

расширены, тоны глухие, в 4-м межреберье слева у грудины выслушивается шум трения перикарда. Над легкими от середины лопаток книзу — абсолютная тупость, дыхание резко ослаблено. Тахипноэ до 34 в 1 мин. Живот увеличен в объеме. Печень плотная, болезненная, на 2 см ниже уровня пупка. На голенях и стопах большие отеки.

Путем пункции из обеих плевральных полостей эвакуировано по 800 мл геморрагической жидкости, что значительно улучшило состояние больного — через 2 дня исчезли отеки на ногах, сократилась в размерах печень. Быстрое улучшение самочувствия больного после плевральных пункций подтверждало констриктивный генез недостаточности кровообращения. При повторной пункции из левой плевральной полости на 14-й день болезни удален 1 л геморрагической жидкости.

В течение последующих 10 дней больному дважды переливали кровь (по 250 мл), он получал ионостабилизирующий раствор со строфантином — 0,5 мл, лазикс по 2,0 мл через 2 дня и гипотиазид по 100 мг в день, цепорин по 2 млн. ЕД в сутки, сульфодиметоксин, викасол, препараты железа, преднизолон 20 мг в день. Состояние больного под влиянием лечения улучшилось: нормализовалась температура, исчезла сердечная и дыхательная недостаточность. Вместе с тем длительное время сохранялась постгеморрагическая анемия, умеренная протеинурия и микрогематурия. Полностью клинические и рентгенологические признаки гемоплеврита и гемоперикардита исчезли через 33 дня после травмы. Инверсия зубца Т и ST на ЭКГ и единичные экстрасистолы оставались в течение последующих 2 мес. Спустя 3,5 мес состояние больного вполне удовлетворительное, работает шофером.

УДК 616.26—001.5—089

А. М. Иванов (Саратов). Травматический разрыв левого купола диафрагмы с массивным выхождением органов живота в плевральную полость

К., 26 лет, 3/XI 1973 г. во время автомобильной аварии был придавлен рулевым колесом управления автомашины к сидению. Через 15 мин после случившегося извлечен из кабины и доставлен в районную, а затем в областную больницу. Через двое суток после травмы переведен в торакальное отделение 2-й городской клинической больницы.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание сохранено. Беспокоят боли в животе и в левой половине грудной клетки, затрудненное дыхание.

Положение вынужденное — полусидячее. Кожа и слизистые бледные. Грудная клетка асимметрична: левая половина ее отстает при дыхании, Перкуторно над ней определяется тимпанит. Дыхание справа прослушивается хорошо, слева — только в верхних отделах, причем резко ослабленное. Число дыханий 36—40 в 1 мин. Границы сердца не изменены. Тоны ясные. Пульс 96 уд. в 1 мин, удовлетворительных качеств. АД 17,3/10,7 кПа. Живот не вздут, левая половина его втянута. Брюшная стенка напряжена, в акте дыхания не участвует. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в левой половине. Четкого притупления в отлогих местах живота не выявлено. Кишечные шумы не прослушиваются. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный в нижних отделах. Мочеиспускание не нарушено.

На рентгенограмме грудной клетки слева ниже II ребра определяется газовый пузырь с двумя дополнительными тенями с четкими и ровными контурами, на уровне левого купола диафрагмы — широкий горизонтальный уровень жидкости. Легкое поджато кверху, гомогенно затемнено. Средостение не смещено.

На основании клинико-рентгенологических данных у больного диагностирован разрыв левого купола диафрагмы с выхождением в грудную полость желудка и петли толстой кишки.

5/XI 1973 г. произведена тораколапаротомия по VII межреберью слева. В плевральной полости обнаружено 200,0 мл крови. Почти всю плевральную полость занимают $\frac{2}{3}$ желудка, поперечная ободочная кишка, салыник, левая доля печени и селезенка. Капсула селезенки повреждена, кровоточит. В среднем отделе диафрагмы имеется дефект 18,0×10,0 см, расположенный во фронтальной плоскости от пищеводного отверстия до реберно-диафрагмального синуса. Выпавшие в плевральную полость органы не ущемлены.

Попытка устранить кровотечение из селезенки путем ушивания разрыва атравматическими иглами на прокладках из медицинского фетра не увенчалась успехом. Произведена спленэктомия. Желудок, толстая кишка, салыник и левая доля печени перемещены в брюшную полость. Из последней удалено 300 мл прозрачного экссудата с примесью крови без запаха. При осмотре органов брюшной полости выявлены участки кровоизлияния в стенке и брыжейке тонкого кишечника. Других повреждений не обнаружено. В брыжейку тонкого кишечника введен раствор новокаина с антибиотиками. Дефект диафрагмы зашит. Грудная полость дренирована и операционная рана послойно зашита.

Послеоперационное течение гладкое. Через две недели после операции К. выписан в удовлетворительном состоянии.

Осмотрен через 7 лет. Жалоб не предъявляет. Работает шофером. Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, прослушивается над всеми отделами грудной клетки. При рентгенологическом обследовании легочные поля прозрачны, подвижность левого купола диафрагмы ограничена.

УДК 616.366—001.31—06:616.366—089,87

В. П. Суходолов (г. Тольятти). Изолированные повреждения желчного пузыря при тупой травме брюшной полости

Приводим два наблюдения изолированного повреждения желчного пузыря при тупой травме живота.

1. К., 24 лет, упал из окна 5-го этажа. Доставлен в травматологическое отделение через 30 мин службой скорой помощи с диагнозом: тупая травма живота с повреждением внутренних органов: перелом правого бедра; алкогольное опьянение.

При поступлении состояние больного тяжелое. Он в сознании, в контакт вступает с трудом, кожные покровы бледные. АД 12/8 кПа, пульс 130 уд. в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Губы сухие, язык обложен серо-белым налетом. В средней трети правого бедра деформация и резкая болезненность, в правой половине грудной клетки ссадины, четко выявляется перелом 10 и 11-го ребер по передне-подмышечной линии. Живот несколько втянут, правая его половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации в правом подреберье определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины — Щеткина—Блюмберга, Воскресенского. Перистальтика выслушивается отчетливо. При перкуссии притупления в отлогих местах не отмечено. Печеночная тупость сохранена. Анализ крови: эр. $4,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л. $10,4 \cdot 10^9$ в 1 л, билирубин крови по Ендрашкичу 15,4 мкмоль/л. В моче патологических составных частей не обнаружено.

Произведена блокада 0,25% раствором новокаина мест перелома ребер, бедра, наложено скелетное вытяжение на правую нижнюю конечность. Боли в правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки были расценены как торакоабдоминальный синдром при переломе ребер. Однако боли стали нарастать, напряжение мышц передней брюшной стенки увеличилось. Через 6 ч после поступления в травматологическое отделение больной взят на операцию с диагнозом: тупая травма живота; повреждение печени; перитонит. Произведена верхне-срединная лапаротомия под интубационным наркозом. В подпеченочном пространстве обнаружено до 200 мл темной крови с небольшим количеством желчи. Установлен разрыв брыжейки с полным отрывом желчного пузыря от ложа печени на всем протяжении брыжейки. Осуществлена холецистэктомия с отдельной обработкой пузырной артерии и пузырного протока. Брюшная полость осушена. Через дополнительный разрез в правом подреберье к ложу желчного пузыря подведен резиново-марлевый дренаж. На 2-е сутки дренаж удален; послеоперационное течение гладкое.

2. С., 18 лет. За час до поступления был избит, получил удар ногой в область печени. При поступлении жалобы на умеренные постоянные боли в правом подреберье. Состояние не тяжелое, кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, несколько болезненный в правом подреберье, напряжения мышц передней брюшной стенки нет, незначительно выражены симптомы раздражения брюшины. АД 16/10,7 кПа, пульс 86 уд. в 1 мин, температура 36,8°.

Ввиду скудности клинических данных для постановки диагноза произведена операция — лапароцентез. Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина на 3 см ниже пупка через троакар в правое подреберье проведен резиновый катетер и введено в брюшную полость 100 мл 0,25% раствора новокаина. В извлеченном затем из катетера незначительном количестве сукровичной жидкости содержалась примесь желчи. Поставлен диагноз: тупая травма живота, разрыв печени. Под интубационным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. При ревизии обнаружено в подпеченочном пространстве до 100 мл темной желчи с примесью крови и разрыв стенки желчного пузыря через все слои длиной около 3 см, идущий по телу пузыря вплоть до места отхождения пузырного протока. Произведена холецистэктомия. Подпеченочное пространство дренировано через прокол в правом подреберье резиновой трубкой с грушей для аспирации. Дренажная трубка удалена через сутки. Послеоперационное течение без осложнений. Наступило выздоровление. На макропрепарате разрыв слизистой оболочки оказался на 1,5 см длиннее разрыва серозной оболочки.

Диагностика изолированных повреждений желчного пузыря при тупой травме живота затруднительна. При неясном диагнозе целесообразно прибегнуть к лапароцентезу.