

крови по сосудам дает возможность определенно решать вопрос о жизнеспособности органа в зоне ветвления исследуемых сосудов. З. М. Сигалом (1977) была разработана методика определения кровяного давления в экстраорганных и интрамуральных сосудах кишки. Автором установлено, что показателем жизнеспособности пораженной петли кишки после разрешения непроходимости является уровень давления во внутристеночных артериях не ниже 7/5,5 кПа или положительная динамика его, появление систолического давления (пульсирующий ток крови). Не все из перечисленных методов могут быть использованы в клинике, каждый из них имеет ряд недостатков. Например, на основании контроля за перистальтикой нельзя судить о степени поражения ввиду того, что метод не дает достаточной информации о состоянии органа. Полярографический, радиоизотопный, электрофизиологический, капилляроскопический, рН-метрический методы применимы только в экспериментальных условиях; методы, связанные с введением красящих веществ в сосуды брыжейки, не исключают возможности различных осложнений. Наконец, такие методы, как ультразвуковая флоуметрия, люминесцентный анализ мало доступны в работе хирурга из-за сложности. Наиболее целесообразным представляется применение в клинике окклюзионной трансиллюминации в сочетании с измерением артериального и венозного давления в сосудах кишечника ввиду простоты, доступности, безопасности и диагностической ценности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапов Д. А. Клин. мед., 1956, 10. — 2. Ванцян Э. Н., Крендаль А. П. Хирургия, 1969, 10. — 3. Давитая Г. Ш. О жизнеспособности ущемленной кишечной петли и системы машинной диагностики острой кишечной непроходимости у детей. Автореф. канд. дисс., Тбилиси, 1974. — 4. Дедерер Ю. М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. М., Медицина, 1971. — 5. Жвания Г. А., Давитая Г. Ш. В кн.: Научн. труды Тбилисского мед. ин-та, 1973, 25. — 6. Иванов В. В. Вестн. хир., 1966, 4. — 7. Кочнев О. С., Агеев А. Ф. Казанский мед. ж., 1967, 3. — 8. Норенберг-Чарквиани А. Е. Острая непроходимость кишечника. М., Медицина, 1969. — 9. Попов В. И., Филин В. И., Жупан В. Ф. Хирургия, 1966, 11. — 10. Розенгартен М. Ю. В кн.: Труды ГИДУВа, т.26, Казань, 1969. — 11. Сигал М. З. В кн.: Трансиллюминация при операциях на полых органах. М., Медицина, 1974. — 12. Сигал З. М. Вестн. хир., 1977, 5. — 13. Тошаков Р. А., Крендаль А. П. Хирургия, 1971, 3. — 14. Фищенко А. Я. и соавт. Там же, 1979, 7. — 15. Фролов Г. А., Тараненко Л. И. В кн.: Тактика в неотложной хирургии. Саратов, 1976. — 16. Хрячков В. В., Рысенко А. В. В сб.: Научные труды Новосибирского медицинского института, Новосибирск, 1974, т. 75. — 17. Щекотов Г. М. Непроходимость кишечника и ее лечение. М., Медицина, 1966. — 18. Kurstin R. D., Soltonzedden H., Hobson R. W., Wright C. B. Arch. Surg., 1977, 112, 3. — 19. Laughlin E. D., Hammond G. L., Austen W. G. Am J. Surg., 1967, 113, 1. — 20. Lee B. Y., Kaver D., Houssein A., Trainor F. S., McCann W. G. 27 th. Congress of International Society of Surgeons in Kyoto (Japan). МРЖ., 4, 1978, IV.

Поступила 19 февраля 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.27—002—06: [616.328.2—002.3+616.329—003.6]—089

В. В. Байтяков, В. В. Федотов, А. И. Бочаров (Саранск). Инородное тело пищевода, осложнившееся заглоточным абсцессом и медиастинитом

Т., 55 лет, во время еды подавилась рыбьей костью. Через 2 дня поступила в ЛОР-клинику с жалобами на боли в горле, осиплость, резкое затруднение при глотании и дыхании.

Общее состояние больной тяжелое, шея увеличена в размерах за счет отека мягких тканей, кожные покровы бледные, на передней поверхности грудной клетки массивные подкожные кровоизлияния. Больная сохраняет вынужденное положение, не может самостоятельно лечь на кушетку. Пальпация шеи и межлопаточной области вызывает резкую болезненность. Температура 39,3°.

Сердце, легкие, органы пищеварения, нос, уши без особенностей. Слизистая оболочка глотки синюшная, отечная. Вестибулярный отдел гортани отечный. На рентгенограмме определяется утолщение (до 5 см) превертебральных тканей на всем протяжении шейного отдела позвоночника от основания черепа до уровня С₇. Имеется воздушная полость размером 7×2 см. Просвет трахеи сужен. Шейный лордоз спрямлен (см. рис.). Тень средостения в верхних отделах расширена. Прозрачность легочной ткани не изменена. Клинический диагноз: заглоточный абсцесс, медиастинит.

Произведена срочная поднадрезная эзофагоскопия. Инородное тело не обнаружено, слизистая оболочка пищевода резко отечна от входа до среднего сужения. Для профилактики асфиксии сделана верхняя трахеостомия. Осуществлена срочная операция — вскрытие заглоточного абсцесса с обеих сторон, шейная медиастинотомия слева. Разрезом кожи по всему заднему краю кивательной мышцы с обеих сторон тупым путем вскрыто заглоточное пространство, откуда выделился воздух и большое количество темного гноя с ихорозным запахом. Ткани некротизированные, темного цвета, полость распространяется вверх почти до основания черепа и вниз — справа до ключицы, слева ниже ее. Тупым путем по ходу пищевода слева вскрыто средостение, куда введены резиновые трубки для дренажа и промывания.

При бактериологическом исследовании выделен гемолитический плазмокоагулирующий стафилококк, чувствительный к большинству антибиотиков.

В послеоперационном периоде ежедневно несколько раз производили перевязки и туалет раны: промывание перекисью водорода и раствором марганцевокислого калия, частое отсасывание гноя из средостения электроотсосом через дренажные трубки и введение антибиотиков. Параллельно проводили антибиотикотерапию и симптоматическое лечение. В течение 6 дней внутривенно вливали противогангренозную сыворотку в лечебных дозах и неоднократно — одногруппную кровь.

На повторных рентгенограммах в средостении на уровне 6-го ребра определяется полость, содержащая газ и небольшое количество жидкости с горизонтальным уровнем. Произведена медиастинотомия. Через раневой канал по ходу пищевода в заднее средостение введена трубка № 3 эзофагоскопа Мезрина. Клетчатка средостения некротизирована. На вдохе образуется свободная полость, покрытая некротической тканью с незначительным свободным гнойным отделяемым на глубине 10—12 см от ключицы, что указывало на хорошее опорожнение и дренирование средостения. Через 2 нед при повторной медиастинотомии изменения в средостении аналогичные. Пациентка выписана на 59-й день, по выздоровлении.

Таким образом, травма слизистой оболочки глотки инородным телом и анаэробная инфекция привели к развитию заглоточного абсцесса и медиастинита. Своевременное и активное дренирование средостения способствовало выздоровлению больного.



УДК 616.314+616—089]:616.94:312.2

Г. Д. Медведовская, Р. Х. Максудова (Казань). К вопросу о летальных исходах при хирургическом и одонтогенном сепсисе

Мы изучили истории болезни 33 больных (20 мужчин и 13 женщин), умерших от сепсиса в хирургическом и челюстно-лицевом отделениях городской больницы за период с 1967 по 1977 г. 19 из них находились на лечении в хирургическом отделении, 12 — в отделении челюстно-лицевой хирургии, 2 — поочередно в том и другом отделениях.

Заболевания, осложнившиеся сепсисом

Источник сепсиса	Число больных
Фурункулы и карбункулы лица	7
Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания	7
Воспалительные заболевания органов брюшной полости	8
Травмы и инфицированные раны мягких тканей	9
Гнойный паротит	1
Диабетическая гангрена	1
Всего	33

18 больных были старше 60 лет, с клинической картиной общего атеросклероза, коронарокардиосклероза и гипертонической болезни. Источником сепсиса были различные гнойные процессы (см. табл.).

У большинства больных при исследовании гноя высевались стафилококк и кишечная палочка. Клинический диагноз сепсиса во всех случаях был подтвержден на вскрытии.

Приводим выписки из нескольких историй болезни.

М., 36 лет, доставлен из районной больницы в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: периостит нижней челюсти, заглоточный абсцесс. Болен 8 дней.