

Произведена срочная поднокозная эзофагоскопия. Инеродное 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 противогангризную 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 медиастиноскопия. Через раневой канал по ходу пищевода в заднее средостение введен трубка № 3 эзофагоскопа Мезрина. Клетчатка средостения некротизирована. На вдохе образуется свободная полость, покрытая некротической тканью с незначительным свободным гноином отделяемым на глубине 10—12 см от ключицы, что указывало на хорошее опорожнение и дренирование средостения. Через 2 нед при повторной медиастиноскопии изменения в средостении аналогичные. Пациентка выписана на 59-й день, по выздоровлению.

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**

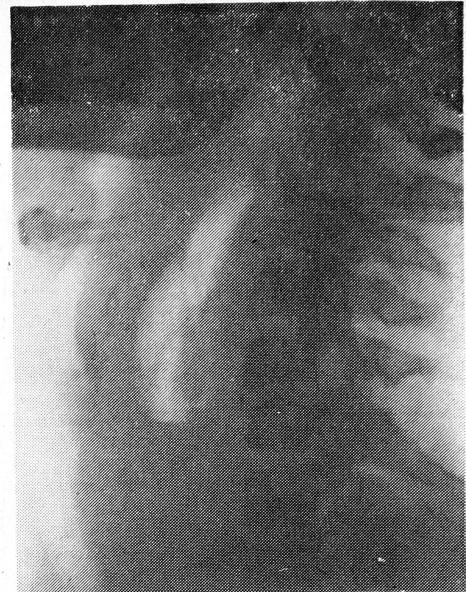
Мы изучили истории болезни 33 больных (20 мужчин и 13 женщин), умерших от сепсиса в хирургическом и челюстно-лицевом отделениях городской больницы за период с 1967 по 1977 г. 19 из них находились на лечении в хирургическом отделении, 12 — в отделении челюстно-лицевой хирургии, 2 — поочередно в том и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

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

У большинства больных при исследовании гноя высеивались 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.



#### **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

Вначале был госпитализирован в районную больницу, где проводилось консервативное лечение, заглоточный абсцесс вскрылся самопроизвольно. В челюстно-лицевом отделении поставлен диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, флегмона левого крыловидно-челюстного пространства. В день поступления, 9/V, произведено расширение свища от вскывшегося заглоточного абсцесса, удаление явившихся источником инфекции 7, 8-го зубов с выскабливанием лунок. Состояние больного не улучшилось, гнойный процесс распространился в подчелюстную область, шею, появилась крепитация. 11 мая сделан широкий воротникообразный разрез в подчелюстной области. Из раны выделился зловонный гнилостно-гангренозный гной. Назначены антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, введена противогангренозная сыворотка.

В последующем развились легочные осложнения. Спустя неделю произведена пункция плевральной полости справа, удалено 1,5 л гноя. Для дальнейшего лечения больной был переведен в хирургическое отделение, где еще дважды делали пункцию плевральной полости, продолжали интенсивное лечение, но через два дня больной скончался. Патологоанатомический диагноз: острый остеомиелит нижней челюсти слева, состояние после вскрытия флегмоны, рото-подчелюстной свищ, гнойный медиастинит, плевропульмональный свищ, ателектаз легкого справа, аспирационная пневмония слева, двусторонний фибринозный плеврит, септикопиемия.

Очень важным в практическом отношении представляется нам анализ смерти двух больных, у которых источником сепсиса был фурункул лица.

Больного И., 28 лет, с фурункулом в области щеки, в течение 5 дней лечили в поликлинике компрессами с ихтиолом без общей терапии, в то время как его необходимо было госпитализировать для проведения всего комплекса мер интенсивной терапии. Больной умер на 3-й день после поступления в стационар.

Больного В., 18 лет, с фурункулом в области носа, двое суток лечили амбулаторно УВЧ и компрессами. В стационаре диагностирована флегмона правой половины лица, которая была вскрыта в день поступления. 11 дней находился на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии, затем с явлениями септикопиемии был переведен в общехирургическое отделение. В том и другом отделении проводилась интенсивная терапия. Больной умер на 36-й день от начала заболевания. Патологоанатомический диагноз: фурункул носа, флебит угловой вены, флегмона левой глазницы, тромбоз кавернозного синуса, двусторонняя стафилококковая пневмония, двусторонний фибринозно-гнойный плеврит, медиастинит, флегмона мягких тканей передней поверхности шеи, гнойный перикардит, флегмона левой половины грудной клетки, остеомиелит 5—6-го ребер, отек ткани головного мозга, септикопиемия. Состояние после торакотомии и трахеостомии.

В том и другом случае больных неоправданно долго лечили амбулаторно. Повидимому, у этих больных была так называемая «молниеносная» форма сепсиса, которая обычно развивается на фоне гиперergicической реакции организма.

УДК 616.712—001.31

### Р. А. Сорокин, С. А. Ширшин, А. С. Телевицкий, И. А. Ермакова (Горький). Осложненная тяжелая закрытая травма груди

Приводим наблюдение тяжелой сочетанной закрытой травмы груди, осложненной травматической пневмонией, двусторонним гемоплевритом, ушибом сердца, гемоперикардитом, ушибом почек, постгеморрагической анемией.

К., 61 года, шофер, упал из кузова автомашины, ударившись спиной об асфальт. Сознания не терял. Кровохаркания не было. Самостоятельно смог доехать до своего садового участка и некоторое время работал там. К вечеру усилились боли в груди, появилась одышка. Для уменьшения болей К. на всю ночь положил на спину электротрелку. За медицинской помощью обратился только через 1,5 суток. В машине скорой помощи доставлен в поликлинику, где при рентгенологическом обследовании была выявлена жидкость в левом синусе и небольшое увеличение границ сердца.

При поступлении в больницу температура 38,5°. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. Пульс 84 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 17/11 кПа. Левая граница сердца на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны чистые, приглушенные. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания, ниже угла лопатки слева дыхание ослаблено. Печень не пальпируется, периферических отеков нет. Анализ крови: Нв 1,5 ммоль/л, эр.  $3 \cdot 10^{12}$  в 1 л, л.  $12 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ 45 мм/ч.

С первого дня назначен пенициллин по 1,5 млн. ЕД в сутки и коргликон (1,0) внутривенно. Однако состояние продолжало ухудшаться, нарастали явления дыхательной и сердечной недостаточности, анемия. Через 3 дня после поступления ритм сердца стал неправильным с частыми полигитными экстракстистолами.

На 11-й день пребывания в стационаре — вынужденное положение (только сидя), выраженный цианоз кожных покровов и слизистых. Яремные вены набухшие, ундулируют. Пульс 120 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 13/8 кПа. Границы сердца значительно