

На операции обнаружены забрюшинные опухоли, расположенные с обеих сторон, на границе перехода большого таза в малый, ближе к крестцу, фасолевидной формы. Заподозрена эктопия почек, которая при ревизии брюшной полости не подтвердилась, слева опухоль  $10 \times 10 \times 6$  см удалена целиком, справа —  $8 \times 6 \times 6$  см по частям. При гистологическом исследовании обе опухоли оказались липомами.

Через 8 месяцев после операции общее состояние удовлетворительное, органы малого таза без особенностей.

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, ОСТАВЛЕННЫЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А. Ф. Попов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института и хирургическое отделение 12 городской больницы (главврач — Г. М. Барышева)

В хирургической практике случайное оставление инородных тел в операционной ране — явление нечастое. Еще реже об этих ошибках сообщается в печати.

По С. М. Рубашеву и Н. И. Ижевскому, оставление инородных тел в брюшной полости встречается в 0,1% произведенных операций, а по данным других авторов — несколько чаще. Условиями, способствующими этому, являются: недостаточное обезбоживание, приводящее к беспокойному поведению больного и эквентрации кишечника, плохое освещение операционного поля, неправильное положение больного, неподходящий операционный доступ, недостаточная сосредоточенность хирурга и помощников, бессистемное проведение оперативного вмешательства.

Диагностика таких инородных тел, особенно при операциях на органах брюшной полости, представляет большие трудности. Нередко инородные тела приводят к развитию воспалительного процесса с повышением температуры, нагноением, образованием незаживающих гнойных свищей. При этом возможно развитие перитонита, кишечной непроходимости; инородное тело может инкапсулироваться и превратиться в кистовидное образование. В некоторых зарубежных клиниках для быстрой и точной диагностики забытых инородных тел в ранах и полостях в марлевые салфетки вплетаются очень тонкие и мягкие проволоки, легко выявляемые при рентгенологическом обследовании, это избавляет врача от затруднений и ошибок при распознавании таких инородных тел. Введение в практику рентгеноконтрастных марлевых салфеток фабричного изготовления было бы очень целесообразно.

Под нашим наблюдением находились 3 больных с инородными телами в брюшной полости, забытыми во время операций.

1. Х., 8 лет назад в одном из госпиталей г. Москвы был оперирован по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Произведено ушивание прободного отверстия. В течение года после операции самочувствие больного было вполне удовлетворительным. Затем появились боли в животе, а через два года больной заметил опухолевидное образование в левой половине живота. Выраженных диспептических явлений у больного не отмечалось, однако периодически температура повышалась до субфебрильной, наблюдалась общая слабость и боли в животе.

При пальпации левой половины живота на уровне пупка определяется округлое, гомогенное, безболезненное, несколько подвижное образование  $8 \times 6$  см.

Кровь и моча в норме. При рентгенокопии желудочно-кишечного тракта обнаружены рубцы в луковице двенадцатиперстной кишки. Опухоль вне тени желудка и кишечника. Диагноз: киста брыжейки тонкого кишечника.

Под местной инфльтрационной анестезией произведена срединная лапаротомия. После рассечения межкисечных сращений выявлено опухолевидное тело плотной консистенции, интимно спаянное с корнем брыжейки тонкого кишечника. «Опухоль» удалена. При рассечении ее капсулы выделилось незначительное количество серозно-гнойной жидкости и найдена большая брюшина марлевая салфетка.

2. У С., 35 лет, 30/У-58 г. произведена резекция желудка по поводу рака. Через 20 дней после операции выписана домой в удовлетворительном состоянии. Периодически отмечались боли в животе. Через 66 дней с момента операции больная в экстренном порядке доставлена с острой кишечной непроходимостью. Во время операции диагноз подтвердился. Произошла гангрена петли тонкого кишечника, ущемленного в кольце кровоостанавливающего зажима Кохера, который был забыт в брюшной полости при первой операции. Произведена резекция около 20 см кишечника с наложением соустья конец в конец. Выздоровление.

3. Н., 37 лет, 13/II-63 г. поступила с подозрением на рак. Произведена ампутация прямой кишки с образованием сакрального ануса. Лапаротомная рана зажила

первичным натяжением, в области же промежности рана длительное время не закрывалась; образовались гнойные свищи. В течение первых 4 дней после операции температура была в пределах 38°—38,5°, затем снизилась до субфебрильной и лишь временами поднималась до высоких цифр. Причину септического состояния установить не удалось. Через 2 месяца со дня операции, по настоятельной просьбе больная, находившаяся в удовлетворительном состоянии, но с субфебрильной температурой и незажившими гнойными свищами в области ануса, выписана домой. Спустя месяц после выписки больная отметила сильные боли в области свищей, далее сначала из одного, а на 3 день из второго свища показались марлевые салфетки, которые больная удалила сама. Вскоре свищи закрылись, боль стихла, состояние стало улучшаться.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что условия для инородных тел, оставляемых в ране или в брюшной полости, до сих пор не изменились, что не исключает возможности повторения несчастных случаев.

Во избежание их необходимо: спокойствие и осмотрительность хирургов и операционных сестер во время операции, тщательность проверки области производимой операции на отсутствие инородных тел перед зашиванием раны, применение марлевых шариков и салфеток только на зажимах или длинных нитях, подсчет инструментов до и после операции и рентгенообследование для исключения рентгеноконтрастных инородных тел.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616. 127—005. 8

### А. Л. Гершберг (Куйбышев-обл.). Опыт применения пелентана, фенилина и лимоннокислого натрия при остром инфаркте миокарда

Под наблюдением находилось 108 мужчин и 3 женщины, поступившие в стационар в остром периоде инфаркта миокарда. В возрасте до 40 лет было 5, от 41 до 50 — 35, от 51 до 60 — 55 и старше — 16 больных.

Инфаркт миокарда протекал у всех больных с выраженными клиническими проявлениями острой коронарной недостаточности, с очаговыми некрозами, преимущественно по передней стенке левого желудочка и межжелудочковой перегородке. В основном наблюдалась болевая форма инфаркта миокарда, астматическая и атипичная формы инфаркта миокарда были единичными.

Пелентан в первые дни лечения мы обычно назначали по 0,3 2 раза в день и в дальнейшем дозы индивидуализировались, исходя из показателей протромбина крови. Действие пелентана неизменно в течение суток снижало протромбин крови.

Из 45 больных, леченных пелентаном, перикардит наблюдался у 3, аневризма сердца — у 2. Разрыв сердца произошел у 3 больных, почечные кровотечения — у 2, парез желудочно-кишечного тракта — у одного. Умерло 7 больных.

После отмены пелентана пониженные показатели протромбина крови нередко в течение недели оставались на одинаковом уровне. При длительном применении у отдельных больных наблюдалось появление микрогематурии и изредка — макрогематурии, заставлявшей прекращать антикоагулирующую терапию. Есть некоторые основания предполагать, что разрыв сердца у 3 больных был связан с применением пелентана. Действие пелентана было эффективным в более короткие сроки по сравнению с наиболее испытанным и широко применявшимся ранее дикумарином.

Тромбоэмболические осложнения при лечении фенилином наблюдались у 5 больных, перикардит — у 1, аневризма сердца — у 3. Умерло 5 больных. Значительное снижение протромбинового индекса крови (с 90—100 до 50—55) при приеме фенилина по 0,03 3 раза в день наблюдалось на 2—3 сутки у подавляющего большинства больных.

Фенилин медленно снижал протромбин крови, а в единичных случаях отмечалась пониженная чувствительность к фенилину, даже при увеличении его дозировки. Отмена фенилина или уменьшение его дозы, предпринятые при низких показателях протромбинового индекса, быстро его восстанавливали.

Количество тромбоцитов в крови, продолжительность кровотечения и время свертываемости крови при терапии пелентаном и фенилином не изменялись.

Прием фенилина в течение длительного времени не вызывал никаких побочных отрицательных явлений. Только в единичных случаях наблюдалась быстро преходя-