

К КЛИНИКЕ ОБШИРНЫХ ГЕМАТОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Б. Ф. Сквозников

(Куйбышев-обл.)

Мы наблюдали 3 больных с гематомами передней брюшной стенки.

1. Р., 58 лет, доставлена в машине скорой помощи 18/II 1965 г. с жалобами на боли в левой половине живота, тошноту, наличие опухолевидного образования в левой половине живота. Заболела 6 часов назад, боли появились внезапно после сильного кашля, постепенно усиливались.

Живот несколько вздут, напряжен, болезнен, особенно слева, где пальпируется опухолевидное туго-эластической консистенции образование от лона до левого подреберья. Симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный в левой половине живота. Перистальтика кишечника умеренная. Стул и мочеиспускание в норме.

С диагнозом «перекрученная киста левого яичника» больная взята на операцию. Нижним срединным разрезом вскрыта брюшная стенка. Во влагалище прямой мышцы живота слева найдена гематома, окружающие ткани имбибированы кровью, в брюшной полости патологии не обнаружено; определяется выпячивание брюшины на всем протяжении левой половины живота.

Поставлен диагноз: обширная гематома передней брюшной стенки. Брюшная полость послойно ушита наглухо. Слева произведен параректальный разрез длиной 10 см, вскрыта передняя стенка влагалища левой прямой мышцы живота, где оказалось множество сгустков крови. Видимых разрывов прямой мышцы живота и кровотока сосуда не обнаружено. Гематома опорожнена, сгустки удалены, вставлен резиновый выпускник.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

2. Г., 16 лет, доставлен в машине скорой помощи 24/VIII 1965 г. с жалобами на резкую боль внизу живота, больше справа. Час назад, во время езды на велосипеде, упал на руль, почувствовал сильную боль в животе.

Область печени и селезенки безболезненна. Между лонем и пупком справа от средней линии — участок гиперемии кожи диаметром 1,5 см, резко болезненный. Живот не вздут, в нижней половине умеренно болезнен и напряжен, симптомы раздражения брюшины не выражены. При катетеризации получено около 60 мл мочи нормального цвета.

Через час боли не стихают, живот внизу напряжен, болезнен. Симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. С диагнозом тупая травма живота, подозрение на разрыв кишечника больной взят на операцию.

Нижним срединным разрезом от пупка до лона вскрыта брюшная полость. Патологии в брюшной полости не найдено, кроме небольшого количества крови. Справа от разреза — разрыв париетальной брюшины. В просвете влагалища прямой мышцы живота гематома, окружающие ткани имбибированы кровью. Поставлен диагноз: разрыв прямой мышцы живота с гематомой. Брюшная полость послойно ушита наглухо. Нижним параректальным разрезом справа над выпячиванием открыто влагалище прямой мышцы живота. Найден разрыв прямой мышцы живота и париетальной брюшины до 3 см. Кровотока сосуда не обнаружено. Кровь со сгустками удалена, дефект брюшины ушит непрерывным кетгутовым швом, разорванная мышца ушита узловыми кетгутовыми швами.

Послеоперационный период проходил гладко.

3. И., 75 лет, поступила 14/XII 1965 г. с жалобами на боли в левой половине живота, наличие опухолевидного образования слева внизу живота, задержку стула, кашель. Заболела неделю назад, когда после затрудненного акта дефекации появились сильные боли в животе слева; отмечалась тошнота, головокружение. Состояние больной не улучшалось, боль в животе держалась, стула не было около недели. В отделение поступила с диагнозом: непроходимость кишечника, опухоль брюшной полости.

Живот мягкий, умеренно вздут, болезнен слева внизу, где пальпируется опухолевидное образование плотной консистенции. На коже в расположении опухоли синеватые пятна, которые больная заметила в день поступления в приемный покой. Симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика кишечника умеренная. Газы отходят, стула не было около недели.

Дежурным хирургом поставлен диагноз: гематома передней брюшной стенки, копростаз. Произведена пункция опухолевидного образования, получена кровь, удалено около 15 мл крови. Введено 250 тыс. ед. стрептомицина. После очистительной клизмы был обильный стул.

Состояние больной несколько улучшилось. В дальнейшем проводилось консервативное лечение — викасол, CaCl_2 , холод на живот, сердечные средства, антибиотики. Через 10 дней И. выписана в удовлетворительном состоянии. Гематома почти полностью рассосалась.

Лечение гематом передней брюшной стенки в основном консервативное (И. Б. Колондер). При осложнениях нарастающим кровотечением, нагноением гематомы необходимо вскрытие, лигирование сосудов, тампонада.

Приводимые нами наблюдения показывают, что самопроизвольные гематомы передней брюшной стенки встречаются нередко, необходимо помнить об этой патологии и дифференцировать ее от острых заболеваний органов брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюкова В. В. Вестн. хир., 1964, 1. — 2. Колондер И. Б. Там же, 1929, 18. — 3. Эмиров Н. А. Там же, 1965, 11.

УДК 616—002.45—616.346.2—002

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

И. Л. Певцов

*Центральная больница Кировского района г. Куйбышева
(главврач — М. В. Терентьев)*

Из 623 чел., оперированных в отделении по поводу перфораций, 31 был взят на операционный стол с ошибочным диагнозом острого аппендицита. Целью работы служит попытка выяснения причин допущенных ошибок.

Лишь 7 больных поступили в рабочее время, остальные 24 доставлены в вечерние и ночные часы. С диагнозом перфоративной язвы поступил 1 больной. У 5 больных был диагноз «острый живот», у 2 — «обострение язвенной болезни», у 21 — «острый аппендицит», у 1 — «гастроэнтерит», у 1 — «холецистит». При первичном осмотре хирургов в больнице лишь у 7 больных заподозрена язва. При повторном осмотре мнение менялось в пользу острого аппендицита. У 16 больных поставили диагноз «острый аппендицит», у 8 — «перитонит аппендикулярной этиологии».

Затруднения в диагнозе возрастают в связи с продолжительностью заболевания. Недостаточно четкая клиническая картина стирается развивающимся перитонитом. В сроки до 2 часов от начала заболевания были госпитализированы 8 больных, от 2 до 6 часов — 12, от 6 до 12 — 4, через сутки — 7 и больше. Одна больная доставлена через 3 суток после перфорации. Приведенные цифры указывают на встречающиеся ошибки не только в запущенных случаях, но и в начальном периоде после перфорации (в первые 6 часов госпитализировано 20 больных).

15 больных при первичном осмотре жаловались на боли по всему животу без четкой локализации, 7 указывали на боль в правой половине живота, 5 — в правой подвздошной области и лишь 4 жаловались на боли преимущественно в эпигастральной области.

У 27 больных боли появились внезапно, сразу же были сильными, но лишь у 5 они начались в эпигастрии, у 9 — в правой подвздошной области. Боли были сразу же распространенными по всему животу у 6. Не уточнено место появления первых болей у 7 больных. У 4 больных заболевание началось нетипично, с неинтенсивных болей в эпигастральной или правой подвздошной области, которые затем постепенно усиливались.

Рвота считается неспецифическим симптомом для перфоративной язвы желудка. Она чаще отмечается при деструктивном аппендиците, сопровождается развивающийся перитонит. Среди большого числа больных с перфорацией, наблюдавшихся Б. С. Розановым, рвота была у 12%. Среди наших больных рвота была отмечена у 11 из 31. Иногда рвота появлялась одновременно с болью. На тошноту жаловалось 16 чел.

У 20 больных был язвенный анамнез. Некоторые из этих больных раньше лечились по поводу язвенной болезни. Указаний на перенесенные ранее приступы острого аппендицита не было ни у одного больного.

Пульс у большинства поступивших до двух часов был 70—80 в мин., при более поздней госпитализации он был учащен. Лишь у одного больного через 2 часа от начала заболевания был замедленный «вагусный» пульс (50).

Отмечается более тяжелое состояние язвенных больных, а также большая выраженность у них перитонеальных симптомов по сравнению с поступающими в те же сроки с острым аппендицитом. Но с увеличением продолжительности заболевания это различие стирается. У многих больных, поступивших в первые два часа, отмечен «ладьеобразный» живот. В более поздние сроки он был несколько втянутым, иногда уплощенным, слабо участвовал в дыхании, особенно в правой половине. У доставленных через сутки наблюдалось умеренное вздутие живота, напряжение. Передняя брюшная стенка не участвовала в акте дыхания.