

зажила первичным натяжением. Дренажи удалены на 12-е сутки. Стул жидкий 6-7 раз в сутки. Вес тела 48 кг.

Через 2,5 месяца после выписки состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Вес тела 48 килограмм. Стул кашицеобразный до 4-х раз в сутки. Общий анализ крови (03.01.13г.): НВ-124 г/л., Лейкоц.-4,1  $\times 10^9$ /л., Эритро.-4,4  $\times 10^{12}$ /л., СОЭ-3мм/ч.; Показатели биохимических исследований крови (03.01.13г.): общ. белок -77 г/л, мочевины -1,4 ммоль/л, креатинин - 0.02 ммоль/л., глюкоза-4,5 ммоль/л, АлТ-115 мккат/л, АсТ-112 мккат/л, бил.общий - 16.6 мкмоль/л, прямой-4.1 мкмоль/л, диастаза - 37 у/л.

Ультразвуковое исследование брюшной полости (04.01.13г.): Метеоризм. Хронический холецистит. Мелкий камень желчного пузыря. Признаки панкреатита. Диффузные изменения чашечно - лоханочной системы обеих почек. ФГДС (04.01.13г.): Поверхностный гастрит. Продолжалось наблюдение по месту жительства.

Таким образом, у больной во время искусственного прерывания беременности имело место обширное повреждение тонкой кишки с отрывом от ее брыжейки, что потребовало тотально-субтотальную резекцию тонкой кишки.

#### Тұжырым

### ҰРЫҚТЫ БӨЛШЕКТЕЙТІН ОТА ЖАСАУ КЕЗІНДЕ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТИҢ АУҚЫМДЫ ЖАРАҚАТТАНУ ЖАҒДАЙЫ

**С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Казангапов**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.**

Ұрықты бөлшектейтін ота жасау кезінде жіңішке ішектің клиникалық жарақаттану жағдайы баяндалды. Жіңішке ішектің ауқымды резекциясы жасалды. Кейін мальабсорбция синдромы байқалды.

**Негізгі сөздер:** жарақат, жіңішке ішек, ұрықты бөлшектеп ота жасап алу.

#### Summary

### THE CASE OF EXTENSIVE INJURY OF A SMALL INTESTINE DURING THE EMBRYOTOMY

**S.B. Imangazinov, N.K. Ardabaev, D.N. Ardabaev, R.S. Kazangapov**

**Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.**

Described a rare medical case of injury of the small intestine during the embryotomy. Executed an extensive enterectomy. Later was observed a malabsorption syndrome.

**Key words:** small intestine, during the embryotomy.

УДК 617.341.616.381-072.1

**С.Б. Имангазинов, Е.К. Каурханов, Р.С. Казангапов, Д.Н. Ардабаев**

**Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар**

### УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

#### Аннотация

Описан клинический случай ущемления тонкой кишки в манипуляционной ране после лапароскопической ампутации матки, потребовавший в последующем резекцию тонкой кишки.

**Ключевые слова:** тонкая кишка, ущемление, лапароскопическая ампутация матки.

После лапароскопических операций возможны осложнения, требующие особого внимания в раннем послеоперационном периоде [1, 2]. К ним относятся кровотечения из мест операции или раны брюшной стенки, эвентрация и ущемление кишечника, острая кишечная непроходимость. Эвентрации кишечника наблюдаются в местах введения троакаров или же в местах манипуляционных ран, требующие восстановления целостности передней брюшной стенки. В позднем послеоперационном периоде наиболее часто встречаются вентральные грыжи.

Возникновение послеоперационных грыж является следствием неадекватного восстановления целостности апоневроза передней брюшной стенки после извлечения макропрепарата путем минилапаротомии. Через 1-2 месяца после лапароскопической операции пациенты обращаются с жалобами на асимметрию и выпячивание живота в области послеоперационных рубцов. При объективном обследовании обнаруживается дефект апоневроза передней брюшной стенки. Лечение этих осложнений проводится в плановом по-

рядке через 3-6 месяцев после лапароскопической операции в условиях хирургического стационара. Выполняется грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта.

Наиболее редким осложнением являются случаи, когда в оставленный дефект апоневроза брюшной стенки внедряется петля тонкой кишки с развитием кишечной непроходимости, без внешних признаков грыжи в раннем послеоперационном периоде.

Основной причиной возникновения этих осложнений является неадекватное восстановление апоневроза при использовании троакаров больших размеров, извлечении макропрепарата через переднюю брюшную стенку. Многократное извлечение и введение в брюшную полость троакаров и инструментов во время лапароскопической операции может приводить к дополнительной травме апоневроза и увеличению его дефекта. Причиной кровотечения могут быть дефекты гемостаза.

Целью сообщения является описание случая ущемления тонкой кишки в дефекте брюшной стенки

после лапароскопической ампутации матки в гинекологической практике.

В гинекологическом отделении городской больницы №1 г. Павлодара из 224 операций в двух случаях (0,9%) имело место ущемление тонкой кишки в послеоперационном дефекте брюшной стенки, причем в одном случае с некрозом кишечной стенки. Приводим клинический случай.

Больная К., 43 года, поступила в хирургическое отделение по экстренным показаниям 04.12.12г. с жалобами на наличие болезненного опухолевидного образования в области послеоперационной раны в правой подвздошной области, тошноту, рвоту.

Из анамнеза выяснено, что 30.11.12г. в одном из гинекологических отделении проведена эндоскопическая ампутация матки. В течение 2-х дней послеоперационный период протекал без особенностей. С 04.12.12г. больная отмечает появление болезненного опухолевидного образования в области послеоперационной раны в правой подвздошной области, сопровождавшегося тошнотой, рвотой.

Объективно общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. По средней линии на 2 см выше пупка имеется ушитая послеоперационная рана длиной 2 см. В обеих подвздошных областях также имеются послеоперационные раны размерами 3 x 1 см с зияющими краями. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется образование размером 5 x 6 см, мягкой, эластичной консистенции. Газы отходят. Стул самостоятельный, был вчера и сегодня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Больная взята в малую операционную для ревизии раны. Под местной анестезией были сняты швы, рана расширена до 6 см. При этом обнаружена ущемленная петля тонкой кишки, багрового цвета. Выставлен предварительный диагноз: ущемление тонкой кишки в послеоперационной ране правой подвздошной области. Больная переведена в хирургическое отделение.

В экстренном порядке под спинномозговой анестезией проведена операция – нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости скудный серозный выпот. При ревизии брюшной полости: начальной отдел тонкой кишки раздут до 6 см в диаметре, в просвете газы и химус. На расстоянии 1 м от илеоцекального угла имеется участок тонкой кишки, внедрившийся в дефект брюшной стенки в правой подвздошной области на месте бывшей контрапертуры, с признаками ущемления. Ниже препятствия тонкая кишка спавшаяся. Путем рассечения ущемляющего кольца в дефекте брюшной стенки устранено ущемление тонкой кишки (ущемленный участок кишки багровой окраски размером 8,0 см, имеются странгуляционные борозды). Проведена блокада брыжейки тонкой кишки Sol. Novocaini 0,5% - 200,0 мл, воздействие теплом на ущемленный участок тонкой кишки, смоченными горячим физиологическим раствором салфетками. Ущемленный участок кишки приобрел розовую окраску, появились пульсация сосудов и перистальтика. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки до

илеоцекального угла для последующей декомпрессии. В правой подвздошной области установлен расщепленный перчаточный дренаж с использованием бывшей контрапертуры. Брюшная стенка ушита послойно. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко до 08.12.12г., когда отмечалось появление кишечного отделяемого в области послеоперационной раны в правой подвздошной области.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Газы отходят. Стула не было. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Statuslocalis: Повязка в правой подвздошной области промокает кишечным отделяемым. После снятия повязки имело место поступление кишечного отделяемого по резиновому дренажу. Выставлен диагноз – перфорация тонкой кишки.

После предоперационной подготовки произведена операция – Релапаротомия (08.12.12 г.). Под эндотрахеальным наркозом были распущены ранее наложенные швы в области срединной послеоперационной раны. В правой подвздошной ямке имеется серозный выпот с кишечным отделяемым до 100 мл, осушен. При ревизии ущемленный участок тонкой кишки некротизирован, в противобрыжечной ее поверхности имеется участок перфораций размером до 0,5 см. Произведена резекция 20 см гангренозно измененной тонкой кишки с формированием анастомоза бок в бок. Туалет брюшной полости. В правой подвздошной области установлен расщепленный перчаточный дренаж с использованием бывшей контрапертуры. Установлен назоинтестинальный зонд. Брюшная стенка ушита послойно. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж брюшной полости удален на 5-е сутки, назоинтестинальный зонд – на 3-и сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Выписана домой 21.12.12г.

Таким образом, в данном случае имело место ущемление тонкой кишки в области манипуляционной раны после проведенной лапароскопической операции в гинекологической практике в начале освоения новой технологии. Для ее профилактики на этапе завершения операции необходимо придерживаться следующей последовательности: вначале выпустить нагнетанный воздух в брюшную полость, только затем удалять манипуляционный инструментарий в конце лапароскопической операции, при больших дефектах манипуляционных ран брюшной стенки необходимо накладывать дополнительные швы на дефект брюшной стенки.

#### **Литература:**

1. Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Асомов Х.Х., Рахимов О.У. Хирургические методы лечения внутрибрюшных осложнений после лапароскопической холецистэктомии // Эндохирургия. - 2013 - №3. - С. 29-30.
2. Башабаев М.Т., Джабыкпаев С.Р., Адайханов А.Ж., Абдикаримов Р.О. Осложнения после лапароскопической холецистэктомии // Эндохирургия. - 2013. - №3. - С. 48-49.

## Тұжырым

## ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОТАДАН КЕЙІНГІ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТИҢ ҚЫСЫП-БУЫНУЫ

С.Б. Имангазинов, Е.К. Қайырханов, Р.С. Қазангапов, Д.Н. Ардабаев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

Жатырдың лапароскопиялық ампутациясынан кейін манипуляциялық жарада жіңішке ішек буына қысылуының клиникалық жағдайы суреттелді, кейін бұл жіңішке ішектің резекциясын қажет еткен.

**Негізгі сөздер:** жіңішке ішек, қысып-буыну, лапароскопиялық ота.

## Summary

## ENTRAPMENT OF THE SMALL INTESTINE AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

S.B. Imangazinov, E.K. Kairhanov, R.S. Kazangapov, D.N. Ardabaev

Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.

Described a clinical case of entrapment of the small intestine in handling the wound after laparoscopic hysterectomy. In the subsequent was required a resection of the small intestine.

**Key words:** small intestine, entrapment, laparoscopic surgery.

УДК -616.346.2.602.1-003.2-089

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шерьязданова, Т.Б. Бирназарова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии и травматологии.

## ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

## Аннотация

Аппендикулярный инфильтрат у больных острым аппендицита встречается 3,4% [1,5]. В литературе имеются подходы о лечении его чаще консервативно [2], реже оперативная тактика введения аппендикулярного инфильтрата [4] не утратили своей актуальности до настоящего времени [3]. Лечение гнойно-воспалительных острых заболеваний органов брюшной полости остаются актуальной проблемой хирургии. Несмотря на совершенствование методов диагностики, а также техники оперативных вмешательств, внедрение новых методов инновационной технологии прогнозы среди больных остаются серьезными.

**Ключевые слова:** УЗИ, рассасывание инфильтрата, периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный абсцесс.

**Актуальность:** На современном этапе развития медицины, особенно хирургической дисциплины, осложнения острого аппендицита протекают тяжело с развитием гнойного перитонита, а из дооперационного осложнения актуален аппендикулярный инфильтрат. Часто своевременно не диагностируется, и больные доставляются в хирургический стационар с нагноением аппендикулярного инфильтрата. Если наступило нагноение его, то прогноз у больных бывает серьезным. Ключом разгадки острого аппендицита, является ранняя диагностика и своевременное проведение операции аппендэктомии.

С 2000 по 2010 годы находилось на лечении в хирургической клинике 92 - пациентов с осложнением острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом. Всего лечилось 75 - мужчин, 17 - женщин. Возраст их был: от 18 до 57 лет. На догоспитальном этапе диагноз аппендикулярного инфильтрата установлен врачами скорой помощи только у 4 пациентов из 92 больных. На госпитализацию доставлены с диагнозом острого аппендицита - 78, с другой патологией острый холецистит, дизентерия, перфорация язвы желудка, перитонит неясной этиологии - 14 больных. В приемном отделении хирургического стационара диагноз аппендикулярного инфильтрата при поступлении установлен у 20 больных. Остальные направлены на операцию с диагнозом:

- острый аппендицит - 72,

- разлитой перитонит аппендикулярной этиологии - 4,

- перфоративная язва желудка - 2.

Высокий процент неправильной диагностики аппендикулярного инфильтрата на догоспитальном этапе, в клинике 7,8%, что указывает на недостаточное знание врачами осложнения острого аппендицита.

В клинике аппендикулярный инфильтрат лечится консервативно и в случае нагноения проводится операция.

Через сутки с момента заболевания поступили - 7, через 2 сут. - 25, через 3 сут. - 30 больных, на 4 сут. - 22, через 5 сут. - 8 пациентов. У всех пациентов были обнаружены постоянные боли в правой подвздошной области, из них у 34 имела иррадиация болей в спину и промежность. Тошнота наблюдалась в 10% случаев. Температура тела высокая была у 67 больных, у остальных - 37,2°. Общее состояние больных отмечалось удовлетворительным, реже средней и тяжелой степени тяжести. У 45 - больных в брюшной полости определялся плотный болезненный инфильтрат занимавший правую подвздошную область, у 8 - был до середины расстояния между пупком и гребнем подвздошной кости, у 7 - до гребня, а у 19 - инфильтрат выявили ниже гребня. У 13 больных аппендикулярный инфильтрат диагностирован при пальцевом исследовании прямой кишки в малом тазу. У 34 - больных диагноз аппендикулярного инфильтрата до операции не обнаружен, так как его не удалось пальпировать ввиду малых размеров, стойкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Гемограмма показывала: лейкоцитоз -