

Больной потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную боль в груди и в животе, тогда же была рвота, был позыв на мочеиспускание, но при попытке помочиться—мочи не было. В прошлом никакими болезнями не страдал, женат, имеет здоровых детей, спиртные напитки употреблял умеренно.

Объективно—язык сухой, живот несколько вздут, сильно напряжен, болезнен. Со стороны органов дыхания отклонений от нормы не обнаружено. Со стороны сердца органический порок сердца (сужение двухстворчатого клапана). В течение всего времени болезни—(1½ суток) больной ни разу не мочился, позывов нет, стул задержан, газы после сифонной клизмы не отходят, частая отрыжка и икота. Катетеризацией мочевого пузыря получено 2—3 столовых ложки крови с запахом мочи. Предположен разрыв мочевого пузыря. Кожные покровы живота нормальны. Никаких ссадин, кровоподтеков не видно. Экстренная операция. Эфирный наркоз (С а з о н т о в). Разрез по средней линии над лобком 8—10 сантиметров, отслоена брюшина вверх, около пузырной клетчатки найдены значительные кровоподтеки. Вскрыта брюшина на месте перехода ее на мочевой пузырь, через отверстие брюшины вытекло большое количество серозно-кровянистой жидкости со сгустками крови. После расширения разреза обнаружен разрыв мочевого пузыря (дно), отверстие имеет неправильную звездообразную форму. Пропускает концы трех пальцев, пузырь заполнен сгустками крови, стенка мочевого пузыря и слизистая нормального цвета. Брюшная полость и мочевой пузырь обсушены, разрыв пузыря зашит трехэтажным кетгутовым, узловатым швом. Шов на брюшину, к месту шва подведен выпускник, в остальном операционная рана зашита послойно. В мочевой пузырь через уретру вставлен мягкий катетр. Пузырь промыт вначале теплым раствором борной кислоты, а затем физиологическим раствором.

22-го—температура 37,5, пульс 90, живот мягче и менее болезнен, отрыжки, рвоты нет, газы не отходили, через катетр выделилось свыше 500 куб. сант. мочи, окрашенной кровью. Промывание пузыря. Urogorin внутрь, после сифонной клизмы часть газов отошла.

23-го—температура 37,6 пульс ровный 96. Язык влажный. Больного самостоятельно прослабило, живот мягкий. Моча выделяется слегка окрашенная кровью. Вечером у больного появился сильный позыв на мочеиспускание. Больной хотел помочиться и в это время выпал катетр. Многократные попытки ввести вновь катетр в мочевой пузырь не увенчались успехом. Вставить же плотный катетр мы не рискнули. Поэтому больной оставлен без катетра.

24-го—температура норма, самочувствие больного хорошее, газы отходят, язык влажный, живот несколько болезненный только внизу. За ночь больной самостоятельно мочился 6 раз, моча слегка окрашена кровью, операционная рана чистая. В конце мочеиспускания разв. частые ложные позывы. Моча окрашена кровью.

25-го—температура норма, больного слабило, мочится самостоятельно, часто, по-малу. Примесь крови незначительная.

26-го—удален тампон, выделений нет. Моча чистая. Мочится 9—10 раз за сутки. Ложных позывов нет.

30-го—сняты швы, заживление гладкое, мочится 10 раз в сутки, моча чистая, жалоб нет.

1-го больной выписан из больницы здоровым.

Богородицкая больница Тульского округа.

Случай успешного оперативного излечения внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря 4-дневной давности.

Д-ра Н. Зерцалова.

7-го марта в 1 час 20 мин. доставлен по железной дороге (со ст. Волово) больной Х. Ф., 58 лет, для оперативного лечения непроходимости кишечника. Распрос дежурного врача (д-ра Крайндель) дал следующие результаты: 4 дня назад после блинов и выпивки (самогона) Х. Ф. оступился во дворе и ушиб нижнюю часть живота; на некоторое время больной потерял сознание. Вскоре появилась боль в животе, рвота, отхождение газов и стул, мочеиспускание прекратились. В ближайшей больнице получил слабительное, но стула не было.

Осмотр: Телосложение и питание хорошее, значительная общая слабость, пульс 120, правильный, слабого наполнения; язык суховат, с сероватым налетом; жалобы на сильные боли в животе; живот значительно и равномерно вздут; перкуторный звук всюду тимпанический, за исключением отлогих частей, где имеется некоторое притупление; стенка живота напряжена, всюду болезненна; двухсторонняя паховая грыжа небольших размеров, вправимая. Поставлен диагноз: „непроходимости кишечника“, получено согласие больного на срочную операцию.

Под морфийно-хлороформным наркозом разрез по средней линии от пупка до лона. Из брюшной полости хлынул поток прозрачной с буровато-красным оттенком жидкости, без запаха. В разрезе предлежат умеренно вздутые петли тонких кишек с гиперемизованным брюшинным покровом; при обследовании рукой, обнаружен разрыв мочевого пузыря в верхне-заднем отделе; разрыв имеет вид сагиттально расположенной щели длиной в 3—4 см., с неровными кровоподтечными краями. Исечение краев разрыва, 2-этажный кетгутовый шов (узловатый) на мочевой пузырь. Удалить всю мочу из брюшной полости не удалось, и часть ее осталась в отлогих местах (не менее 300—400 куб. см.) 2-х этажный шов на брюшную стенку. В нижний конец разреза введен небольшой тампон. Повязка с коллодием.

В 10 час. утра пульс 120, правильный, слабого наполнения. Рвоты не было. Днем мочился 3 раза. Первый раз моча была несколько кровяниста, остальные 2 раза — светлая. Повязка в нижней части немного пропиталась кровянистой жидкостью. Кашель, температура 36,6—37,1, банки, камфора под кожу по 2,0 через 3 часа и уротропин по 0,3х3.

8 марта: t^0 36,7—37,2. Мочеиспускание свободно, моча светлая, пульс 90, правильный, хорошего наполнения. Клизма стула не вызвала. 9 марта: t^0 37,2—37,3. Смена повязки, тампон вынут. 10 марта: t^0 36,6—36,5. Мочеиспускание свободно. Моча нормальная. Самочувствие хорошее.

15 марта швы сняты. Из нижней части разреза выделяется немного кровянистой жидкости с слабым мочевым запахом.

С 26 марта повязка не промокает. 6 апреля выписали с небольшими granulациями в нижней части рубца.

Интерес проводимого случая имеет несколько сторон.

1. Отсутствие точного распознавания не повлекло за собою ничего дурного, так как операция была немедленно предпринята. Ошибка диагноза объясняется сравнительной редкостью подобных повреждений в практике, а с другой стороны — трудно было поверить, что больной не мочился 4 суток и перенес поездку в больницу за несколько десятков верст.

2. Продолжительность нахождения мочи в брюшной полости не оказала влияния на исход операции. Объяснить это можно только стерильностью мочи. Волков пишет: Стерильная моча, скопясь даже в значительном количестве в замкнутой полости брюшины, не вызывает ни местной реакции, ни общей интоксикации (Нов. хир. арх., № 52). Правильность этого положения еще более ясна из факта оставления части мочи в брюшной полости больного.

3. Успех операции, несмотря на порядочный срок от момента повреждения. По Рёкицкому смертность при внутри-брюшных разрывах пузыря достигает почти 90%. Из доступной мне литературы известен случай Юдина, где больной с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря был оперирован с успехом на третьи сутки с предположительным диагнозом прободной язвы желудка (Вестник хирургии и погран. обл., т. XIX).

4. Причинным моментом разрыва пузыря послужило значительное наполнение его, так как больной (как после рассказывал) весьма порядочно выпил самогона, а вследствие того, что и раньше злоупотреблял алкоголем, то возможно допустить и повышенную хрупкость мышц пузыря.