

связку, стенозом привратника и желудочно-кишечным кровотечением с кровопотерей легкой степени. Диффузный серозно-фибринозный перитонит.

С учетом наличия крупной язвы на задней стенке двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в головку поджелудочной железы, и высокой вероятности повторения кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде было решено выполнить резекцию 2/3 желудка по Бильрот 1. Брюшную полость санировали 6 литрами физиологического раствора, дренировали резиново-трубчатыми дренажами в 4 типичных точках.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки.

Стеноз привратника и перфорация язвы на современном уровне развития медицины могут быть излечены только хирургическим путем. Кровотечение из дуоденальной язвы у большинства больных может быть устранено консервативно. В то же время высокая вероятность повторения кровотечения из язвы является показанием к срочной операции до развития рецидива кровотечения, так как известно, что умирают от язвенных гастродуоденальных кровотечений именно те пациенты, которые не были своевременно прооперированы. В нашем наблюдении только резекция 2/3 желудка с удалением язвы задней стенки отвечала требованию надежной остановки кровотечения. Остальные осложнения могли быть устранены как путем резекции желудка, так и методом пилоропластики со стволовой ваготомией или ушиванием перфоративной язвы, стволовой ваготомии и наложением гастроэнтероанастомоза. По-видимому, у этого больного были показания к оперативному лечению язвенной болезни в плановом порядке, но они не были своевременно установлены.

Таким образом, больные с сочетанием нескольких осложнений язвенной болезни нуждаются в операции, которая бы адекватно устранила все развившиеся осложнения язвенной болезни.

УДК 616.33—089.87—06:616.34—007.253—089.8

### **Ш.С. Салимзянов (Набережные Челны). Опыт лечения больных с дуоденальным свищом, возникшим после резекции желудка**

Г., 65 лет, поступил в хирургическое отделение БСМП 22.03.2000 г. с жалобами на боли в верхних отделах живота, иррадирующие в спину, тошноту и рвоту после приема пищи. В течение 8 лет больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, многократно лечился в стационарах и амбулаторно. 7 марта он был выписан из хирургического отделения ЦРБ.

При поступлении больной был обезвожен, слабого питания. Начато интенсивное лечение: парентеральное введение электролитов, 5% и 10% раствора глюкозы, белковых препаратов, плазмы крови, витаминов. На рентгенокопии желудоч-

но-кишечного тракта и при ФГДС определена язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,8 S2 см), занимающая задневерхнюю стенку с деформацией луковицы III степени.

5 апреля была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II. Во время операции обнаружено, что язва пенетрирует в головку поджелудочной железы и в желчный пузырь. Луковица двенадцатиперстной кишки сильно деформирована. Культю двенадцатиперстной кишки обработали атипичным способом. На 6-е сутки после операции состояние больного несколько ухудшилось: появились боли в правом подреберье. Вечером повысилась температура тела до 38°C. Несмотря на проведение дезинтоксикационной и антибиотикотерапии состояние больного не улучшилось. Анализы крови показывали палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево.

При осмотре больного определяется болезненность в правом подреберье. Инфильтративных образований, симптомов раздражения брюшины нет. При УЗИ и КТ брюшной полости от 14.04.00 г. были выявлены лишь небольшие инфильтративные изменения в области дуоденальной культи и головки поджелудочной железы. К лечению были добавлены антиферментные препараты, тем не менее состояние больного не улучшилось, а наоборот, усилилась интоксикация организма (анализы крови показали выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево); вечерняя температура тела держалась в пределах 38—39°C.

20.04.00 г. была выполнена повторная КТ брюшной полости: выявлены признаки подпеченочного абсцесса. 20 апреля больной был взят на операцию. Брюшная полость вскрыта косым подреберным разрезом. В правом подпеченочном пространстве обнаружена полость абсцесса, распространяющаяся в правое поддиафрагмальное пространство, в которой находился желчный пузырь, отслоенный из своего ложа из-за перивезикального абсцесса. После вскрытия и санации полости абсцесса была произведена холецистэктомия. Полость абсцесса дренирована сигарообразным дренажем, подведены 2 силиконовые дренажные трубки и микроирригатор для введения антибиотиков.

На 2-е сутки после операции повязка в области дренажа пропиталась желчью, а по дренажам брюшной полости выделилось около 200 мл желчи с панкреатическим соком. Дебит дуоденального сока с каждым днем увеличивался и на 3—4-е сутки после операции достиг 500 мл в сутки, на 5—6-е сутки - 700—800 мл. Несмотря на парентеральное введение большого количества электролитов, плазмы крови, белковых препаратов, состояние больного критически ухудшилось. В связи с этим ему был эндоскопически введен через гастроэнтероанастомоз в отводящий отдел тощей кишки питательный катетер. Через него с помощью шприца вводили выделяемый по дренажам дуоденальный сок, различные питательные смеси, а также одновременно путем парентерального введения свежемороженную плазму крови, 10% растворы альбумина, инфузамина, электролитов и витаминов группы В и С.

Состояние больного несколько стабилизировалось. Дополнительно были назначены сандостатин (аналог соматостатина) по 100 мкг 3 раза в сутки. Дебит дуоденального сока в этот момент составлял 600 мл в сутки. Сандостатин применялся в течение 5 суток. У больного появился аппетит, уменьшилось выделение дуоденального сока по свищу до 50—100 мл в сутки. К лечению также были добавлены панкреатин перорально по 2 таблетки 3 раза в день, пентоксил по одной таблетке 3 раза в день, ретаболил 1,0 в/м один раз в неделю. Больной начал самостоятельно питаться без посторонней помощи. Был удален питательный катетер. Для ускорения реабилитации больного специалисты по ЛФК проводили с ним в постели специальные упражнения. Постепенно больной стал самостоятельно садиться, а затем и ходить. По дуоденальному свищу отделяемое прекратилось, и он полностью закрылся. 23.05.00 г. больной в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение. При осмотре через один месяц состояние больного по-прежнему удовлетворительное, жалоб нет.

УДК 616.34—007.43—031:611.955/957—07—089.8—053.2

**Едиханов И. К. (Нижнекамск). Диагностика и лечение ущемленных грыж у детей младшего возраста**

Среди 36 больных, находившихся в хирургическом отделении детской больницы г. Нижнекамска с 1989 по 1999 г., ущемленная паховая грыжа была выявлена у 35, ущемленная пупочная грыжа - у одной больной. В хирургическом лечении нуждались 20 больных: по поводу ущемленной паховой грыжи справа - 16 человек, слева - 3, ущемленной пупочной грыжи - одна больная. Содержимым грыжевого мешка у 8 больных были слепая кишка с червеобразным отростком, у 4 - петля тонкой кишки, у 3 - сальник, у одного - сигмовидная кишка, у 2 - острый деструктивный аппендицит в ущемленной грыже, у одной - дивертикул Меккеля в ущемленной грыже.

Острый аппендицит в ущемленной грыже встречается относительно редко. Диагностика его сложна. Диагноз устанавливается только во время операции. Именно об этом свидетельствуют и наши наблюдения.

С., 4 месяца, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке в через 10 часов с момента заболевания. Ребенок беспокоен, имеют место двукратная рвота, субфебрильная температура, задержка стула, отказ от еды, наличие пальпируемого образования в пахово-мошоночной области.

Состояние больного при поступлении средней тяжести. Патологические изменения со стороны сердца и легких не выявлены, живот слегка вздут, мягкий, болезненный. При пальпации в правой подвздошной и паховой областях имеется напряженное, невправимое в брюшную полость выпячивание размером 4S5 см, эластической консистенции, кожа мошонки гиперемирована.

После предоперационной подготовки выпол-

нена операция. Содержимым грыжевого мешка был ущемленный илеоцекальный отдел кишечника с червеобразным отростком длиной 5 см. Выпот в полости мошонки геморрагический. Серозный покров кишечника и червеобразного отростка багрового цвета. Отросток резко утолщен, напряжен, покрыт фибрином, верхушка флегмонозно изменена. После рассечения ущемляющего наружного отверстия пахового канала определена жизнеспособность ущемленной части кишки. Произведена аппендэктомия типичным способом, кишка погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит у шейки, перевязан, отсечен. Выполнена пластика брюшной стенки в области правого пахового канала по Мартынову. Послеоперационное течение гладкое. Выписан с выздоровлением.

К., 8 месяцев, был доставлен в хирургическое отделение через 8 часов с момента заболевания бригадой скорой медицинской помощи. Наблюдаются слабость, отказ от еды, сонливость, повышение температуры тела до 38°C и однократный жидкий стул. За 3 часа до поступления в хирургическое отделение родители заметили уплотнение в пахово-мошоночной области справа, гиперемию мошонки. С момента рождения грыжа периодически ущемлялась, родители вправляли ее самостоятельно.

Общее состояние больного при поступлении средней тяжести, температура тела - 37,8°C. Ребенок вялый, на обследование реагирует негативно. Живот слегка вздут, мягкий, на пальпацию реагирует напряжением. В пахово-мошоночной области справа определяется опухолевидное образование эластической консистенции, кожа мошонки гиперемирована.

После необходимой подготовки выполнена операция. Содержимым грыжевого мешка была слепая кишка с червеобразным отростком, выпот серозно-геморрагический. Серозный покров купола слепой кишки и червеобразного отростка багрового цвета. Червеобразный отросток утолщен, покрыт фибрином. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишки восстановился. Произведены типичная аппендэктомия и пластика пахового канала по Мартынову. Ребенок выписан на 10-е сутки после операции с выздоровлением.

Ю., 1 год 8 месяцев, поступил в хирургическое отделение через 3 часа с момента заболевания. Ребенок беспокоен, имеют место однократная рвота, наличие грыжевого выпячивания в правой пахово-мошоночной области. С рождения пахово-мошоночная грыжа была склонна к ущемлению, однако родители больного от предлагаемой операции отказывались.

Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, болезненный в правой паховой области, где определяется пальпируемое образование тугоэластической консистенции размером 7S5 см, болезненное. Кожа над ним не изменена. При осмотре под медикаментозным сном (дроперидол) грыжевое выпячивание исчезло. Однако пальпировалось тестоватой консистенции образование по ходу семенного канатика размером 3S2 см. Произведено грыжесечение паховым доступом. Грыжевой мешок