

Къ казуистикѣ подкожныхъ разрывовъ внутренностей живота.

Д-ра В. А. Перимова.

При поврежденіяхъ живота для хирурга всегда является самымъ важнымъ рѣшить вопросъ: нужно-ли оперировать? И если при ранахъ живота всегда приходится высказываться за операцію, за расширеніе раны, въ цѣляхъ какъ дезинфекціи, такъ и діагноза, то при подкожныхъ поврежденіяхъ органовъ живота дѣло обстоитъ несравненно труднѣе. Въ первые часы послѣ несчастнаго случая часто невозможно рѣшить, есть-ли разрывъ какаго либо изъ внутреннихъ органовъ живота, имѣется-ли внутреннее кровотеченіе. Картина затемняется травматическимъ шокомъ: блѣдность покрововъ, малый пульсъ могутъ говорить за внутреннее кровотеченіе и за шокъ; напряженіе мышцъ живота, вызванное траумой, симулируетъ поврежденіе органовъ. Между тѣмъ, практика показала, что чѣмъ раньше при разрывахъ внутреннихъ органовъ сдѣлана операція, тѣмъ предсказаніе лучше. Съ другой стороны, оперировать больного, находящагося въ состояніи шока, является часто предпріятіемъ опаснымъ, и производитъ операцію, не имѣя достаточныхъ основаній, рѣшится не всякій. Въ виду этихъ соображеній, а также сравнительной рѣдкости подкожныхъ разрывовъ, мнѣ кажется не безынтереснымъ сообщить исторіи болѣзни двухъ подобныхъ случаевъ, наблюдавшихся въ Шамовской больницѣ за 3 первые годы ея существованія.

1. Подкожный разрывъ почки.

Подкожные разрывы почки наблюдаются крайне рѣдко. Въ классическомъ трудѣ Israel'я „Хирургическая клиника болѣзней почекъ“, гдѣ собраны 297 оперативныхъ случаевъ на почкахъ, наблюдавшихся за 16 лѣтъ въ его клиникѣ въ Берлинѣ, описанъ только одинъ случай подкожнаго разрыва почки. Küster въ 1896 г.

собралъ всего 306 случаевъ, Delbet—320 сл; на 30000 больныхъ Базельской клиники наблюдалось десять разъ поврежденіе почекъ (0,21%).

Исторія нашего случая такова. 12/xi 11 г. въ городскую Шамовскую больницу былъ доставленъ больной, который разсказалъ слѣдующее. 8/xi, т. е. 4 дня тому назадъ, онъ, поскользнувшись, ударился объ уголь каменной лѣстницы правой половиной живота, почувствовалъ сильныя боли въ животѣ и впалъ въ обморочное состояніе. На квартиру былъ доставленъ въ тяжеломъ состояніи. Въ мочѣ и калѣ крови нѣтъ; все время чувствовалъ сильныя боли въ животѣ. Пользовавшій его врачъ назначилъ покой, діету, ледъ на животъ, морфій подъ кожу. 11/xi утромъ боли значительно увеличились, появилась частая повторная рвота. Status praes. Больной блѣденъ, покрытъ холоднымъ потомъ, животъ вздутъ; въ правой половинѣ живота опредѣляется большая опухоль. Центръ опухоли лежитъ на уровнѣ пупка, она неподвижна, въ чемъ, впрочемъ, убѣдиться довольно трудно, въ виду напряженія стѣнки живота. Животъ вздутъ; m. rectus dext. напряженъ. Сзади на поясницѣ прощупать опухоль не удается. Моча нормальна, суточное количество—700, крови и бѣлка не содержитъ. Рветъ желчью, пульсъ 120, t° 37,8.

12/xii операція, хлороформъ. Разрѣзь спереди, параллельно наружному краю m. recti; оказалось, что имѣемъ дѣло съ смѣщенной и раздутой кровью правой почкой; тогда рана на животѣ зашита, слѣлая поясничная разрѣзь, почка поднята и подтянута швами къ 12-му ребру. Она вскрыта, причемъ выдѣлилось громадное количество крови и сгустковъ. Въ почку введенъ тампонъ и дренажъ. Шовъ на рану. Послѣ операціи появилась кровь въ мочѣ. Теченіе болѣзни гладкое. Кровь изъ дренажа перестала выходить на 6-ой день; остался мочевои свищъ. Въ этомъ случаѣ интересны слѣд. обстоятельства: 1) опухоль не прощупывалась на поясницѣ; какъ выяснилось впоследствии, при болѣе тщательномъ собраньи анамнеза, больной уже 12 лѣтъ страдалъ смѣщенной почкой: почка была смѣщена изъ своего ложа далеко книзу и къ средней линіи; нормальная почка лежитъ такъ глубоко и такъ хорошо защищена, что повреждается крайне рѣдко, разрывъ ея въ зависимости отъ удара въ животъ могъ и случиться только потому, что она спустилась книзу; 2) крови въ мочѣ не было и образовался haematonephrosis. Объясняется это тѣмъ, что пришибѣ, по всей вѣроятности, произошло смѣщеніе почки и „Knicknug“ мочеточника. Послѣ того какъ во время операціи почка была поставлена на нормальное мѣсто, кровь въ мочѣ появилась. Третья особенность та, что у больного была рвота желчью. Этотъ признакъ характеренъ для поврежденія желудка и 12-перстной кишки

или начинающагося перитонита, при разрывахъ почки его обыкновенно не наблюдается. По Тренделенбургу ¹⁾ и Ангереру ²⁾, рвота при контузіяхъ живота безъ поврежденія желудка или кишекъ очень рѣдка и никогда не рветъ желчью

Послѣ операціи у больного выдѣлялось значительное количество мочи черезъ свищъ, и до настоящаго времени свищъ не зажилъ, но мочи выдѣляется черезъ него не болѣе 45,0 въ сутки. Больной переноситъ свищъ вполне хорошо, благодаря остроумному моче-пріемнику, конструированному фельдшеромъ Казанской Шамовской больницы П. М. Котовымъ. Безъ хорошаго мочепріемника присутствіе такого больного было бы непереносимымъ для окружающихъ, т. е. выдѣляющаяся моча отравляла бы весь воздухъ. Въ продажѣ такихъ моче-пріемниковъ не имѣется. Мочепріемникъ сдѣланъ такъ: въ рану вводится длинный дренажъ, одинъ конецъ котораго лежитъ въ ранѣ, другой вставляется въ пузырекъ, который больной носитъ въ карманѣ. Дренажъ проведенъ черезъ узкое отверстіе каучуковой пластинки, величиною въ 15 кв. сант; каучуковая пластинка плотно прилаживается къ наружному отверстию фистулы и привязывается вокругъ туловища каучуковыми тесемками, пришитыми къ угламъ пластинки. Непосредственно надъ пластинкой дренажъ обвязанъ шелковиной, которая въ свою очередь обвязывается вокругъ туловища. Благодаря такому крайне доступному приспособленію, моча не смачиваетъ кожу больного вокругъ наружнаго отверстія фистулы, а вся цѣликомъ попадаетъ въ пузырекъ, лежащій въ карманѣ больного.

II. Разрывъ брызжейки слѣпой кишки.

7/x 11 г. въ Шамовскую больницу доставленъ мальчикъ, попавшій подъ сѣтку трамвая. Stat. praes. Большой блѣдень, пульсъ — 100, животъ вздутъ, давленіе на животъ болѣзненно, крови въ мочѣ и калѣ не имѣется, рвоты нѣтъ.

8/x. Пульсъ 160, частая рвота, животъ вздутъ, метеоризмъ, мышцы живота справа напряжены. Лапаротомія; тонкія кишки, лежащія надъ пупкомъ, сильно вздуты, также сильно вздуты и толстыя кишки. Въ брызжейкѣ слѣпой кишки громадное кровоизліяніе; вставленъ тампонъ, ледъ.

22/x, Рана зажила per primam. 30/x. Больной выписанъ. Операцію производилъ д-ръ В. И. Котеловъ.

Тѣ явленія, которыя наблюдались у больного въ первый день по доставленіи въ больницу, говорили только за ушибъ не было

¹⁾ Beitr. z. Kl. Ch. XVI.

²⁾ Chirurg. Congress 1900.

нибавихъ грозныхъ симптомовъ. Но картина, развившаяся на второй день, заставила предположить разрывъ кишки и начинающійся перитонитъ; пульсъ участился до 160, появилась рвота; метеоризмъ, напряженіе мышцъ живота—все говорило за разрывъ на протяженіи желудочно-кишечнаго тракта. Особенно важно учащеніе пульса: Eichel, въ своей статьѣ „Zur Lehre von den subcutanen Darm-und Mesenterium-Verletzungen“¹⁾, говоритъ, что при подкожныхъ разрывахъ живота изъ всѣхъ описанныхъ симптомовъ важнѣйшимъ показаніемъ къ операціи служитъ учащеніе пульса и его качественныя измѣненія. На операціи оказалось, что разрыва кишекъ не было. Метеоризмъ былъ рѣзко выраженъ и, какъ подтвердилось на операціи, зависѣлъ отъ вздутія части тонкихъ кишекъ и почти всѣхъ толстыхъ. Такой метеоризмъ въ данномъ случаѣ зависѣлъ отъ кровоизліянія въ корень брызжейки, такъ наз. Splanchnicus-Lähmung или spinaler Meteorismus²⁾. Этотъ симптомъ описанъ Brentano, Körte и Stolpler. Наблюдается онъ при тяжелыхъ контузіяхъ таза, позвоночника, а также при кровоизліяніяхъ въ корень брызжейки. Въ нашемъ случаѣ ничѣмъ инымъ этого симптома объяснить нельзя. Учащеніе пульса могло зависѣть отъ высокаго стоянія діафрагмы.

1) Beiträge z. Kl. Ch. m. 22.

2) Brentano. Bauchkontusionen. D. m. W. 1901.