

этиологии пневмоний. По данным лабораторных (бактериологических и серологических) исследований, многие авторы считают, что в этиологии пневмоний в настоящее время большую роль играют вирусы и микоплазмы (у 30—60% больных), а также грамотрицательные бактерии, которые выделяются из мокроты у 8—56% больных. Мы попытались судить об этиологии пневмоний по терапевтическому тесту. При этом исходили из того, что пенициллин является препаратом узкого спектра действия, оказывающим влияние в основном на грамположительные кокки и не действующим на вирусы, микоплазмы и большинство грамотрицательных бактерий. Отметив выраженный эффект пенициллинотерапии у подавляющего большинства больных (83—97%), мы пришли к заключению, что в этиологии пневмоний главную роль играют грамположительные кокки.

Поступила 6 июля 1983 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 617.55—001.31—072

Р. Ш. Байбулатов (Кемерово). Гипердиагностика тупой травмы живота

В клинике общей хирургии Кемеровского мединститута с 1966 по 1982 г. на стационарном лечении находилось 208 больных с тупой травмой живота. Оперативному лечению подверглись 135, консервативному — 73 человека. Эксплоративные лапаротомии были выполнены у 12 (8,9%) пострадавших (мужчин — 10, женщин — 2). В возрасте до 19 лет был 1 больной, от 20 до 29 — 1, от 30 до 39 — 6, от 40 до 49 — 3, от 60 до 69 — 1. Тупая травма живота вследствие автодорожной катастрофы была у 1 больной, от удара в живот — у 7, при падении с высоты — у 4. Изолированная травма передней брюшной стенки наблюдалась у 2, сочетанная — у 10 лиц. Травма передней брюшной стенки сочеталась с черепно-мозговой травмой у 3, переломом бедра — у 2, с забрюшинными гематомами — у 3, посттравматическим панкреатитом — у 1 больного.

Диагностические лапаротомии выполнялись на основании следующей клинической картины: боли в брюшной полости со склонностью к нарастанию, вздутие живота, рвота и положительные симптомы раздражения брюшины. Из 12 больных с травмой живота, подвергнутых эксплоративной лапаротомии, выписано 11, умерла на операционном столе одна больная. Анализ клинического материала подтверждает многочисленные литературные данные о небезопасности эксплоративных лапаротомий у больных с сочетанной травмой. Приводим краткую выписку из истории болезни.

В., 65 лет, госпитализирована в клинику общей хирургии 31/VIII 1975 г. с диагнозом: тупая травма живота с повреждением внутренних органов, перелом шейки правого бедра, шок II степени. Доставлена через 60 мин после автодорожного происшествия. Жалуется на боли в животе и в правом бедре, слабость.

При осмотре состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Сознание сохранено, больная заторможена. Тоны сердца приглушены. АД — 14,6/8,0 кПа, частота пульса — 120 уд. в 1 мин, шоковый коэффициент — 1,12. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, у основания обложен белым налетом. Живот правильной формы, ограниченно участвует в акте дыхания. В правом мезогастрii — подкожная гематома размером 13×8 см. При пальпации живот мягкий, болезненный в области гематомы. Симптом раздражения брюшины слабо положительные. Перистальтика кишечника ослаблена. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. На рентгенограммах определяется перелом шейки правой бедренной кости. Через 2 ч после поступления в отделение в связи с нарастанием болей в брюшной полости больной выполнена эксплоративная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости АД снизилось до 5,3/0 кПа. Введение гидрокортизона, мезатона, блокада корня брюжки новокаином, переливание крови эффекта не дали. Через 10 мин констатирована остановка сердечной деятельности. Массаж сердца через диафрагму, искусственная вентиляция легких, медикаментозная терапия оказались неэффективными. Смерть наступила на операционном столе. Повреждений органов брюшной полости не выявлено.

В подавляющем большинстве наблюдений показания к операции ставились на основании клинической картины, диагностический лапароцентез был выполнен в одном наблюдении. При лапароцентезе крови не получено, однако динамика клинической картины продиктовала необходимость лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости повреждений не выявлено.

Диагностика тупой травмы живота представляет большие трудности. Она обусловлена извращением клинической картины: черепно-мозговая травма, забрюшинные гематомы, переломы ребер, бедра в сочетании с ушибом передней брюшной стенки сопровождаются клинической картиной острой абдоминальной патологии. В указанных ситуациях клиническая диагностика оказывается несостоятельной. Избежать напрасных

лапаротомий у больных с тупой травмой живота можно за счет форсированного применения дополнительных инструментальных методов исследования: рентгенологического исследования брюшной полости, эхотомоскопии, лапароцентеза с лаважем брюшной полости и цитологическим исследованием промывной жидкости и лапароскопии. Указанный диагностический комплекс, который применяется с 1981 г., разрешает диагностические трудности и позволяет воздерживаться от далеко не безопасных диагностических лапаротомий.

УДК 616.756.22—007.43—013

Г. В. Токарев (Ленингородск, ТАССР). Три случая эмбриональной грыжи пупочного канатика в одной семье

Эмбриональная грыжа пупочного канатика относится к довольно редко встречающимся заболеваниям. Мы располагаем тремя наблюдениями эмбриональной грыжи пупочного канатика в одной семье. Родители здоровы, не являются родственниками, наследственность не отягощена.

Первая беременность у матери наступила в 1975 г. В период беременности мать работала на производстве, связанном с профессиональными вредностями. Родилась девочка с малой эмбриональной грыжей, оперирована по экстренным показаниям. В настоящее время ребенок отстает в физическом и умственном развитии. Последующие беременности протекали без осложнений.

Девочка С., 10/VI 1981 г. рождения, от 4-й беременности, вторых родов, поступила из родильного дома спустя 40 мин после рождения по поводу эмбриональной грыжи пупочного канатика средних размеров. Роды в ножном предлежании, масса тела при рождении — 4 300 г, рост — 58 см.

При первичном осмотре обнаружена эмбриональная грыжа пупочного канатика средних размеров (диаметр — около 5 см), высокое стояние неба, макроглоссия, деформация стоп, деформация ушных раковин.

Начато консервативное лечение согласно общепринятой методике, общеукрепляющая, стимулирующая и антибактериальная терапия. 15/VI 1981 г. наступила перфорация оболочек вследствие их инфицирования. После кратковременной предоперационной подготовки девочка была прооперирована.

На операции обнаружена перфорация подвздошной кишки на расстоянии 15 см от баугиниевой заслонки, гнойно-фибринозный перитонит. При ревизии органов брюшной полости выявлен незавершенный поворот кишечника, удвоение тощей кишки. Ввиду крайне тяжелого состояния произведена операция в минимальном объеме: брюшная полость промыта, санирована, проксимальный отдел подвздошной кишки выведен на брюшную стенку в виде свища, дистальный ушит наглухо.

В послеоперационном периоде девочка получала массивную инфузионную и антибактериальную терапию. Послеоперационный период протекал крайне тяжело с явлениями паралитической кишечной непроходимости.

20/VI 1981 г. наступила эвентерация кишечника. Оперирована повторно по жизненным показаниям, произведено устранение эвентерации, санация брюшной полости. Несмотря на интенсивную терапию, через 3 дня наступила смерть ребенка.

Патологоанатомический диагноз: эмбриональная грыжа пупочного канатика с разрывом грыжевых оболочек. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Перфорация подвздошной кишки. Незавершенный поворот кишечника, удвоение тощей кишки. Неполный эмбриогенный анкилоз в локтевых суставах. Макроглоссия, двурогость матки.

19/VI—1982 г.—3-и роды. В ягодичном предлежании родилась девочка с массой тела 4600 г и ростом 59 см. Спустя 40 мин переведена в детское хирургическое отделение. При осмотре выявлены макроглоссия, множественные стигмы дизэмбриогенеза, большая эмбриональная грыжа пупочного канатика, в состав которой входили петли тонкого кишечника, доля печени. Диаметр грыжевых ворот — около 7 см. После кратковременной предоперационной подготовки выполнена лапаротомия, одномоментная пластика передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде, протекавшем тяжело, производилась инфузионная и антибактериальная терапия.

23/VI наступила эвентерация кишечника. Произведена релапаротомия и устранение эвентерации. С целью снижения внутрибрюшного давления выполнена спленэктомия.

Послеоперационный период протекал тяжело. Неоднократно консультирована: невропатологом, эндокринологом. Невропатолог диагностировал врожденную дизонтогенную антенатальную энцефалопатию с симптомами адинамии. Получала соответствующую терапию. Выписана на 31-й день с момента поступления под наблюдение невропатолога, педиатра и хирурга.

Спустя 4 мес после выписки стационарно проведен курс противоспаечной терапии. Осмотрена в марте 1983 г., находится под наблюдением педиатра и невропатолога.

Приведенные наблюдения, на наш взгляд, представляют значительный интерес ввиду редкости подобных пороков развития.