отдел тонкой, подвздошной кишки не изменен, сохранена перистальтика. При дальнейшей ревизии обнаружен инфильтрат в области луковицы двенадцатиперстной кишки и желчного пузыря, выраженная рубцовая деформация луковицы с переходом на пилорический отдел желудка. В кардиальном отделе желудка пальпировалось бугристое опухолевидное образование, блюдцеобразной формы, размером примерно 3,0 × 5,0 см с переходом на абдоминальный отдел пищевода. Видимых метастатических очагов в брюшной полости не обнаружено. Выполнена резекция 1,5 метров тонкой кишки с некротически измененными петлями с анастомозом по типу «конец» в «бок» т.е. проксимальный «конец» тонкой кишки вшит в «бок» неизмененного отдела подвздошной кишки, а проксимальный «конец» этого отдела ушит наглухо и оставлен для пищевода соустья. После мобилизации тонкой кишки и подготовки ее для резекции произведено «сдаивание» застойного тонкокишечного содержимого в объеме до 3 литров. Выполнена гастрэктомия с экстирпацией большого сальника, резекцией абдоминального отдела пищевода с анастомозом по Ору-Ханту-Накаямэ, лимфодиссекцией D2. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Проводилась инфузионная симптоматическая терапия, парентеральное питание, декомпрессия с помощью назоэнтерального зонда. Кормление через зонд начато на 6-е сутки послеоперационного периода. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10-е сутки. На 16-ые сутки выписан из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенном случае сочетания экстренной хирургической патологии (острая кишечная непроходимость, желудочное кровотечение из опухоли кардиального отдела желудка, стеноз выходного отдела желудка) у пациента пожилого возраста оказалась возможной радикальная комбинированная операция с благоприятным исходом.

#### РЕЦЕНЗИЯ

При сочетании острой кишечной непроходимости и объемного желудочного кровотечения из опухоли кардиального отдела желудка, стеноза выходного отдела желудка у пациента пожилого возраста оказалось возможной радикальная хирургическая операция.

**А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков, Б.Ц. Бальжинимаев**

### **ЕЮНОСТОМИЯ КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

*Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее сложных проблем в хирургии перитонита остается лечение несформированных кишечных свищей и восстановление непрерывности кишечника после резекции кишки, т.к. при выпол-

нении кишечных швов традиционными способами, в силу выраженного воспаления пищеварительного тракта, нарушения микроциркуляции в кишечной стенке, значительных метаболических нарушений происходит снижение процессов регенерации тканей, что приводит к несостоятельности швов межкиспечного анастомоза (Арсаланов Р.М., 1983; Кулачек Ф.Г., 1986; Корепанов В.И. и соавт., 1995; Тарасенко С.В. и соавт., 2005).

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 47 больных, поступивших в клинику с распространенным гнойным перитонитом, осложнившимся образованием несформированных тонкокишечных свищей, произведена резекция свищнесущей петли тонкой кишки.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

После удаления патологического очага брюшной полости проксимальный конец тонкой кишки вшивали в бок дистального отдела с поперечным разрезом ее стенки. Межкиспечный анастомоз выполняли на любом уровне тонкой кишки, что зависело от локализации несформированного кишечного свища. Свободный дистальный отдел тонкой кишки выводился на брюшную стенку в виде энтеростомы, через которую проводилась декомпрессия дистального и проксимального отделов тонкой кишки зондами, что обеспечивало и раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Всем выполнена лапаростомия с поднаркозными санациями брюшной полости по требованию и последующим ушиванием раны брюшной стенки через все слои на трубках-«амортизаторах», проводилась комплексная интенсивная терапия распространенного гнойного перитонита. Операция выполнялась по экстренным показаниям при появлении признаков тонкокишечного свища. Закрытие энтеростомы (чаще внебрюшинным доступом) проводили после выздоровления в сроки через 1–3 месяца с момента операции. Из 47 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, лечившихся открытым способом с энтеростомией и термилоатеральным межкиспечным анастомозом выздоровление наступило у 38 (80,8 %) больных. Из них выздоровление без осложнений у 14 (29,8 %). Наиболее частым осложнением было нагноение послеоперационной раны – 12 (25,5 %), прогрессирование перитонита – 14 (29,8 %). Летальность этой группы больных составила – 9 случаев (19,1 %).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пришли к выводу о целесообразности применения энтеростомии с термилоатеральным межкиспечным анастомозом (ТМА) после резекции свищнесущей петли тонкой кишки.

#### РЕЦЕНЗИЯ

Таким образом, предложенная методика оперативного лечения несформированных тонкокишечных свищей как источника распространенного гнойного перитонита может быть операцией выбора при данной патологии.

**А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.П. Будашев**

### УШИВАНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

Среди многообразных форм кишечных свищей особое значение, в связи с наибольшей летальностью, имеют несформированные свищи, осложненные перитонитом. Эффективным способом дренирования брюшной полости при распространенном гнойном перитоните в токсической стадии является лапаростомия, но вероятность образования несостоятельности швов межкиспечных анастомозов, кишечных свищей остается достаточно высокой.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты лечения 6 больных с распространенным гнойным перитонитом в токсической стадии, которые осложнились образованием несформированных тонкокишечных свищей независимо от способов дренирования брюшной полости. Мужчин было 4 (66,6 %), женщин – 2 (33,3 %).