

СИМПТОМОКОМПЛЕКС «ОСТРОГО ЖИВОТА» ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПУРПУРЕ (БОЛЕЗНИ ШЕНЛЕЙН — ГЕНОХА) И ТАКТИКА ХИРУРГА

Г. И. Волков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. С. И. Ворончихин)
Ижевского медицинского института

Затруднения при диагностике болезни Шенлейн — Геноха возникают, во-первых, из-за частого отсутствия эктопических симптомов (по данным Сенека и Госсе): в 30% высыпание на теле запаздывает или вообще не возникает; во-вторых, очень часто наблюдаемый при этом заболевании симптомокомплекс «острого живота» имеет большое сходство с аппендицитом, инвагинацией или другими видами непроходимости кишечника. Если учесть, что это заболевание в основном встречается у детей, с которыми порою чрезвычайно трудно установить контакт, становится понятным ряд ошибок в лечении этого заболевания (и необоснованных хирургических вмешательств).

С 1955 г. мы наблюдали 5 больных с абдоминальной пурпурой, у которых отмечались симптомы «острого живота», причем в одном случае это было вызвано инвагинацией, в двух случаях состояние напоминало картину инвагинации, а у остальных — картину острого аппендицита.

На появление при абдоминальной пурпуре симптомов, сходных с острым аппендицитом и инвагинацией, указывают в своих наблюдениях А. М. Стукалюк (1954), Т. С. Вильямовский (1956), М. В. Басс (1954), Б. О. Мильков (1959), Х. И. Фельдман и Р. И. Забара (1954)¹, кроме того, наблюдали картину язвы желудка у двух больных абдоминальной пурпурой. Следует иметь в виду, что в некоторых случаях нельзя категорически отказываться от оперативного вмешательства при абдоминальной пурпуре вследствие того, что иногда (как это приводится в нашем наблюдении) в результате усиленной перистальтики, спазма и расширения отдельных участков кишечника возможна истинная инвагинация или другие виды механической непроходимости кишечника (Т. С. Вильямовский, 1954; Х. И. Фельдман и Р. И. Забара, 1954; Б. М. Свержинская, 1956; С. З. Меклер, 1956).

Инвагинацию кишечника на фоне выраженных признаков болезни Шенлейн — Геноха мы наблюдали у больного Б.

Б-ной Алеша Б., 6 лет, поступил экстренно 9/IV-55 г. с жалобами на приступообразные боли в животе, рвоту. Мать отмечала примесь крови в кале и частые позывы на дефекацию. Больной поступил на вторые сутки с момента заболевания. Заболевание началось с подъема температуры до 38°, а через некоторое время появились точечные кровоизлияния на конечностях.

Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. На внутренней поверхности ног и рук мелкоточечные кровоизлияния. Мальчик ведет себя беспокойно, периодически кричит и принимает разнообразное положение. Температура — 38,3°, пульс — 118. Язык обложен грязно-серым налетом, живот несколько вздут, при пальпации ниже пупка определяется опухолевидное образование продолговатой формы, границы четко определить не удается из-за болезненности и напряжения мышц живота. Положительный симптом Щеткина — Блюмберга по всему животу. Лейкоцитоз — 14 600.

Диагностирована абдоминальная пурпура, осложненная инвагинацией, по поводу чего срочно под эфирным наркозом произведена операция (С. И. Ворончихин).

По вскрытии брюшной полости выделено большое количество геморрагической жидкости. При ревизии обнаружена инвагинация тонкого кишечника в тонкий. Произведена дезинвагинация, сделана резекция нежизнеспособного внедрившегося участка кишечника с последующим анастомозом в конец. Мелкоточечные кровоизлияния отмечены и на брыжейке тонкого кишечника.

В послеоперационном периоде наблюдалось частичное нагноение раны. Выпущенный через 21 день. К этому времени сыпь на теле исчезла.

Через 4 года мальчик здоров.

У другого больного предпринятая лапаротомия оказалась напрасной. Хирургической патологии со стороны кишечника не обнаружено. Активная тактика хирурга была вызвана тем, что в результате геморрагического выпота появились клинические признаки раздражения брюшины.

Б-ной К., 9 лет, доставлен самолетом из районной больницы 29/V-58 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

Мальчик при поступлении жаловался на резкие приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту, частый жидкий стул с примесью алой крови. Рвотные массы имели цвет кофейной гущи.

¹ Хирургия, 1954, 2.

Заболел утром 18/V-58 г., появились боли в животе, к вечеру начались кровавая рвота и частый стул с примесью крови. Первоначально был госпитализирован в участковую больницу, а через неделю переведен в районную больницу, где врачи наблюдали мелкоточечные кровоизлияния на коже конечностей. Лечение проводилось симптоматическое, дважды исследовали кал на дизентерию, но анализы были отрицательными.

Кожные покровы бледны, пониженная упитанность, пульс — 108, температура — 37,8°. Живот мягкий, незначительная болезненность в эпигастральной области. Селезенка не увеличена, симптомов раздражения брюшины нет. 29—31 мая повторялись приступообразные боли в животе, при этом мальчик кричал, принимал самые разнообразные положения, были частые позывы на акт дефекации. Во время приступов болей отмечалось напряжение брюшной стенки, а вне приступа живот всегда был мягким, инвагинат не пальпировался. Аппетит всегда оставался хорошим.

29/V-58 г. Э. — 3 600 000, Л. — 15 000, РОЭ — 8 мм/час, тромбоцитов — 186 000, время кровотечения — 2 мин.

1/VI-58 г. боли возобновились, появились симптомы раздражения брюшины. Диагноз — «запущенная инвагинация кишечника?» Была предпринята операция. По вскрытию брюшной полости выделилось небольшое количество геморрагической жидкости, при ревизии органов брюшной полости обнаружили гиперемии петель тонкого кишечника, точечные кровоизлияния в брыжейке тонкого кишечника, отечную с точечными кровоизлияниями сигмовидную кишку. Другой патологии не нашли.

После операции стул с примесью крови прекратился, состояние постепенно улучшалось, хотя приступообразные боли в животе повторялись еще несколько раз. Через 14 дней для дальнейшего лечения переведен в детскую клинику с диагнозом: «абдоминальная пурпура». Через месяц мальчик выписался в хорошем состоянии.

У третьего больного, кроме симптомов, напоминающих инвагинацию, были признаки одновременного поражения почек, по типу очагового нефрита.

Б-ной Л., 9 лет, доставлен 25/VIII-59 г. самолетом из районной больницы с подозрением на инвагинацию кишечника. Заболел 18/VIII-59 г. Начались боли в низу живота, к вечеру повысилась температура до 39° и появился частый жидкий стул без примеси крови и слизи. 19/VIII-59 г. был госпитализирован в районную больницу с диагнозом «дизентерия» (бактериологически диагноз не подтвердился). 23/VIII-59 г. боли в животе усилились, появилось учащенное мочеиспускание, кал черного цвета. О сыпи в выписке из истории болезни райбольницы указаний не было.

Больной правильного телосложения, упитанность удовлетворительная. Вне приступов болей мальчик сидел, активно разговаривал, но периодически появлялись боли в низу живота, при этом он кричал и садился сразу на судно. Каждый раз выделялось немного мочи и черного цвета кал. Пульс — 102, температура — 38,1°. Язык обложен грязно-серым налетом. Живот мягкий, несколько вздут, брюшная стенка активно участвует в акте дыхания, болезненность в левой подвздошной области. Инвагинат не определяется, симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Ампула прямой кишки свободная. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости видны несколько «чашек Клейбера» в левой половине живота.

25/VIII-59 г.: лейкоцитоз — 18 400, РОЭ — 25 мм/час, лейкоцитарная формула без особенностей. В моче следы белка, эритроцитов 4—5 в поле зрения, гиалиновые цилиндры.

В клинике боли несколько раз повторялись, но состояние быстро стало улучшаться. Проводилось следующее лечение: хлористый кальций внутрь, салициловый натрий и атропин при болях. Повторный анализ крови и мочи от 3/IX-59 г. уклонения от нормы не дал. Для дальнейшего лечения 4/IX-59 г. переведен в детскую клинику с диагнозом — абдоминальная пурпура.

Двое больных находились под наблюдением по поводу подозрения на острый аппендицит, но благодаря одновременному появлению сыпи петехиального типа была диагностирована абдоминальная пурпура, и для дальнейшего лечения больные тоже переведены в клинику детских болезней.

На основании своего небольшого опыта мы считаем, что больные абдоминальной пурпурой при явлениях «острого живота» должны находиться под наблюдением хирурга до полного исключения возможных осложнений.

В затруднительных случаях диагностическая лапаротомия будет оправданной, тем более, что она большой опасности для больного не представляет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басс М. В. Педиатрия, 1954, 4. — 2. Вильямовский Т. С. Хирургия, 1954, 2. — 3. Меклер С. З. Сов. мед., 1956, 10. — 4. Мильков Б. О. Нов. хир. арх., 1959, 4. — 5. Свержинская Б. М. Педиатрия, 1956, 5. — 6. Стукалюк А. М. Хирургия, 1954, 2. — 7. Seneque I. et Gosset J. Chir., 1932, 6.

Поступила 2 октября 1959 г.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Асс. В. М. Цодык

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — проф. Л. Г. Школьников)
Новокузнецкого института усовершенствования врачей

Частота переломов костей таза, осложненных повреждением тазовых органов, колеблется от 6,8% (Е. С. Карпенко) до 33% (К. Д. Аглинцев). Среди других повреждений наиболее часто встречаются разрывы уретры (М. И. Быстрицкий, И. П. Скляров, П. Д. Соловов и др.) и, несколько реже, повреждения мочевого пузыря. Эта группа пострадавших дает наибольшую летальность среди остальных больных с переломами таза, колеблющуюся в среднем от 37,5 до 73% (Е. С. Карпенко, И. П. Скляров).

Среди наших больных с переломами костей таза повреждения мочевыводящих путей отмечены у 32 человек (13,8%). Проникающие разрывы имели 28 больных; 16 — разрывы уретры, 11 — мочевого пузыря и 1 — одновременное повреждение мочевого пузыря и уретры.

Несмотря на большую частоту повреждения мочевыводящих путей при переломах таза, вопросы диагностики и лечения данных повреждений еще окончательно не разрешены.

На наш взгляд, наиболее достоверным и точным методом диагностики является контрастная уретроцистография, которой мы пользуемся с 1952 г. Данный метод не получил еще широкого распространения. Основными доводами его противников являются возможное инфицирование мочевыводящих путей при введении контрастного вещества (в частности, сергозина) и опасность развития некротических процессов в клетчатке малого таза. Но опасения эти значительно преувеличены. Как показали наблюдения Л. Д. Корина (1952 г.), введение сергозина в мышцу, подкожную клетчатку и клетчатку малого таза не вызывает патологических изменений. Между тем, при развитии мочевой инфильтрации, то есть в случаях, когда не диагностируются повреждения мочевыводящих путей, возникают серьезные осложнения (по данным В. Н. Дунчик, мочевая инфильтрация дает до 42% летальных исходов).

Как известно, больные с переломами таза, осложненными повреждением тазовых органов, часто поступают в состоянии глубокого травматического шока. Тяжесть состояния больных лишает хирурга возможности в ранние сроки провести радикальное оперативное лечение, что в большинстве случаев и приводит к летальным исходам. Известный консерватизм при повреждении мочевыводящих путей связан, таким образом, с отсутствием полноценного комплекса противошоковых мероприятий при переломах таза и, в первую очередь, методов полноценного обезболивания. Анестезия при переломах костей таза не проводится вообще или проводится крайне недостаточно.

С 1952 г. для обезболивания переломов костей таза мы применяем внутритазовую анестезию, предложенную проф. Л. Г. Школьниковым и асс. В. П. Селивановым. Техника анестезии: больной в положении на спине. После анестезии кожи, на 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости вкалывается игла со шприцем, которая направляется к внутренней поверхности подвздошной кости и продвигается на глубину 12—14 см. При продвижении иглы все время должна ощущаться близость подвздошной кости. По игле вводится 300—500 мл 0,25% раствора новокаина (при двустороннем переломе — двусторонняя анестезия). Введенный таким образом раствор оказывается в футляре подвздошной мышцы, откуда распространяется по фасциальным пространствам малого таза (нами проведены эксперименты по изучению границ распространения раствора при внутритазовой анестезии). После внутритазовой анестезии наступает полное и длительное обезболивание мест перелома костей таза, которое следует объяснить созданием большого депо анестезирующего раствора и широким его контактом с нервными окончаниями тазового сплетения.

Несмотря на тяжесть состояния наших больных, благодаря полноценному комплексу противошоковых мероприятий (включая внутритазовую анестезию), мы имели возможность провести оперативное лечение в первые часы всем больным с повреждением уретры и 5 больным с разрывом мочевого пузыря (7 человек, помимо разрыва мочевого пузыря, имели другие множественные повреждения, несовместимые с жизнью, и погибли в первые часы после поступления; оперативному лечению эта группа пострадавших не подвергалась).

При подозрении на повреждение мочевыводящих путей мы в обязательном порядке проводили контрастную уретро- или цистографию 40% раствором сергозина (от 30 до 50 мл при уретрографии и от 100 до 150 мл при цистографии). Всего рентгенологическое исследование проведено 25 больным (то есть всем, за исключением 7, погибших в первые часы после поступления). Данные уретроцистографии позволили нам судить о локализации и степени повреждения мочевыводящих путей.