

злокачественного роста (воспалительная ткань в биоптате). УЗИ органов брюшной полости не выявило метастатического их поражения. После обследования и предоперационной подготовки произведена операция — с/с лапаротомия, ревизия брюшной полости, устранение выраженного спаечного процесса в брюшной полости, диафрагмотомия. При ревизии заднего средостения через диафрагму обнаружено опухолевидное образование размером 5×6 см в области эзофагоеюноанастомоза плотно спаянное с перикардом. Попытка выделения и удаления опухоли абдоминоцервикальным доступом оказалась безуспешной. Разрез продлён на грудную клетку с пересечением рёберной дуги, полной диафрагмотомии. После чего опухоль и пищевод выделены из средостения. Выполнена экстирпация пищевода с одномоментной внутриплевральной пластикой пищевода левой половиной толстой кишки.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно и больной выписан из стационара на 12-е сутки после операции под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. За медицинской помощью после выписки не обращался.

Таким образом, при малейшем подозрении на рецидив рака в области эзофагоеюноанастомоза и при отсутствии отдалённых метастазов больной должен быть госпитализирован в стационар для комплексного обследования и возможного радикального повторного хирургического вмешательства даже при многократных рецидивах рака.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев, В.П. Будашеев

ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

*Бурятский государственный университет, кафедра госпитальной хирургии (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Проведено экспериментальное исследование на 24 беспородных собаках. Исследовано 12 однорядных и 12 двухрядных анастомозов. Анастомозы выполнялись по типу терминологического межкишечного анастомоза (ТМА) с еюностомией в условиях распространённого гнойного перитонита. С конца 3-х суток отчетливо выявляются признаки регенерации в зоне анастомоза, связанные с подслизистым слоем, в эти же сроки отмечается формирование абсцессов в зоне наложенных лигатур. В последующие сутки в ране нарастают пролиферативные изменения, однако сохраняются процессы аутолиза с признаками абсцедирования в области наиболее травмированных участков кишечной стенки, связанных с шовным материалом. Зона анастомоза представлена новообразованным стромальным каркасом при отсутствии мышечного слоя. Избыточный рост грануляций с нарушением процесса эпителизации вплоть до «изъязвления» в зоне анастомоза отмечается в участках, где нет сопоставления подслизистого слоя. Представленная динамика морфологических изменений носит однотипный характер при однорядном и двухрядном шве. При двухрядном шве имеется более выраженное смещение слоев кишечной стенки с «валиком», обращенным в просвет кишки, менее выражено развитие новообразованного стромального каркаса на 7-е сутки послеоперационного периода, более выражено развитие грануляционной ткани, выступающей в просвет в виде «изъязвлений» на 15—30-е сутки. Выявленные различия не носят принципиального характера, что, по нашему мнению, связано с отсутствием идеального сопоставления слоев кишечной стенки как при двухрядном, так и при однорядном шве.

Динамика морфологических изменений межкишечных анастомозов в условиях РГП показала отсутствие принципиальной разницы в выполнении швов — как однорядного, так и двухрядного.

Результаты эксперимента показывают, что биологическая герметичность соустья и выраженность общей воспалительной реакции при кишечном шве, наложенном в условиях РГП, зависит от качества шовного материала и декомпрессии зоны шва (в нашем исследовании — методом ТМА с еюностомией).

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, В.С. Очиров

ПАПИЛЭКТОМИЯ И ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

За период с 1989 по 2007 гг. лечили 10 больных с опухолью большого дуоденального сосочка в Республиканской клинической больнице (Улан-Удэ). Из них 4 женщины, 6 мужчин. Женщины — в возра-

сте свыше 50 лет. Среди мужчин 1 в возрасте 57 лет, 1 — 42 лет, 4 — свыше 60 лет. 10 пациентов поступили в хирургическое отделение РКБ с клиникой механической желтухи. В одном случае выполнена панкреатодуоденальная резекция с удовлетворительным результатом. Всем другим пациентам выполнена трансдуоденальная папилэктомия. В 9 случаях операцию заканчивали дренированием холедоха по Вишневскому. Интраоперационно во всех случаях обязательно заводили назодуоденальный зонд для декомпрессии. Все больные выздоровели, осложнений не наблюдали.

Приводим клинический пример длительного анамнеза механической желтухи у пациентки N в возрасте 47 лет. Поступила с жалобами на боли в эпигастриальной области, правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов, потемнение мочи в течение 1 года болезни, общую слабость, чувство горечи во рту, отрыжку, изжогу, снижение веса на 10 кг. До поступления в РКБ лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу болезни Боткина, хронического гепатита, гастрита у врача-инфекциониста, гастроэнтеролога. Поступила в хирургическое отделение РКБ с признаками механической желтухи (билирубин общий — 332 ммоль/л, прямой — 186 ммоль/л, непрямой — 146 ммоль/л).

При ФГДЭС, КТ не выявлена опухоль большого дуоденального соска, но имелись признаки гастрита, дуоденита. Подготовлена к операции. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии — общий желчный проток в диаметре до 1 см. Пальпаторно через двенадцатиперстную кишку определяется опухоль в проекции головки поджелудочной железы, подвижная. Увеличена головка поджелудочной железы за счёт отека до перешейка и части тела, плотная, смещаемая. Учитывая длительно существующую желтуху, операция закончена дренированием холедоха по Вишневскому. Через 20 дней после операции общий билирубин снизился до 44 ммоль/л. Выполнен второй этап операции. При ревизии гепатодуоденальной зоны выявлена опухоль большого дуоденального сосочка размером 2,0×1,5 см, смещаемая. Произведена дуоденотомия напротив опухоли. В ране видно опухолевидное образование большого дуоденального сосочка, гроздевидной формы, полностью перекрывающее просвет большого дуоденального сосочка. Произведена папилэктомия по стандартной методике. Проподимость желчных протоков восстановлена, дренирование холедоха по Вишневскому. В послеоперационном периоде на 9-е сутки возникло дуоденальное кровотечение, которое остановлено консервативными мероприятиями. Дренаж из холедоха удален на 14-е сутки после операции. Выписана с выздоровлением.

Данный клинический пример показывает, что, несмотря на длительный желтушный период заболевания, отсутствие генерализованного процесса при опухоли большого дуоденального сосочка позволяет выполнить радикальную операцию.

Н.В. Ванзатов, Б.В. Атутов, Т.Б. Балданова, З.Д. Цыренов, Б.Д. Ванчиков

ТРИХОБЕЗОАРЫ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангасова» (Улан-Удэ)

Безоары представляют собой конгломерат проглатываемых больными волос (трихобезоары), растительных волокон (фитобезоары), или комбинацию того и другого (трихофитобезоары). Чаще всего безоары встречаются у девочек, страдающих причудливыми эмоциональными расстройствами или задержкой психического развития. Безоары формируются в желудке, но могут распространяться в тонкую кишку (Hans S.L., Austin E., 1996).

Безоары формируются долгие годы, бессимптомно. Постепенно появляются признаки гипотрофии, анемии. Ощущаются тяжесть, боли в животе, наблюдается рвота, которые самостоятельно купируются. Учитывая постепенное развитие заболевания, больные особого внимания на свое состояние не обращают. Обнаруживают безоар как находку при медицинских осмотрах, обращении в медицинские учреждения по другому заболеванию или при возникновении осложнений с перфорацией или кровотечением, кишечной непроходимостью. При пальпации живота определяется плотное опухолевидное образование в эпигастриальной области. На рентгенограмме с контрастом выявляется образование обтекаемое контрастным веществом.

В клинической практике детского хирургического отделения ГК БСМП за 10 последних лет было 3 случая. Приводим 2 примера.

Больная Д., 16 лет, переведена в ДХО БСМП из кардиологического отделения ГДКБ, где обследовалась по поводу суставного синдрома в сочетании с эритематозной сыпью, возникших после ОРВИ. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ребенка беспокоила слабость и периодические боли в животе. Гастроскопия выявила трихобезоар желудка.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям,