**Релапаротомия**

**Релапаротомия, вскрытие и дренирование параканкрозного абсцесса, ушивание дефектов толстой кишки, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.**

Операционное поле обработано С4, иодопирроном дважды + спирт.

Релапаротомия путем снятия швов. В малом тазу мутный выпот до 100 мл. Петли тонкой кишки умеренно раздуты до 2,5-3 см в диаметре, перистальтика очень вялая. Органических препятствий прохождению кишечного содержимого до трансверзостомы не выявлено. В правой половине толстой кишки плотные глинистые каловые массы. В области малого таза имеется плотный инфильтрат, образованный стенкой сигмовидной кишки, сальником, стенкой мочевого пузыря, маткой, справа – куполом слепой кишки. Удается определить только основание червеобразного отростка, остальная его часть замурована в инфильтрате. Задняя брюшина в области слепой кишки серого цвета.

При попытке выделения червеобразного отростка вскрылся абсцесс до 50 мл в пространстве между маткой и сигмовидной кишкой, содержащий некротические ткани и каловые массы. В этой же зоне выделен червеобразный отросток – длиной до 4 см, резко утолщен, брыжеечка некротически изменена. Произведена санация полости абсцесса. Сигмовидная кишка на уровне мыса и ниже представлена плотной неподвижной распадающейся опухолью с прорастанием матки, в этой зоне в полость абсцесса открываются три перфорационных отверстия от 1 до 2 см в диаметре. Выполнена биопсия опухоли. Признаков наличия отдаленных и региональных mts не выявлено.

Дальнейшая тактика определена совместно с проктологом Баглаем В.Г. – учитывая уже наличие двуствольной трансверзостомы, признаки распадающейся местнораспространенной опухоли ректосигмоидного отдела с параканкрозным воспалением, перфорацией и формированием абсцесса, тяжелое состояние больной - решено операцию завершить ушиванием перфорационных отверстий и дренированием брюшной полости. Перфорационные отверстия ушиты отдельными швами с фиксацией подвесков. Изменения в червеобразном отростке расценены как вторичные, выполнена аппендэктомия с погружением культи отростка в отдельные узловатые швы.Выполнена санация брюшной полости. Малый таз широко дренирован четырьмя трубками, выведенными через отдельные разрезы в подвздошных областях. Послойный шов раны. Спирт. Повязка. Дивульсия.

Оператор: А.А. Рудик

Ассистенты: Г.В. Степанов, В.А. Хохрин

Операционная сестра: А. Платова

Операционное поле обработано С4, иодопирроном дважды + спирт. Релапаротомия путем снятия швов. В малом тазу мутный выпот до 100 мл. Петли тонкой кишки умеренно раздуты до 2,5-3 см в диаметре. Органических препятствий прохождению кишечного содержимого до трансверзостомы не выявлено. В правой половине толстой кишки плотные глинистые каловые массы. В области малого таза имеется плотный инфильтрат, образованный стенкой сигмовидной кишки, сальником, стенкой мочевого пузыря, маткой, справа – куполом слепой кишки. Удается определить только основание червеобразного отростка, остальная его часть замурована в инфильтрате. Задняя брюшина в области слепой кишки серого цвета. При попытке выделения червеобразного отростка вскрылся абсцесс до 50 мл в пространстве между маткой и сигмовидной кишкой, содержащий некротические ткани и каловые массы. В этой же зоне выделен червеобразный отросток – длиной до 4 см, резко утолщен, брыжеечка некротически изменена. Произведена санация полости абсцесса. Сигмовидная кишка на уровне мыса и ниже представлена плотной неподвижной распадающейся опухолью с прорастанием матки, в этой зоне в полость абсцесса открываются три перфорационных отверстия от 1 до 2 см в диаметре. Выполнена биопсия опухоли. Признаков наличия отдаленных и региональных mts не выявлено. Изменения в червеобразном отростке расценены как вторичные, выполнена аппендэктомия с погружением культи отростка в отдельные узловатые швы. Дальнейшая тактика определена совместно с проктологом Баглаем В.Г. – учитывая уже наличие двуствольной трансверзостомы, признаки распадающейся местнораспространенной опухоли ректосигмоидного отдела с параканкрозным воспалением, перфорацией и формированием абсцесса, тяжелое состояние больной решено операцию завершить ушиванием перфорационных отверстий и дренированием брюшной полости. Перфорационные отверстия ушиты отдельными швами с фиксацией подвесков. Выполнена санация брюшной полости. Малый таз широко дренирован четырьмя трубками, выведенными через отдельные разрезы в подвздошных областях. Послойный шов раны. Спирт. Повязка. Дивульсия.