

В 9 ч следующего утра состояние тяжелое: больная бледная, лицо покрыто холодным потом. Пульс едва прощупывается, частота 130—140 уд. в 1 мин. АД—10,6/6,6 кПа (80/50 мм рт. ст.). Нб—1,1 ммоль/л. Из прямой кишки выделилось много крови. В 9 ч 40 мин больная срочно прооперирована. Слепая и восходящая кишки заполнены кровью. Сняты швы с купола слепой кишки. Кетгутовая лигатура разволочена, ослаблена. Обнаружено кровотечение из культи червеобразного отростка. Гемостаз. 15.04.78 г. больная выписана из отделения с выздоровлением.

Т., 16 лет, поступил в хирургическое отделение 16.01.84 г. с диагнозом острого аппендицита. Под местной анестезией разрезом по Волковичу—Дьяконову вскрыта брюшная полость. Флегмонозно-измененный отросток был выведен в рану, брыжейка его перевязана, культя отростка лигирована кетгутом и погружена кистетным и Z-образными швами. Через 15 ч после операции появились общая слабость, головокружение, шум в ушах, обильный черный стул. Кожные покровы бледные. Частота пульса—110 уд. в 1 мин. АД—12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). Обильный стул малоизмененной кровью повторился еще дважды. В ампуле прямой кишки—сгустки свежей крови.

Анализ крови: Нб—1,4 ммоль/л, эр.— $2,55 \cdot 10^{12}$ в 1 л (до операции Нб—1,9 ммоль/л, эр.— $4,0 \cdot 10^{12}$ в 1 л). Назначена гемостатическая терапия. Внутривенно введены растворы хлористого кальция, эпсилонамнокапроновой кислоты, викасола. Перелито 450 мл однокрупной крови. Несмотря на проводимую терапию, из прямой кишки выделилось еще около 500 мл крови. Под интубационным наркозом произведена релапаротомия. Толстый кишечник на всем протяжении заполнен кровью. После снятия Z-образного и кистетного швов культи отростка вывернута в рану, при этом выявлено ослабление кетгутовой лигатуры. Кровотечение происходило из стенки культи. Гемостаз. Перитонизация культи двухрядным узловым серо-серозным швом. Во время операции перелито 500 мл крови и 400 мл полиглюкина. Выписан 28.01.85 г. в удовлетворительном состоянии (Нб—1,7 ммоль/л).

Больные обследованы после операции через 1 мес (ректороманоскопия, ирригоскопия). Патологии со стороны толстого кишечника не обнаружено. Считаем, что причиной кровотечения были технические погрешности при операции.

Необходимо помнить, что внутрикишечные кровотечения являются редким, но вполне возможным осложнением с опасными для жизни последствиями. Источник кровотечения следует в таких случаях искать в области инвагинированной культи отростка. Только ранняя релапаротомия и своевременно предпринятая остановка кровотечения могут обеспечить благоприятный исход кишечных кровотечений после аппендэктомии.

УДК 616.346.2—002—02:616.381—002—053.31—089.87

С. Н. Николаев (Чебоксары). Аппендикулярный перитонит у новорожденного

Дооперационная диагностика острого аппендицита в периоде новорожденности представляет значительные трудности. Оперативное вмешательство таким детям проводится, как правило, в поздние сроки на фоне перитонита или диагноз подтверждается лишь на аутопсии. В настоящее время в отечественной литературе аппендицит описан лишь у 44 новорожденных.

В связи с редкостью заболевания, отсутствием патогномичных симптомов, что затрудняет дифференциальную диагностику аппендицита у новорожденных, мы считаем необходимым сообщить о нашем наблюдении.

Н. родилась в срок от первой беременности с массой тела 3700 г. Беременность у матери протекала с токсикозом, выраженными явлениями ОРВИ при поступлении в родильный дом. Течение родов без осложнений. В момент первого осмотра отмечен увеличенный в размерах живот ребенка. К груди приложена через 6 ч после рождения, сосала хорошо, срыгиваний и рвоты не было, стул был, мочилась. 24.10.84 г. общее состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 38°, девочка стала вялой, адинамичной. Нарастали бледность кожных покровов и дыхательная недостаточность, вздутие живота. В родильном доме проводились инфузионно-трансфузионная, десенсибилизирующая, антибактериальная терапия, медикаментозная стимуляция моторики кишечника. 25.10.84 г. двукратно был непереваренный жидкий стул, прогрессировало вздутие живота.

Выполнен обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости: обнаружены свободный газ под диафрагмой, множественные уровни жидкости с газовыми пузырями. Состояние продолжало ухудшаться, и девочка была переведена в детское хирургическое отделение.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы с иктеричным оттенком, выраженный цианоз лица и акроцианоз, эксикоз и токсикоз. В легких жесткое ослабленное дыхание, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания—56 в 1 мин, тахикардия до 170 в 1 мин. Живот резко увеличен в объеме, передняя брюшная стенка отчетна, подкожная венозная сеть расширена, в нижних отделах—гиперемия, которая распространяется на половые губы и бедро. Перкуторно в верхних отделах брюшной полости определяется тимпанит, в нижних—укорочение звука.

Диагноз: перитонит, язвенно-некротический энтероколит с перфорацией стенки кишки. В течение 2 ч проведена предоперационная подготовка. 25.10.84 выполнены трансректальная лапаротомия справа, аппендэктомия, дренирование брюшной полости. В брюшной полости обнаружен гнойный выпот с примесью каловых масс до 200 мл (при бактериологическом посеве на микрофлору выделена синегнойная палочка, чувствительная к карбенициллину и гентамицину). Брюшина тусклая, утолщенная, с фибринозным налетом на петлях кишечника, селезенке, печени. Большой сальник серо-зеленого цвета, утолщен. Дугласово пространство заполнено изолированным сформированным абсцессом с густым гнойным содержимым до 30 мл. Выявлен деструктивный аппендицит. Червеобразный отросток длиной 3 см, стенка грязно-зеленого цвета, с перфоративным отверстием у основания.

Аппендэктомия выполнена лигатурным способом с дополнительной перитонизацией культи Z-образным швом. Брюшная полость промыта 1,5 л теплого раствора фурациллина. Полость малого таза дренирована через отдельный разрез в левой подвздошной области.

При гистологическом исследовании червеобразного отростка отмечена выраженная лимфоцитарная инфильтрация стенки, местами с участками некроза всех слоев. Лимфоидный аппарат резко атрофичен, серозная оболочка покрыта фибрином и лейкоцитами. Диагноз: флегмонозно-гангренозный перфоративный аппендицит. При бакпосеве мазка из носоглотки выделена синегнойная палочка, чувствительная к карбенициллину и гентамицину.

Послеоперационный период протекал тяжело, с глубокими нарушениями кислотно-щелочного состояния и водно-солевого обмена. На фоне выраженной интоксикации и дыхательной недостаточности 28.10.84 г. ребенок умер.

Патологоанатомический диагноз: гангренозно-перфоративный аппендицит. Диффузный гнойно-фибринозный перитонит. Двусторонняя мелкоочаговая пневмония. Отек легких, мозга и мягких мозговых оболочек. Дистрофия внутренних органов.

УДК 616.381—002—085.38.015.2

Ф. Н. Казанцев, Р. С. Сагитов (Казань). Использование метода гемосорбции в реанимационном отделении

У 33 больных в комплексном лечении нами была применена гемосорбция (табл.). Мужчин было 20, женщины — 13, средний возраст больных — 46 лет. Всего проведен 61 сеанс гемосорбции с использованием активированного угля СКТ-6А. При подготовке сорбционных колонок к работе уголь тщательно промывали 0,9% раствором хлорида натрия с последующим аутопокрытием сорбента белками крови больного.

Перед сеансом гемосорбции больным внутривенно вводили гепарин в дозе 300—350 ед. на 1 кг массы тела. Длительность сеанса составляла 30—90 мин. Оптимальную скорость перфузии, равную 100—150 мл/мин, регулировали роликовым насосом нашей модификации (рац. предложение № 306 от 22.05.1984 г., выданное Казанским ГИДУВом). У 5 больных подключение аппарата для гемосорбции осуществлено путем артериовенозного шунтирования, у остальных — катетеризацией системы верхней и нижней полых вен. Магистралями служили стандартные одноразовые системы для внутривенных переливаний.

Гемосорбцию применяли ограниченно и лишь у особо тяжелых больных, у которых обычные методы интенсивной терапии не могли улучшить, неблагоприятный или даже безнадежный прогноз.

Противопоказаниями к использованию гемосорбции являлись гиповолемия любого генеза, нестабильная гемодинамика и артериальная гипотензия (систолическое АД ниже 12 кПа), геморрагический синдром.

Эффективность гемосорбции оценивали по динамике клинического состояния больного и данным лабораторных исследований. Кроме того, определяли токсичность плазмы крови с помощью биологической пробы на парамециях.

Анализ клинического материала показал, что сеансы гемосорбции сопровождались заметным улучшением состояния больных: уменьшались явления интоксикации и интоксикационных психозов, снижалась токсичность плазмы крови по тесту на парамециях, улучшались показатели метаболизма. При исследовании плазмы на токсичность у 20 здоровых доноров установлено, что время выживания парамеций составля-

Состав больных и результаты примененной гемосорбции

Клинический диагноз	Число больных	Количество сеансов	Умерло
Перитонит разлитой гнойный	10	23	3
Пельвиоперитонит. Сепсис	3	4	—
Панкреонекроз. Перитонит ферментативный	4	8	1
Перитонит диффузный	2	2	—
Непроходимость кишечника острая	2	2	—
Желтуха механическая	3	6	—
Цирроз печени	2	9	—
Острые отравления фосфорорганическими инсектицидами	5	5	1
Алкогольный делирий	2	2	—
Всего	33	61	5