

легень, пневмомедіастінуму, лівобічного гідротораксу. Операція – В/с лапаротомія. Ревізія черевної порожнини та середостіння. Дренування середостіння (переднього, заднього). Дренування плевральної порожнини зліва по Бюлау. Гастростомія по Кадеру. В зв'язку з наростанням явищ медіастиніту, пневмогідротораксу проведена у відділенні торакальної хірургії операція -торакотомія зліва, пневмоліз, декортикація, плевректомія. Зашивання дефекту стравоходу. Незважаючи на це у пацієнта сформувалася хронічна стравохідно-плеврально-торакальна нориця. Через місяць після останньої операції вирішено провести стентування стравоходу частково покритим стеном діам. 22 мм. Пацієнт частково відновив харчування ч/з рот, стан його стабілізувався та значно покращився. Ч/з місяць стент видалено, діаметр нориці зменшився з 4–5 мм до 2 мм. Кінцеве закриття нориці наступило ч/з 9місяців.

Висновки. Таким чином, етіологія нириць і розмір дефекта є незалежними і статистично достовірними предикторами ефективності стентування.

СМЕШАННАЯ ФОРМА НИЗКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Задорожный В.В., Трофимов Н.В., Корпусенко В.Г.*, Гетман В.В.*, Кузнецов Г.Э.*, Носов А.Ю.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,

*Коммунальное учреждение «Днепровское клиническое объединение скорой медицинской помощи», г. Днепр.

Введение. Острая кишечная непроходимость (ОКН) считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при ОКН колеблется от 4 до 25 %. Среди различных форм ОКН первое место по частоте занимают спаечная тонкокишечная непроходимость и обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевого генеза, составляя суммарно до 85 %. С точки зрения патогенеза ОКН важную роль имеют уровень препятствия и степень нарушения кровоснабжения в кишке, что влияет на лечебно-диагностическую тактику. Наиболее тяжелыми формами ОКН являются strangulation и смешанная, представляющие опасность из-за нарушений гомеостаза и возможного развития некроза кишки, перфорации, перитонита. Одной из причин развития ОКН является кишечная инвагинация (КИ). Часто (до 80 %) внедрению одного участка кишки в другой способствует опухоль. В этих случаях опухоль под влиянием усиленной перистальтики, внедряясь в нижерасположенные отделы, увлекает за собой стенку кишки и приводит к инвагинации. КИ относится к смешанным формам кишечной непроходимости с наличием обтурирующего и strangulation механизмов, приводящим к

различной степени КН и нарушению жизнеспособности инвагината. Методы современной диагностики позволяют своевременно установить диагноз КИ и выработать показания к хирургическому лечению. Однако встречаются нетипичные случаи, при которых дополнительные методы диагностики дают противоречивую информацию, способную на определенном этапе дезориентировать хирурга, что демонстрирует нижеприведенный клинический случай.

Материалы и методы. В хирургическое отделение Днепровского клинического объединения скорой медицинской помощи был госпитализирован пациент 22 лет с жалобами на боли и чувство тяжести в правых отделах живота, тошноту, плохое отхождение газов, задержку стула. Указанные жалобы отмечает течение 3 недель. Обзорная рентгенограмма ОБП: признаки кишечной непроходимости. КТ ОБП: признаки инвагината правой подвздошной области, частичной тонкокишечной непроходимости. ФКС: Экзофитное полиповидное образование восходящего отдела толстой кишки 5,0 см в диаметре (биопсия). ПГЗ: Фрагменты хронической язвы. Учитывая нарастающие явления КН, в urgentном порядке проведена операция: Правосторонняя гемиколэктомия. ПГЗ: Неходжкинская В-клеточная лимфома восходящего отдела ободочной кишки. Диагноз заключительный клинический: В-клеточная лимфома восходящего отдела ободочной кишки. Инвагинация подвздошной кишки через баугиниеву заслонку. ОКН.

Выводы. 1. Противоречивые клинические данные, результаты КТ ОБП, ФКС, ПГЗ биопсии на начальном этапе диагностики не позволили сразу выработать показания к хирургическому лечению. Объем операции определило наличие опухоли восходящего отдела ободочной кишки. 2. Формирование тонкокишечного инвагината в данном случае генетически не связано с наличием опухоли восходящего отдела. 3. Данные о наличии инвагинации кишечника следует считать ведущими в выработке показаний к хирургическому лечению.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ВСКРЫВШЕГОСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Введение. Мукоцеле червеобразного отростка (ЧО) считается очень редкой патологией, чуть ли не казуистикой, не доступной для диагностики и о ней даже хирурги осведомлены очень скупо.