

Канд. мед. наук П. П. Локтионов, Г. М. Захаров, В. А. Теплых (Ижевск).
 Повреждение поджелудочной железы при закрытой травме живота

Повреждения поджелудочной железы представляют большие трудности для диагностики, вследствие чего летальность при них колеблется от 12 до 43,5% (А. В. Бельский).

Приводим два наблюдения.

Р., 20 лет, доставлен в стационар 10/V 1972 г. в 19 час. 40 мин. с жалобами на приступообразные боли в животе, больше в правом подреберье, слабость, сухость во рту. 5/V 1972 г. в 6 часов во время физзарядки получил травму живота, терял сознание. Был доставлен в медпункт. Беспокоили умеренные боли в животе, которые к вечеру усилились.

При поступлении общее состояние тяжелое, лицо несколько гиперемировано. Пульс 60 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 150/100 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздутый, мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Орнтера справа резко положительный. Печеночная тупость сохранена. В верхних отделах умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины. Кишечные шумы не выслушиваются. Стула не было сутки. Мочился больно дважды самостоятельно. После осмотра создалось впечатление о повреждении органов брюшной полости.

Решено произвести диагностическую верхнесрединную лапаротомию. Перед операцией внутримышечно введено 2 мл 1% раствора омнопона, 2 мл 2,5% раствора ди-медрола и 1 мл аминазина.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина вскрыта брюшная полость разрезом от мечевидного отростка до пупочного кольца. Кишечник вздут, желудок наполнен пищей. Из-под верхнего края печени поступает темная кровь. Брыжейка поперечной ободочной кишки надорвана, имеет вид массивной гематомы. Печень и селезенка не повреждены. В области поджелудочной железы массивное кровоизлияние. Капсула не нарушена. Произведено ушивание брыжейки. В глубину раны положена гемостатическая губка, введены антибиотики, тампоны и полихлорвиниловый дренаж. Рана послойно ушита до тампонов и дренажей. За время операции перелито 250 мл крови 0 (I) группы, 1000 мл 5% раствора глюкозы, 5 мл викасола, 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

В послеоперационном периоде состояние тяжелое. Температура 38°. Количество диастазы в моче колебалось от 2048 до 32 ед. Больному назначен голод в течение 6 дней, лед на живот, сердечные средства, паранефральные блокады, переливание крови, физиологического раствора, внутривенное введение 0,25% раствора новокаина до 200 мл в сутки, витамины В₁, В₁₂, В₆, сухая плазма, аминокислота, 1 мл 0,1% атропина 2 раза в сутки; 1 мл 2% промедола с 2 мл 2,5% пипольфена 3 раза в сутки; гипертонические клизмы, прозерин по 2 мл 2 раза в сутки, внутривенно гипертонический раствор хлористого натрия по 60 мл 1 раз в сутки. С первого дня внутривенно капельно вводили контрикал по 10000 ед., олеоморфоциклин по 25 тыс. ЕД через 8 часов в систему. При срыгивании, тошноте делали промывание желудка через зонд. До 18/V отмечалось выделение из раны жидкости с желтоватым оттенком. Постепенно рана закрылась полностью. 18/V состояние больного хорошее. Все назначения отменены. Через 1,5 месяца с момента травмы больной выписан из стационара.

Б., 20 лет, поступил 27/XI 1972 г. в 22 часа. Накануне получил закрытую травму живота. Неоднократно была рвота, беспокоят боли в животе. При поступлении повторилась рвота жидкостью с примесью желчи. Пульс 130 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, сухой. Живот не участвует в акте дыхания. Отмечается резкая болезненность по всему животу. С диагнозом «закрытая травма живота» больной взят на операцию.

Под эфирно-кислородным наркозом вскрыта брюшная полость. При ревизии найдено около 500 мл серозно-геморрагической жидкости. После ее удаления в области головки поджелудочной железы обнаружено отверстие, из которого вытекает сок поджелудочной железы. Вся стенка железы резко инфильтрирована. Произведено ушивание отверстия шелком. К железе подведен резиновый дренаж.

Послеоперационный период протекал тяжело. Количество диастазы в моче составляло от 512 до 64 ед. Лечебный комплекс включал те же средства, что и описанный выше, но контрикал заменили тризололом (по 10 000 ед.). Из антибиотиков применяли тетраолеан по 250 тыс. ЕД через 8 часов.

Больной через 2 месяца выписан из стационара.

Через год самочувствие обоих пациентов удовлетворительное, трудоспособность не ограничена, какой-либо диеты они не придерживаются.

УДК 616.346.2-002.1:616.34-008.87

Н. А. Мизуров (Канаш Чув. АССР).

Характеристика микрофлоры брюшной полости при остром аппендиците

Нами проведено бактериологическое исследование найденного во время аппендэктомии выпота из брюшной полости у 192 больных. У 33 из них экссудат был серозным, у 98 — серозно-гнойным и у 61 — гнойным.

При посеве экссудата микробная флора высевалась у 82 больных (42,7%). У подавляющей части этих больных воспалительный процесс был вызван кишечной палочкой и стафилококками. Монокультура была высеяна в 91%, ассоциация микробов — в 9%. Основную группу микробов, вызвавших патологический процесс, в 45% наблюдений составляла кишечная палочка. Кроме того, в 9% кишечная палочка определялась в ассоциации со стафилококком. Вторую по частоте группу составляли стафилококки (43,5%). Низкий процент высеваемости стрептококка, отсутствие анаэробов, констатированные нами, отмечены и другими авторами. Сравнивая наши данные с результатами исследований других авторов, мы пришли к выводу, что характер микрофлоры выпота из брюшной полости при остром аппендиците несколько изменился в сторону большей высеваемости стафилококков и увеличения числа микробных ассоциаций. Следует отметить, что у всех больных с серозным экссудатом посев оказался стерильным; это свидетельствует о реактивном характере серозного выпота. При серозно-гнойном экссудате микрофлора высеяна у 30, а при гноynom — у 52 больных, что характеризует рост высева микрофлоры по мере нагноения экссудата. При гистологическом исследовании удаленных червеобразных отростков катаральный аппендицит установлен у 51 пациента, флегмонозный — у 113 и гангренозный — у 28. Из 141 больного, оперированного по поводу деструктивных форм острого аппендицита, нагноение операционной раны и заживление ее вторичным натяжением произошли у 6, причем, как показывают наши данные, рана нагнаивалась у тех больных, у которых высевалась микробная ассоциация. Определение антибиотикорезистентности микробной флоры показало, что устойчивость штаммов к пенициллину составляла 81%, к стрептомицину — 70%, мономицину — 40%, левомицетину — 42%, тетрациклину — 64%, эритромицину — 28%, неомицину — 35%, канамицину — 20%, олеандомицину — 27%.

Следует отметить высокую устойчивость, особенно к пенициллину и стрептомицину (86%), микрофлоры микробных ассоциаций.

Выраженный рост устойчивости микроорганизмов, выделенных из выпота брюшной полости, обусловлен, по-видимому, чрезвычайно широким применением этих препаратов в лечебной практике. Наиболее высокой антибактериальной активностью по отношению к микрофлоре, высеянной из брюшной полости, обладают антибиотики неэмпирического ряда. Это диктует необходимость использования их в профилактике и лечении послеоперационных осложнений.

УДК 616.34—007.43—031:611.959

Е. С. Петров, Р. В. Фролкин (Куйбышев-обл.). Ущемленная грыжа треугольника Пти

Поясничные грыжи встречаются редко. Известно, что они выходят из брюшной полости через ее стенку в наиболее слабых местах, которыми являются треугольник Грюнфельда — Лесгафта и треугольник Пти.

В мировой литературе встречаются лишь единичные сообщения об ущемленных грыжах треугольника Пти. Приводим наше наблюдение.

Л., 65 лет, поступила в хирургическое отделение 22/1 1976 г. в 18 час. 25 мин. с диагнозом: ущемленная грыжа (без указания места локализации). Считает себя больной с августа 1975 г., когда впервые в поясничной области справа периодически стало появляться опухолевидное образование, свободно вправлявшееся в брюшную полость. 22/1 1976 г. в 5 часов утра оно появилось вновь, однако вправить его не удалось, возникли резкие боли в этом месте, тошнота, рвота.

Общее состояние при поступлении средней тяжести, больная беспокойна. В приемном покое у нее была повторная рвота. Телосложение правильное. Дыхание в легких везикулярное, над легочными полями прослушиваются сухие хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 105 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в правых его отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. При осмотре и пальпации поясничной области справа над гребнем подвздошной кости определяется опухолевидное образование туго-эластической консистенции, размерами 20×10 см, резко болезненное и не вправляющееся в брюшную полость.

Предоперационный диагноз: ущемленная грыжа треугольника Пти, острая кишечная непроходимость. Под общим эндотрахеальным наркозом косым разрезом по гребню подвздошной кости длиной 20 см послойно рассенены ткани до грыжевого мешка. Обнаружено, что ущемляющее кольцо образуют свободные края наружной косой мышцы живота, широкой мышцы спины и гребень подвздошной кости; грыжевое содержимое составляет забрюшинная клетчатка, купол слепой кишки и забрюшинная часть восходящей ободочной кишки. Ущемляющее кольцо было рассечено в сторону наружной косой мышцы живота, освобожденные органы оказались жизнеспособными. После погружения их в забрюшинное пространство произведена пластика грыжевых ворот (размеры 4×5×6 см) местными тканями. Забрюшинная клетчатка дренирована по Редону. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 9-й день сняты швы и больная выписана. При повторном осмотре через 5 месяцев состояние удовлетворительное, рецидива нет.

Распознавание грыжи треугольника Пти не представляет больших затруднений.