

озноб. На 14-й день состояние больной тяжелое, боли в животе усилились, газы не отходят. Содержимое прямой кишки кровавистое, 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.