

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.

Нужно только помнить, что хотя грыжи этой локализации встречаются редко, при наличии выпячивания в поясничной области нельзя производить пункций и разрезов пока не исключена с достоверностью грыжа. Необходимо дифференцировать поясничные грыжи от холодных натечников, липом, фибром и гематом этой области.

УДК 618.31

М. А. Давыдова, Т. П. Дмитриевская (Казань). Беременность в зачаточном роге матки

Беременность в зачаточном роге матки относится к редким формам патологии. Прерывание беременности всегда происходит по типу наружного разрыва плодоемкости и сопровождается обильным кровотечением, опасным для жизни женщины.

За 15 лет в гинекологическом отделении Казанской дорожной клинической больницы № 2 были прооперированы по поводу внематочной беременности 255 женщин; из них у 253 оказалась трубная беременность, у 1 — брюшная и у 1 (0,4% всех больных с внематочной беременностью) — беременность в рудиментарном роге.

Приводим наше наблюдение.

Больная 22 лет поступила в гинекологическое отделение 20/VII 1975 г. с диагнозом: киста левого яичника с явлениями частичного перекрута ножки опухоли. Менструация с 14 лет, цикл установился сразу, первая беременность завершилась нормальными срочными родами десять месяцев назад. Последняя нормальная менструация — 14/V 1975 г.

Пациентка считает себя больной в течение 6 месяцев, когда появились боли внизу живота слева. Лечилась амбулаторно по поводу воспалительной опухоли левых придатков матки, улучшения не было. В последнее время боли усилились.

Пациентка правильного телосложения, среднего роста, нормальной упитанности. Данные бимануального исследования: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Матка в правильном положении, увеличена до 6—7-недельной беременности, округлая, мягкая, подвижная, безболезненная. Правые придатки не увеличены. Слева и спереди от матки определяется опухоль округлой формы, величиною с женский кулак, тестоватой консистенции, подвижная, безболезненная. Выделения белого цвета.

Диагноз: маточная беременность 6—7 недель, киста левого яичника (дермоидная?).

Анализ крови и мочи не выявил патологических изменений. Назначена операция. Перед операцией 25/VII 1975 г. был произведен аборт — добыт соскоб, состоящий из сочной, рыхлой ткани без плода. Результат гистологического исследования соскоба из полости матки: децидуальная ткань, ворсин хориона нет. При повторном двуручном исследовании больной получены те же данные, что и 25/VII 1975 г. Поставлен диагноз — киста левого яичника с явлениями частичного перекрута ножки опухоли (больная жаловалась на боли в области опухоли) и назначена операция.

31/VII 1975 г. произведена лапаротомия. Тело матки с правыми придатками увеличено до 6—7 недель. Слева на уровне внутреннего зева от матки отходит тяж (длиною в 4 см и шириною в 0,75 см) к рудиментарному рогу матки с левыми придатками. Последний величиною с женский кулак, округлой формы. Правая круглая связка отходит от правого рога, левая — от рудиментарного левого рога матки. Правый яичник увеличен до размеров сливы, в нем содержится желтое тело. Левый яичник и трубы без изменений.

Рудиментарный рог вместе с его трубой отсечен, а отсеченная от удаленного рога круглая связка подшита ко дну оставшегося второго рога матки.

При вскрытии удаленного рудиментарного рога в его полости обнаружено неизменное плодное яйцо, соответствующее 9—10-недельной беременности; плод длиною в 5 см. Толщина стенки рога 1—1,5 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 12-й день после операции в хорошем состоянии. При повторном осмотре 3/XII 1975 г. патологических изменений в половых органах не обнаружено. Боли внизу живота слева после операции исчезли.

Практический интерес нашего наблюдения состоит в том, что оно наглядно показывает, как отсутствие настороженности врача по отношению к редко встречающейся патологии приводит к диагностическим ошибкам даже при наличии достаточно демонстративных симптомов. Действительно, при выскабливании полости матки была добыта только децидуальная ткань без плода и определялась опухоль, по своей величине соответствующая предполагаемому сроку беременности. По этим признакам, безусловно, можно было предположить истинный характер патологии.

Боли внизу живота слева у больной были связаны, по-видимому, с рудиментарным рогом матки, так как после его удаления они исчезли. Возможно, вследствие подвижности рога происходило натяжение отходящих от него связок, и это могло вызвать ощущение боли.