

ции кишечника принял нормальную окраску. Оператор решил, что источник заболевания устранен, и ревизии толстого кишечника не сделал.

14/1 в 10 час. состояние больного ухудшилось. Жалуется на боли в грудной клетке, кашель. Пульс 120. Слева дыхание слабо прослушивается. Живот вздут. После гипертонической клизмы частично отошли газы. Физикальные явления в легких расценены как левосторонняя пневмония, назначено соответствующее лечение.

15/1 и 16/1 состояние больного средней тяжести, боли в груди несколько уменьшились. Дыхание слева остается ослабленным. Газы не отходят, стула не было. Была однократная рвота.

17/1 и 18/1, несмотря на все принимаемые меры (клизмы, гипертонический раствор, карбохолин с прозергином, нибуфин), стула и газов не было.

19/1 состояние больного резко ухудшилось. Живот сильно вздут. Симптом Щеткина отрицательный. Язык сухой, черты лица заострились.

Ввиду прогрессирующего ухудшения состояния больного по рекомендации консилиума произведена релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что селезеночный угол поперечно-ободочной кишки ущемлен в щелевидном отверстии  $5 \times 1,5$  см задней полуокружности диафрагмы в пояснично-реберном пространстве Бохдалека. Ущемленная часть, составляющая треть просвета кишки, некротизирована и расплавлена. В плевральной полости каловые массы.

Ввиду тяжелого состояния больного после резекции некротизированного участка решено ограничиться наложением толстокишечного свища, ушиванием отверстия в диафрагме и раздельным дренированием грудной и брюшной полости после предварительного тщательного туалета полостей раствором фурацилина, антибиотиками.

После операции состояние больного не улучшилось, на фоне разлитого перитонита нарастают явления интоксикации, и, несмотря на принятые меры (сердечные, антибиотик, гемотрансфузии, физраствор, глюкоза), 22/1 больной скончался.

Патологоанатомический диагноз: состояние после операции заворота тонкого кишечника и инвагинации, левосторонней ущемленной ложной диафрагмальной грыжи, осложненной некрозом стенки поперечно-ободочной кишки, гнойным плевритом, фибринозно-гнойным перитонитом. Резекция толстого кишечника, наложенный свищ поперечно-ободочной кишки, контрапертуры в боковых отделах живота, торакотомия, дренажи плевральных полостей слева.

УДК 616.411—089.87—616—06

Канд. мед. наук И. И. Ключев, С. И. Цибисов и В. Н. Саушев (Саранск). Осложнение после спленэктомии

Среди оперативных методов лечения тромбфлебитической спленомегалии наиболее распространенным является спленэктомия. Однако проблема профилактики и лечения осложнений, связанных со спленэктомией, все еще не решена.

Мы наблюдали 9 больных с тромбфлебитической спленомегалией, подвергшихся спленэктомии. При поступлении у всех больных селезенка была увеличена, клинически выраженные изменения со стороны печени отсутствовали; почти у всех выявлена лейкопения, тромбопения и анемия.

Перед операцией, как правило, больным повторно переливали кровь. Спленэктомию производили обычно под интубационным обезболиванием с применением релаксантов.

В послеоперационном периоде у одной больной развилось тяжелое осложнение, которое потребовало повторного хирургического вмешательства и в последующем лечения антикоагулянтами.

Больная поступила 5/1 1967 г. с тромбфлебитической спленомегалией. Увеличение селезенки обнаружилось 3 года назад, после родов. В последнее время стали беспокоить боли в животе, больше в левом подреберье, появилась общая слабость, субфебрильная температура, ухудшился аппетит, началось похудание.

Дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие, систолический шум на верхушке. АД 120/70. Печень не увеличена, край ее мягкий, безболезненный. Селезенка на уровне пупка, плотная, слегка болезненна.

Гем. 6,8 г%, Э.—2 920 000, Л.—9200, тромбоцитов 100 000, РОЭ 54 мм/час., кровоточность по Дюке 2,5 мин., свертываемость по Мас-Магро 12 мин., билирубин 0,5 мг%, остаточный азот 30 мг%, протромбин 100%. Кривая сахара крови при нагрузке глюкозой нормальна.

Спленеограмма: на всех снимках до 8 сек. заполнение портального русла не определяется, видно депо контрастного вещества в пульпе селезенки.

Клинический диагноз: тромбфлебитическая спленомегалия.

22/II 1967 г. произведена спленэктомия под интубационным обезболиванием с релаксантами.

При выделении селезенки из сращений было значительное кровотечение. Заранее начатое переливание крови позволило благополучно закончить операцию.

При патогистологическом исследовании селезенки обнаружено утолщение стенок кровеносных сосудов, тромбоз просветов вен, гиперплазия красной пульпы.

В послеоперационном периоде температура 38—39°. Лечение антибиотиками и антикоагулянтами. На 12-й день состояние ухудшилось, появились тупые боли в животе.

озноб. На 14-й день состояние больной тяжелое, боли в животе усилились, газы не отходят. Содержимое прямой кишки крованистое, АД 90/60.

Заподозрен тромбоз брыжеечных вен, гангрена тонкой кишки. Произведена срединная лапаротомия под местным обезболиванием. Из полости живота выделилось до 500 мл геморрагической жидкости. Тонкая кишка на участке 30 см некротизирована, брыжейка тонкого кишечника утолщена, отечна. Произведена резекция некротического участка кишки в пределах здоровой ткани с наложением анастомоза конец в конец. В брюшную полость введены антибиотики, рана ушита наглухо.

Проведено лечение антикоагулянтами. Наступило выздоровление.

УДК 616.346.2—002—615.779.9

#### А. Б. Ахмеров (Казань). О применении антибиотиков при остром аппендиците

На кафедре госпитальной хирургии № 1 КГМИ в течение ряда лет проводится бактериологическое исследование экссудата брюшной полости при деструктивных формах аппендицита. Его сеют на кровяной агар, сахарный бульон, среды Тароцци, Эндо. Наряду с установлением вида микрофлоры определяют чувствительность ее к антибиотикам методом индикаторных дисков.

За 3 года (1965—1967) мы наблюдали 103 больных острым деструктивным аппендицитом с положительными результатами бактериологического исследования экссудата брюшной полости. Кишечная палочка обнаружена в чистой культуре у 59 больных (57,3%) и в ассоциации с другой микрофлорой — у 27 (26,2%). Наиболее часто кишечная палочка сочеталась с энтерококком (у 21 больного), в остальных случаях спутниками ее были белый стафилококк или стрептококк. У значительного числа больных острым аппендицитом, преимущественно флегмонозным, бактериологическое исследование выпота брюшной полости дало отрицательный результат (в 1967 г. — более чем у половины всех исследованных); у лиц с положительными результатами посева преобладали гангренозные и перфоративные формы аппендицита.

Известно, что при деструктивных аппендицитах заживление послеоперационных ран преимущественно вторичное. В некоторых случаях микрофлора этих ран не отличается от обнаруженной в брюшной полости, чаще же она иная. Посев раневого отделяемого 29 больных, перенесших аппендэктомию в течение 1966—1967 гг., показал наличие микроорганизмов в нем у 26, при этом кишечная палочка выделена у 9, стафилококк белый у 8. У остальных больных было сочетание кишечной палочки со стафилококком, энтерококком или стрептококком.

Чувствительность обнаруженной в брюшной полости микрофлоры к антибиотикам определяли у 102 больных. Пенициллин оказался активным лишь у 2 (1,9%). Значительно более действенными были стрептомицин и левомицетин: они проявили хороший бактериостатический эффект соответственно у 64 (62,7%) и 77 (75,5%) больных. Эффективность тетрацицина, биомицина, эритромицина ниже, чем стрептомицина и левомицетина. Высокой активностью по отношению к микрофлоре обладает мономицин. Чувствительность микроорганизмов к нему мы определяли у 64 больных, хороший результат был получен у 60, слабое его действие — у 3. Антибактериальную активность неомицина исследовали в 1967 г. при остром аппендиците у 5 больных, у всех она была выраженной.

Раневая микрофлора также оказалась чувствительной к мономицину (из 20 исследований в 18 хороший результат). Стрептомицин и левомицетин были эффективны соответственно в 14 и 13 из 26 тестов, а пенициллин — только в 3 (по отношению к белому стафилококку, выделенному в чистой культуре из послеоперационной раны). Чувствительность микроорганизмов к тетрацицину выявлена в 10 тестах и к биомицину — в 6 из 26, а к эритромицину — в 6 из 20 определений. Следовательно, при остром аппендиците целесообразно применение мономицина, неомицина, левомицетина и стрептомицина.

УДК 616.346.2—089.87—616—089.5

#### А. И. Кузнецов (Куйбышев-обл.). Паранефральная блокада при аппендэктомиях

С целью усиления местного обезболивания при аппендэктомии и улучшения послеоперационного течения мы применяем предварительную паранефральную блокаду по А. В. Вишневному. Мы наблюдали 151 больного с острым и хроническим аппендицитом, прооперированного под местной анестезией с предварительной паранефральной блокадой, и 50 больных, прооперированных без блокады. Паранефральная блокада усиливает местное обезболивание, улучшает послеоперационное течение, предупреждает развитие различных послеоперационных осложнений. Больные после операции более активны, большинство из них на вторые сутки начинает ходить, отхождение газов у них начинается на сутки раньше, а первое мочеиспускание на 10—12 часов раньше, чем у контрольных больных.