

1. Еременко Е. В., Саградян В. К. Изв. АН АрмССР (сер. техн. наук), 1081, т. 34, 6, с. 32.
2. Генеральная схема комплексного использования и охраны водных ресурсов АрмССР, т. III. Ереван, 1971, с. 430.
3. Методика технического контроля работы очистных сооружений и городских канализаций. М., 1977, с. 250.
4. Правила охраны поверхностных вод от загрязнения сточными водами. М., 1975, с. 38.

УДК 616.34—007.253—031.26

Л. У. НАЗАРОВ, А. М. АГАВЕЛЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЕЧНО-КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Приведены результаты успешного оперативного лечения больных с шеечно-кишечными свищами, возникающими, как правило, в результате гнойных осложнений после хирургических вмешательств на внутренних женских половых органах.

Свищи тонкой и толстой кишок являются одним из тяжелых осложнений, часто возникающих после оперативного вмешательства на органах брюшной полости. Лечение их является наиболее трудным разделом хирургии желудочно-кишечного тракта, что объясняется недостаточной освещенностью этого вопроса и отсутствием опыта [1—4].

Имеются единичные наблюдения возникновения мочеточниково-кишечных, кишечно-мочепузырных, кишечно-влагалищных и аппендикулярно-мочепузырных свищей [5, 6]. Поэтому лечение кишечных свищей является актуальной проблемой современной хирургии.

Среди сложных форм послеоперационных внутренних каловых свищей, шеечно-кишечные фистулы встречаются довольно редко. Как правило, они возникают вследствие гнойных осложнений после хирургических вмешательств на внутренних женских половых органах. Нами оперированы две больные с указанной патологией, причем у одной после ампутации матки канал оставшегося отрезка шейки сообщался с толстой, а у другой — с тонкой кишкой. Приводим выписку из историй болезней.

Больная Т., 45 лет, поступила в клинику 04.01.83 г. с жалобами на выделение газов и кала через влагалище, отсутствие стула естественным путем. В декабре 1979 г. в гинекологическом стационаре выполнена надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период осложнился пиосальпинксом и пельвиоперитонитом. Гнойник был дренирован через задний свод влагалища. На 37-е сутки выписана с улучшением, но с продолжающимися умеренными гнойными выделениями из влагалища. Через 9 месяцев была госпитализирована в хирургическую клинику по поводу гнойника в тазу, который вскрылся самостоятельно. Через день после госпитализации из влагалища стали отходить газы и жидкий кал. Со временем дефекация естественным путем фактически прекратилась, т. к. кишечное содержимое полностью выделялось через сформировавшийся свищ.

ровавшийся каловый свищ. Больная переведена в республиканскую клиническую больницу проктологии, где после обследования, включающего эндоскопическое и рентгенологическое исследование, выявлен свищ между каналом шейки матки и подвздошной кишкой на уровне 14—16 см от илеоцекального угла. Предоперационная подготовка в течение 12 дней предусматривала инстилляцию свищевого канала растворами антисептиков, тщательную подготовку кишечника и общеукрепляющую терапию. 17.01.83 г.— операция в полости таза, выявлен плотный конгломерат, состоящий из петель подвздошной, купола слепой, стенки сигмовидной кишок и припаянных к ним левых придатков. Сигмовидная и слепая кишка выделены из конгломерата. Произведены резекция тонкой кишки, а также рубцово-измененной и деформированной слепой кишки, удаление левых придатков, илеоасцендоанастомоз «бок в бок», резекция культи шейки матки с ушиванием ее. Конгломерат вместе со свищем удален единым блоком, перитонизация тазового дна, полость таза дренирована через промежность. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в хорошем состоянии на 23-и сутки. Осмотрена через 1 год—самочувствие хорошее, работает, прибавила в весе 5 кг. Функция кишечника нормальная.

Больная И., 38 лет, поступила в клинику 11.03.84 г. с жалобами на выделение газов и кала из влагалища. В октябре 1981 г. в гинекологическом стационаре по поводу миомы произведена надвлагалищная ампутация матки. Через 2 месяца после операции появились выделения газов и кала из влагалища. В результате тщательного обследования диагностирован каловый свищ между культей шейки матки и слепой кишкой. 27.03—операция. Вход в малый таз прикрыт спаечным процессом, образованным между брюшиной передней стенки живота, петлями тонкой, слепой, сигмовидной кишок, мочевым пузырем, сальником и левыми придатками. Для подхода к каналу свища выделены из сращений и удалены воспалительно измененные левые придатки. Канал свища подходит к куполу слепой кишки, стенка которой изменена незначительно, и поэтому после иссечения свища дефект ее ушит двухрядным узловым швом. Аппендэктомия. При дальнейшем выделении других прилежащих органов и рассечения спаек с передней брюшной стенкой был поврежден мочевой пузырь. Введен катетер Петцера, рана мочевого пузыря ушита двухрядными узловыми швами. Произведена клиновидная резекция культи шейки матки с ушиванием и погружением ее под тазовую брюшину. Дренажи в малый таз через промежность. Послеоперационный период протекал гладко. Катетер мочевого пузыря удален на 14-е сутки. Выписана на 21-е сутки. Осмотрена через 4 месяца—самочувствие хорошее, работает, пассаж по кишечнику полностью восстановлен.

Кафедра проктологии
Ереванского ИУВ

Поступила 9/XII 1984 г.

Լ. ՌԻ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ա. Մ. ԱՂԱՎԻԶԱՆ

ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՐԱՆՈՅԻ ԵՎ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԹԱԿԱՆ ԲՈՒԹՈՒՄԸ

Բարակ և հաստ աղիների միջև առաջացած խողակները, հանդիսանում են որովայնի խոռոչում կատարված վիրահատությունների հետվիրահատական շրջանում ծագած բարդություններից մեկը:

Հետվիրահատական ներքին կղանքային խողակների բարդ, բավականին հազվագեղեպ հանդիպող ձևը՝ դա արգանդի պարանոցի և աղիքային խողակներն են:

Վերջին երկու տարիների ընթացքում կլինիկայում վիրահատվել են 2 հիվանդ նշված պաթոլոգիայով, մեկը՝ արգանդի պարանոցի և հաստ աղիքային խողակով, մյուսը՝ արգանդի պարանոցի և բարակ աղիների խողակով: Երկու

հիվանդների մոտ այդ խողովակները առաջացել էին արգանդի ամպուտացիայից հետո:

Վիրահատությունից 4 ամիս հետո և 1 տարի անց, ընթացիկ հետազոտություններից պարզվել է, որ աղիների ֆունկցիան լրիվ վերականգնվել է և հիվանդների վիճակը լավ է:

L. H. NAZAROV, A. M. AGHAVELIAN

SURGICAL TREATMENT OF CERVICOINTESTINAL FISTULAS

The results of the successful surgical treatment of patients with cervicointestinal fistulas, developed mainly in result of purulent complications after surgical interventions on the internal female sexual organs, are brought in the article.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ванцян Э. Н. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике. М., 1982.
2. Вицын Б. А. Наружные кишечные свищи. Новосибирск, 1965.
3. Колченогов П. Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. М., 1964.
4. Тобик С. Лечение наружных кишечных свищей кишечника. М., 1977.
5. Boisselle J. Ch. et. al Ann. Chir., 1976, 30, 10, 793.
6. Holmund D. E. W. Acta Chir. Scand., 1975, 141, 5, 451.

РЕФЕРАТЫ

УДК 617—02+616.346.2—002—089.161.1+616—007.43—089.166.1

А. В. АВАКЯН, С. М. ГАЛСТЯН, М. З. НАРИМАНОВ, А. А. БАРСЕГЯН,
Р. Г. ПАНОСЯН

К ВОПРОСУ СНИЖЕНИЯ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ АППЕНДИЦИТОМ И ГРЫЖЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Проведенно определение изменений концентраций сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G у больных острым аппендицитом и грыжей до и после хирургического вмешательства, а также выявлены особенности дисиммуноглобулинемии при развитии осложнений в послеоперационном периоде. Полученные данные позволяют утверждать, что послеоперационный период протекает с подавленной иммунологической реактивностью организма, в частности, с дефицитом сывороточного иммуноглобулина А. Снижение активности одного из эффекторов гуморального иммунитета является, по видимому, существенным фактором формирования условий для послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

8 с., табл. 1, библиогр. 4 назв.

Кафедра хирургии ПСС факультета
Ереванского медицинского института

Полный текст статьи депонирован в ВНИИМИ МЗ ССР
за № Д-10138 от 26/VIII 1985 г.

Поступила 2/V 1985 г.