



ISSN 0023-2130

КЛИНИЧЕСКАЯ
ХИРУРГИЯ

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

CLINICAL
SURGERY

6'93

Индекс 74253

Аналіз крові: ер. $4,3 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л. $8,6 \cdot 10^9$ в 1 л, біохімічні показники — без патологічних змін.

На рентгенограмі органів грудної клітки в проекції нижньої долі лівої легені відмічені дві округлі гомогенні тіні середньої інтенсивності, з гладкими контурами, діаметром 3 та 6 см. Ознак інфільтрації навколишніх тканин немає.

При ультразвуковому дослідженні в правій і лівій долях печінки визначаються зони розмірами 39×33 мм, 38×34 мм, 45×10 мм і 32×31 мм, які не дають акустичного сигналу, відмічаються перегородки.

Діагноз: ехінококові кісти нижньої долі лівої легені та печінки.

28.03.90 під ендотрахеальним наркозом із застосуванням доступу Ріо-Бранко виконана лапаротомія (перший етап лікування). В обох долях печінки виявлено сім ехінококових кіст діаметром від 2 до 7 см. Після попереднього пункційного введення в порожнину кіст 1% розчину формаліну і видалення за допомогою електровідсмоктувача їх вмісту розсічено фіброзні і видалено хітінні оболонки. Залишкові порожнини в печінці додатково оброблені 1% розчином формаліну і 96% розчином спирту і зашиті кетгутом. Через додатковий розтин передньої черевної стінки до воріт печінки введений мікроіригатор. Рана зашита наглухо. Після операції проводили комплексну інфузійну, десенсибілізуючу та

антибактеріальну терапію, вводили гепатопротектори.

Через півтора місяця хворий госпіталізований для проведення наступного етапу хірургічного лікування. 12.06.90 виконана операція. Лівостороння передньобочкова торакотомія в шостому міжребер'ї. В нижній долі лівої легені виявлені дві ехінококові кісти діаметром до 10 і 5 см. Більша кіста розташовувалась медіально і близько до перикарду. В порожнину кіст введено відповідно 10 і 15 мл 1% розчину формаліну з наступним відсмоктуванням вмісту — відповідно 60 і 30 мл. На місці пункції розсічена фіброзна оболонка. Видалені хітінні пухирі. Фіброзні оболонки частково видалені, залишки їх оброблені 1% розчином формаліну і 96% розчином спирту. Гирла сегментарних бронхів, які відкривались в порожнині кіст, зашиті кетгутом. Виконані туалет і дренування плевральної порожнини. Рана зашита. На 3-ю добу після операції видалений дренаж. Рентгенографія: повне розпрямлення лівої легені. На 10-у добу зняті шви. Через 15 днів пацієнт виписаний.

Дитина оглянута через 4 міс. Стан задовільний, на рентгенограмі легені без патологічних змін. При ультразвуковому дослідженні печінка нормальних розмірів, паренхіма гомогенно однорідна, патологічних утворень немає.

Проведено контрольне обстеження пацієнта через 1 і 2 роки після операції. Скарг немає, дитина розвивається відповідно до віку.

© В. С. Тіктінський, Б. М. Боднар, В. А. Глока, 1993

Надійшла 03.03.92

УДК 616.381-002-089-06

Д. В. ГАРБУЗЕНКО

ФЛЕГМОНА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАЗЛИТОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИТОНИТА

Каф. госпит. хирургии (зав.— проф. А. А. Фокин) Челябин. мед. ин-та

Больной Б., 45 лет, поступил в клинику 24.12.90 в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на сильную боль по всему животу. Около 2 ч назад получил тупую травму живота.

Состояние больного тяжелое. Положение вынужденное, щадит живот. Кожа обычной окраски. Пульс 88 в 1 мин, ритмичный. АД 14,6/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.). Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, при пальпации отмечаются резкая болезненность и ригидность мышц брюшной стенки во всех отделах. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Анализ крови: эр. $4,0 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 134 г/л, л. $12,0 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 5 мм/ч. Анализ мочи без патологических изменений. При лапароскопии выявлены признаки разлитого перитонита. Диагноз: тупая травма живота с повреждением полого органа; разлитой перитонит.

Под эндотрахеальным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 200 мл

мутной белесой жидкости. Петли тонкой кишки умеренно гиперемированы, местами покрыты пленками фибрина. На расстоянии 50 см проксимальнее плеоцекального клапана выявлен разрыв тонкой кишки по свободному краю длиной до 1 см. На дефект наложен двухрядный шов. Брюшинная полость промыта раствором фурацилина. В брыжейку тонкой кишки введено 50 мл 0,5% раствора новокаина. Полость малого таза дренирована через разрез в правой паховой области.

Через 3 сут после операции у больного появились клинические признаки ущемления правосторонней пахово-мошоночной грыжи.

Выполнена операция. Под наркозом произведен разрез над грыжевым выпячиванием. Вскрыт грыжевой мешок. Обнаружено до 40 мл жидкого гноя белого цвета с фибрином. Органов брюшной полости в мешке нет. Через грыжевые ворота (дефект размерами 4×3 см) осмотрены прилежащие петли кишечника, патологических изменений не обнаружено. Гной в брюшной

полости не выявлен. Брюшина по периметру грыжевых ворот зашита кетгутом. Край грыжевого мешка пришиты к коже. Рана дренирована и тампонирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила вторичным

натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Через 1 год пациенту произведена пластика задней стенки пахового канала по Постемпскому. Пациент здоров.

© Д. В. Гарбузенко, 1993

Поступила 07.05.92

УДК 616.329

А. Д. ПАВЛЮК, В. П. ФЕДОРЕНКО, В. М. ДУБЧУК

НАБЛЮДЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО УДВОЕНИЯ ПИЩЕВОДА

Каф. госпит. хирургии (зав.— проф. М. М. Лоба) Львов. мед. ин-та

Удвоение пищевода — редко выявляемый порок развития. Его не следует отождествлять с аномальной дизофагией — наличием двух пищево́дов [2]. Различают кистозное, дивертикулярное и тубулярное удвоение пищевода [1, 2]. Дивертикулярное удвоение (ДУ) в отличие от дивертикула характеризуется большими размерами, формой в виде опущенной ветви дерева, наличием всех оболочек стенки пищевода. Указанное строение характерно также и для врожденного (истинного) дивертикула [3]. Важной особенностью дивертикулярного удвоения является наличие общей с пищеводом стенки. Приводим наблюдение.

Больная Х., 42 лет, поступила в клинику 02.04.92 с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу. Питается жидкой пищей. В возрасте 3 лет у больной после тяжелого заболевания на пальцах верхних и нижних конечностей исчезли ногтевые пластинки. Выражена сухость кожи. Движения языка резко ограничены. Слизистая оболочка его истончена, гладкая, блестящая, снимается тонкой пленкой, после чего язык покрывается налетом фибрина. Описанные изменения соответствуют таковым при врожденном дискератозе (синдром Цинссера — Коула — Энглина) [4].

В последние 1,5 года у больной нарастала дисфагия, периодически возникала распирающая боль за грудиной. Два-три раза в месяц отмечает срыгивание гнойным «комком» объемом 60—80 мл, после чего

наступает облегчение, но проходимость пищевода не улучшается. Показатели клинического и биохимического исследований крови без патологических изменений. При рентгеноконтрастном исследовании выявлено, что на уровне ключицы от пищевода ответвляется удлиненное дивертикулородное образование, достигающее тела T_{VIII} и на значительном протяжении имеющее общую с пищеводом стенку. Пищевод ниже ответвления «дивертикула» резко сужен (см. рисунок).

08.04.92 произведена операция. Правосторонняя заднебоковая торакотомия в шестом межреберье. Пищевод спаян с медиастинальной плеврой, стенка его истончена, мышечная оболочка плохо дифференцирована. Дивертикулородное образование имеет гипертрофированную мышечную оболочку. На большом протяжении наблюдается общая стенка дивертикула и пищевода. Учитывая, что устье и ширина образования больше, чем основного пищевода, а также данные анамнеза, решено выполнить минимальное вмешательство. Заднебоковая стенка пищевода на уровне нижней трети ДУ продоль-

