

чувствительность может меняться в процессе лечения, необходимо осуществлять повторные динамические наблюдения и в зависимости от полученных данных производить смену антибиотиков.

Следует подчеркнуть, что только одни антибиотики полностью не определяют успеха лечения. Большое значение принадлежит режиму, уходу, выхаживанию больного. При таких условиях антибиотики действительно приносят большую пользу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашбель С. И. и Соколова В. Г. Клин. мед., 1956, 8. — 2. Ашбель С. И., Азовская И. И. и Соколова В. Г. Врач. дело, 1957, 8. — 3. Благман Г. Ф. и Дуткина М. И. Клин. мед., 1954, 12. — 4. Гусарская И. Л. Тез. докл. научн. конф. молодых ученых научно-исслед. педиатрич. ин-та, М., 1955. — 5. Кашкин П. И. Тез. докл. на расшир. пленуме правления Всеросс. научн. мед. об-ва эпид., микробиол. и инфекц., Л., 1954. — 6. Орехович В. М. Новости медицины, вып. 29, АМН СССР, 1952. — 7. Першин Г. Н. Синтомицин. Медгиз, 1954. — 8. Он же и Несвадьба В. В. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1957, 2. — 9. Сильвестров В. П. и Ярославцев А. Л. Лабораторное дело, 1960, 4. — 10. Эйдельштейн С. И. Антибиотики, 1956, 4.

Поступила 23 сентября 1960 г.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ПЛЕВРО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. Е. Волков

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отделение неотложной хирургии больницы № 5 (зав. отд. — Н. И. Полозова)

Диагностика плевро-легочных заболеваний (плевриты, плевропневмонии, диафрагмиты), протекающих с абдоминальным симптомокомплексом, представляет в практической работе значительные трудности, являясь нередко источником диагностических ошибок. Абдоминальный синдром плевро-легочных заболеваний объясняется преобладанием в клинической картине таких важных симптомов, как боли в животе, напряжение мышц живота, болезненность при пальпации, раздражение брюшины, рвота. Все эти симптомы, как известно, характерны для острой хирургической патологии живота. Возникновение их при плевро-легочных заболеваниях обуславливается иннервационными взаимосвязями между органами грудной и брюшной полостей.

Проведенные нами за последние 2 года клинические наблюдения свидетельствуют, что плевро-легочные заболевания, протекающие с абдоминальным синдромом, встречаются в практической работе не так уж редко и имитируют острый аппендицит, острый холецистит, панкреатит, перфоративную язву желудка, острую кишечную непроходимость. Среди наблюдаемых нами 19 больных были следующие случаи:

1) до операции ставился диагноз острого аппендицита, во время операции червеобразный отросток находили не измененным, а при дальнейшем течении болезни в первые 2—3 суток обнаруживалась пневмония;

2) до операции ставился диагноз перфоративной язвы желудка, во время операции таковой не обнаруживалось, а в дальнейшем выявлена пневмония;

3) пневмония, протекающая с абдоминальным симптомокомплексом, распознавалась правильно сразу же при поступлении больного в клинику или же была выявлена лишь на 2—3 день клинического наблюдения за больным.

В результате ошибочной диагностики из 19 больных оперировано 4. Все неоперированные выздоровели. Из оперированных умер один. Приводим это наблюдение.

Б-ной X., 49 лет, поступил 30/II 1957 г. с диагнозом: перфоративная язва желудка.

Заболел внезапно 17/II. Появились боли в эпигастральной области и левой половине живота. Несколько раз был жидкий стул. Была тошнота. Боли продолжались несколько часов и прошли. 18/II чувствовал себя удовлетворительно. 19/II вечером вновь появились боли в эпигастральной области, которые затем стали ощущаться по всему животу. Имелась тошнота. 20/II был дважды жидкий стул. В анамнезе — хронический гастрит, с 1943 г. туберкулез легких.

Врач скорой помощи поставил диагноз дизентерии и направил больного в инфекционную больницу, где этот диагноз был отвергнут. На консультацию был приглашен квалифицированный хирург, который диагностировал перфоративную язву желудка и направил больного в клинику неотложной хирургии.

Состояние больного тяжелое. Температура — 38°. Цианоз губ. Положение вынужденное: сидит, прижав ноги к животу.

При перкуссии и аускультации органов грудной клетки патологии не найдено. Пульс — 110. Язык сухой, обложен. Живот втянут, в акте дыхания не участвует, напряжен, пальпация его болезненна. Более выраженная болезненность и напряжение мышц отмечаются в эпигастральной области. Симптом Щеткина положительный. Печеночная тупость сохранена. Количество лейкоцитов — 8 500. Диагноз — перфоративная язва желудка.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости патологии не найдено.

22/II консультация терапевта, диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония.

23/II при рентгеноскопии грудной клетки обнаружен выпот в левой плевральной полости. Проводились слева плевральные пункции, при которых добыт гнойный экссудат. В полость плевры вводились антибиотики. Состояние больного прогрессивно ухудшалось. На 21 день после операции наступила смерть.

Патологоанатомический диагноз: левосторонняя эмпиема плевры, гнойный медиастинит, правосторонняя нижнедолевая сливная пневмония, отек легких; мощные плевро-диафрагмальные спайки слева; дистрофия миокарда, печени, гипоплазия селезенки; фиброзно-очаговый туберкулез верхушек легких.

Безусловно, в данном случае лапаротомия, произведенная при нераспознанном плевро-легочном заболевании, ухудшила общее состояние больного.

Однако, необходимо учитывать, что иногда может быть и комбинированное заболевание, когда наряду с плевропневмонией имеется и острый процесс в брюшной полости.

Примером такого сочетанного страдания может служить б-ной А., 27 лет, который поступил в клинику 8/XII-51 г. с диагнозом: острый аппендицит (?), перфоративная язва желудка (?).

Заболел 1/XII 1951 г., появились боли в правой половине груди, кашель с ржавой мокротой, головная боль, общее недомогание. Температура — 38,5°. Не лечился. 7/XII возникли острые боли в эпигастральной области, которые сопровождалась рвотой желудочным содержимым. 8/XII утром боли в животе значительно усилились и локализовались в правой подвздошной области.

Больной в тяжелом состоянии, стонет. Температура — 38°. Положение в постели вынужденное: лежит на правом боку, с приведенными к животу коленями. Черты лица заострены. Легкие: справа в подлопаточной области определяется притупление перкуторного звука с влажными хрипами. Голосовое дрожание усилено.

Сердце: границы расширены влево, на верхушке систолический шум, акцент 2 тона на легочной артерии. Пульс — 100.

Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, резкая болезненность в эпигастральной и правой подвздошной областях. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный.

Больной был осмотрен терапевтом, поставлен диагноз: правосторонняя нижнедолевая пневмония, недостаточность митрального клапана.

При дальнейшем наблюдении за больным в течение 3 часов хирург не мог объяснить состояние больного только пневмонией, и с диагнозом — перфоративная язва желудка, острый аппендицит (?) — больной был оперирован.

Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина произведена лапаротомия, при которой обнаружен перфоративно-гангренозный аппендицит с ограниченным гнойным перитонитом. Червеобразный отросток удален. На 24 день больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Анализ проведенных нами наблюдений показал, что ошибки в диагностике в большинстве случаев зависят от недостаточно тщательного исследования больного.

Отмечено, что абдоминальный синдром при плевро-легочных заболеваниях может встречаться в любом возрасте, но наиболее часто он наблюдается у детей. Симптомокомплекс острого живота чаще симулируют правосторонние нижнедолевые пневмонии. Необходимо учитывать, что в ряде случаев и левосторонние пневмонии могут иногда симулировать острый аппендицит. Можно полагать, что важная роль при этом принадлежит перекрестным иннервационным взаимосвязям.

Приводим одно из наших наблюдений.

Б-ной К., 7 лет, поступил 16/II 1958 г. с диагнозом: острый аппендицит. Жалует-ся на боли в правой подвздошной области.

Заболел 15/II в 3 часа дня: внезапно появились боли в животе, которые сопровож-дались рвотой.

Состояние больного тяжелое, температура — 39,9°. Одышка. Пульс — 130. Язык влажный. Живот имеет правильную конфигурацию, участвует в акте дыхания. Болез-ненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. Симптом Щеткина отри-цательный. Слева в подлопаточной и подмышечной областях выслушиваются мелко-пузырчатые влажные хрипы. Здесь же определяется и притупление перкуторного звука. Количество лейкоцитов — 12 600. Поставлен диагноз: левосторонняя пневмо-ния.

Такие симптомы в клинической картине заболевания, как озноб, одышка, острое начало с высокой температурой, кашель, игра крыльев носа, лихорадочный румянец на щеках, — свидетельствуют о плевро-легочном заболевании. Что касается объективных данных со стороны живота, то при плевро-легочных заболеваниях болезненность при паль-пации носит более поверхностный характер. Глубокая же пальпация обычно не усиливает болей, а напряжение мышц легко преодолевается. Помощь в диагностике может оказать также и выслушивание живота, при котором можно бывает при плевро-легочном заболевании опреде-лить перистальтику кишечника.

Еще большие диагностические трудности возникают при централь-ной пневмонии, при которой первоначальные признаки легочного забо-левания часто завуалированы. Особенно трудно провести дифферен-циальную диагностику для тех больных, у которых в клинической кар-тине преобладает симптомокомплекс острого живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухштаб Я. А. и Каменчик М. Г. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1939, 2—3.
2. Виккер М. М. Неотложная диагностика и врачебная тактика при острых брюшных заболеваниях. Ростиздат, 1938.
3. Джанелидзе Ю. Ю. Собр. соч., 1954, 4.
4. Казаков П. Т. и Фридланд И. Б. Тер. арх., 1937, 4.
5. Самарин Н. Н. Диагностика острого живота. 1952.
6. Углов Ф. Г. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1959, 2.
7. Фишгензон Е. Я. Врач. дело, 1934, 7.

Поступила 18 мая 1959 г.

РОЛЬ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ПЕРЕЖИГАНИИ СПАЕК У БОЛЬНЫХ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Н. И. Краковский и И. П. Конейко

Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР (директор — проф. А. А. Виш-невский) и Московский научно-исследовательский институт туберкулеза
Минздрава РСФСР (директор — В. Ф. Чернышев)

Искусственный пневмоторакс как метод лечения легочного тубер-кулеза имеет достаточно большое распространение в СССР и в ряде зарубежных стран.