

смерть больной была связана с гнойным маститом, осложнившимся сепсисом. В данном случае оперативное вмешательство произведено с запозданием в результате поздней госпитализации.

Проводимая антибактериальная терапия не смогла предотвратить летального исхода. Вероятно, что отсутствие эффекта от пенициллина, после того как было сделано 7 разрезов и обеспечен отток гноя, было связано с образованием резистентных к пенициллину микробных форм. Возникновение новых гнойников наблюдалось на фоне лечения пенициллином и стрептомицином.

Одновременное введение пенициллина, стрептомицина и левомицетина вряд ли было целесообразным. Если применение стрептомицина вместе с пенициллином усиливает антимикробное действие последнего, то при сочетании пенициллина и левомицетина следует иметь в виду возможность antagonизма в их действиях. Может быть, этим и объясняется то, что левомицетин, несмотря на высокую чувствительность к нему микроорганизмов, не оказал в данном случае лечебного эффекта.

В посехах крови и мазках с клапанов сердца обнаружено большое количество кокков, что свидетельствовало о низком уровне содержания антибиотиков в крови. В этом случае обычное внутримышечное введение антибиотиков и прием антибиотика внутрь оказались недостаточными. Не исключено, что внутривенное введение антибактериальных препаратов обеспечило бы ожидаемое терапевтическое действие. К сожалению, клиника еще не располагает возможностью внутривенного введения левомицетина, несомненно показанного в этом случае.

Приведенные клинические наблюдения дают далеко не полное представление об ошибках в распознавании и лечении осложнений от антибиотиков; важно уметь их распознать в самом начале их появления, вовремя отменить данный антибиотик и назначить десенсибилизирующую терапию. Следует внимательно учитывать особенности чувствительности микробной флоры к выбранному антибиотику, помня о том, что по ходу лечения эта чувствительность меняется, и могут развиться резистентные и даже более активные формы микроорганизмов. Большое внимание следует уделять выбору целесообразной дозировки и вида антибиотика, а в процессе лечения внимательно следить за особенностями реакций организма.

Поступила 22 января 1962 г.

КЛИНИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Канд. мед. наук Г. С. Львов

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А. А. Козырев)
Астраханского медицинского института

Частота повреждений селезенки при закрытых травмах живота довольно высока (Л. П. Александрович — 50%, Б. Е. Имнайшвили — 25%). Несмотря на это, а также весьма опасные, порой смертельные кровотечения, сопровождающие разрыв селезенки, диагностические ошибки весьма нередки. Особенную трудность представляет диагностика разрывов селезенки, когда имеется светлый промежуток между травмой, часто незначительной, и началом сильного внутреннего кровотечения. Порой светлый промежуток составляет несколько дней, иногда месяцев (Ю. Я. Кулик).

Ранения селезенки особой трудности для диагностики не представляют, за исключением тех случаев, где рана кожного покрова не соответствует локализации селезенки.

Абсолютное большинство авторов склонно считать, что разрывы селезенки происходят чаще при патологических изменениях ее, когда набухшая, гиперемированная селезенка рвется даже при незначительной травме. Для разрыва же нормальной селезенки особенно значительная сила (Б. Е. Имнайшвили, Н. И. Березеговский, М. И. Герасимов).

Почти единственным способом лечения разрыва селезенки является удаление кровоточащего органа. При консервативном лечении смертность достигает 85—95%. Лишь некоторые авторы (Т. Е. Гнилорыбов, Л. Я. Стефаненко) допускают возможность шва селезенки при небольшом ее разрыве.

В клиниках общей, факультетской и госпитальной хирургии Астраханского медицинского института за последние 12 лет оперировано 23 больных по поводу травм селезенки. Выздоровели 17 и умерли 6.

Причинами повреждений селезенки были: ушибы живота — 12, ушибы левой половины грудной клетки — 7, спонтанный разрыв — 1, ножевое ранение — 3.

У 10 больных повреждение селезенки сочеталось с травмой других органов: перелом ребер (4), перелом плеча (1), перелом костей черепа (2), разрыв кишки (1), ранение желудка (1), ушиб таза (1).

В одном случае у больного на работе появились боли в левой половине живота, затем они стихли, а через 3 дня внезапно возобновились. Больной оперирован с подозрением на перфоративную язву желудка. Обнаружены множественные мелкие разрывы селезенки. При гистологическом исследовании фиброадения и полнокровие пульпы.

Только 11 больных доставлены в стационар в первые 6 ч. после травмы, остальные — в сроки от 10 ч. до 5 суток.

Абсолютное большинство было доставлено в тяжелом состоянии с резкой бледностью кожных покровов и слизистых. Только у 3 больных отмечено состояние средней тяжести. Сознание, как правило, было ясным, и у 3 больных отмечалось затечение.

Больные жаловались на постоянные боли в левой половине живота. У некоторых боли носили схваткообразный характер по всему животу или локализовались преимущественно в верхнем этаже брюшной полости. Иррадиация болей в левое плечо и в левую ключицу наблюдалась у 3 больных. Симптом «Ваньки-Встаньки», описанный Б. С. Розановым, отмечен у 2 больных.

Отмечалось напряжение мышц живота, особенно в области левого подреберья. У 14 больных наблюдалось вздутие живота, особенно в верхней половине.

Почти у всех отмечено притупление в отлогих частях живота.

У 2 больных был симптом Питт — Баланса.

Напряжение мышц живота преимущественно в левом подреберье в комбинации со свободной жидкостью в брюшной полости и признаками внутреннего кровотечения, по-видимому, наиболее убедительны в диагнозе разрыва селезенки.

У 10 больных пульс был в пределах 52—84, чаще удовлетворительного наполнения, только у 3 слабого наполнения. У остальных пульс был учащен (100—120).

Только 10 больных оперированы с подозрением на разрыв селезенки, остальные взяты на стол с диагнозом «острый живот». В одном случае хирург заподозрил перфоративную язву желудка.

Особенно большой процент неправильной диагностики падает на случаи с двухмоментным разрывом селезенки. Из 7 случаев двухмоментного разрыва селезенки только в 2 был правильно поставлен диагноз. Дезориентирующими моментом является светлый промежуток между травмой и разрывом селезенки, а также иногда сохранение трудоспособности вплоть до момента разрыва селезенки.

Светлый промежуток при двухмоментном разрыве колебался от 1 до 6 суток. Для постановки диагноза двухмоментного разрыва необходим тщательный опрос с целью выяснить механизм травмы. Если приложение травмирующей силы захватывает область селезенки и больной чувствовал боли в левом подреберье, хирург должен помнить о возможности двухмоментного разрыва селезенки.

Для обезболивания у 8 пострадавших применялась только местная анестезия. В технически сложных случаях (8 наблюдений) к местному обезболиванию добавлялся эфирный наркоз. У 7 больных операция начиналась и производилась под эфирным наркозом.

В большинстве случаев при ревизии брюшной полости обнаруживалось большое количество жидкой крови со сгустками.

При исследовании удаленных селезенок в 15 случаях отмечено увеличение органа, и там, где производилось гистологическое исследование (7 наблюдений), обнаружены патоморфологические изменения (фиброадения, гиалиноз сосудов, кровоизлияния, некроз и т. п.).

При опросе больных выясниено, что 9 из них перенесли в прошлом малярию; у 11 сведений о перенесенных заболеваниях не получено.

Таким образом, наши наблюдения в некоторой степени подтверждают мнение тех авторов, которые разрывы селезенки при травмах связывают с патоморфологическими изменениями ее пульпы.

После спленэктомии у 6 больных отмечались различные осложнения (вспышка малярии — у 2, пневмония — у 1, гнойный левосторонний плеврит — у 1, обострение туберкулеза легких — у 1, нагноение раны — у 1).

Больной, у которого возник гнойный плеврит после спленэктомии, имел обширный спаечный процесс купола диафрагмы с верхним полюсом селезенки. По-видимому, здесь инфекция проникла в плевральную полость с брюшной поверхности диафрагмы. У 2 больных было длительное послеоперационное повышение температуры, примечательно, что именно у них на операции обнаружен спаечный периспленит.

По нашим предыдущим исследованиям, проведенным на большом материале клиники проф. Е. Л. Березова, после спленэктомии, как правило, образуется поддиафрагмальная гематома, которая медленно рассасывается, а иногда нагнаивается, чем и объясняется длительно повышенная температура у спленэктомированных.

У всех умерших после операции, помимо разрыва селезенки, были другие повреждения жизненно важных органов.

Все эти больные доставлены в тяжелом состоянии с ярко выраженной картиной шока. Четверо умерли в ближайшие часы от анемизации и шока несмотря на переливание крови и активные противошоковые мероприятия, двое погибли на 5—6 день от присоединившихся осложнений (пневмонии, спличевого перитонита).

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Л. П. Сб. тр. мед. ин-та, Душанбе, том IV, 1949.—2. Анофропова В. С. Сов. мед., 1939, б.—3. Березнеговский Н. И. Повреждения и хирургические заболевания селезенки. Петроград, 1916.—4. Герасимов М. И. Журн. совр. хир., 1929, т. IV, вып. 20.—5. Имайшвили Б. Е. Хирургия, 1954, 7.—6. Куллик Ю. Я. Тр. Новосибирского мед. ин-та усов. врачей, 1938, т. VII.—7. Львов Г. С. Гематологические сдвиги после спленэктомии. Дисс., Горький, 1956.—8. Стефаненко Л. Я. Сов. хир., 1935, 6.

Поступила 21 октября 1960 г.

СПЛЕНЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Проф. А. В. Габай

Кафедра детской хирургии (зав.—проф. А. В. Габай)
Харьковского медицинского института

Среди спленомегалий различного происхождения особое место занимает группа хирургических, при которых оправдано удаление патологически измененной или извращенно функционирующей селезенки.

К изолированным хирургическим спленомегалиям относят: эктопию, разрывы селезенки, доброкачественные (лимфангии, гемангиомы, каверномы) и злокачественные ее новообразования, паразитарные (в частности, эхинококк), непаразитарные и травматические кисты, солитарный туберкулез, микоз селезенки, инфаркт, абсцессы ее, тромбофлебитическую спленомегалию.

К системным хирургическим спленомегалиям причисляют: гемолитическую анемию, тромбопеническую пурпурну, болезнь Коровникова, болезнь Банти и циррозы печени, ретикуло-эндотелиоз Гоше.

Удаление селезенки не ведет к видимым расстройствам, и организм сравнительно легко справляется без нее, так как функции селезенки берут на себя лимфатический аппарат, костный мозг, печень, щитовидная железа.

Учитывая своеобразие реактивности детского организма, следует заранее ожидать, что эффект спленэктомии у растущего организма будет отличаться от такового у взрослых. А так как число длительно прослеженных последствий спленэктомий у детей невелико, то анализ наших наблюдений представляет интерес.

Внутрибрюшинные разрывы селезенки, потребовавшие ее удаления, наблюдались у детей 11, 13 и 15 лет. У одного из них травматический разрыв возник от удара машиной и падения, а у другого — от удара при катании на санках (у одного из них была малярийная селезенка). У третьего ребенка возник самопроизвольный разрыв селезенки с неясным механизмом, так как клинически была распознана ущемленная грыжа белой линии живота, а во время операции установлен, кроме того, разрыв увеличенной селезенки. Все трое больных после спленэктомии выздоровели (срок наблюдения — не менее полугода).

По поводу спленомегалии с инфарктом удаление селезенки производилось нами у двух детей.

Мальчик, 10 лет, имевший в анамнезе пупочный сепсис и другие инфекционные заболевания, страдал на протяжении 7 лет увеличением селезенки и периодическими острыми болями в ней. Печень у него не увеличена, а селезенка выступала на 10 см из-под реберной дуги. Удаленная селезенка оказалась размерами $19 \times 9 \times 6$ см, весом в 600,0, с рубцовым втяжением в 4 см в диаметре на выпукло-боковой поверхности (след инфаркта). Через 3 года после спленэктомии здоров.

Девочка, 15 лет, с различными детскими инфекционными заболеваниями в прошлом, страдала в течение 5 лет болями в животе и увеличением селезенки; отмечено два приступа резких болей — первый с кровавой рвотой 3 года назад и второй — за 3 дня до операции. Размеры удаленной селезенки — $23 \times 18 \times 10$ см, вес — 1100,0. На задней выпуклой ее поверхности типичный участок старого инфаркта $9 \times 6,5$ см; снаружи — другой участок свежего инфаркта, серо-желтый, треугольной формы ($4 \times 1,5$ см). Хорошее состояние прослежено через 2,5 года.

Тромбофлебитическая спленомегалия встречается не часто. Заболеванию обычно предшествует токсисептический процесс (чаще пупочный сепсис). В течении заболевания различают скрытый, явный (сопровождающийся обильными желудочно-кишечными или, реже, другими кровотечениями) и, наконец, период осложнений (распространение тромбозов, инфаркты).

По поводу тромбофлебитической спленомегалии мы оперировали 2 мальчиков в возрасте 5 и 7 лет и одну девочку 3 лет и 2 месяцев через 3—5 лет от начала клинических проявлений болезни. При спленэктомии, представлявшей значительные трудности, наряду со значительным расширением селезеночных и коллатеральных вен, обнаружены значительные, обильно васкуляризованные спайки с окружающими органами.