

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 ограничено 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 Ендрашику 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.