

задеть венечную артерию. Больной к тому времени начал вести себя беспокойно. Пришлось отказаться от обычного приема взять сердце на ладонь правой руки, для точности движений при проведении швов через края раны хирургу лучше иметь левую руку свободной. Узловые швы шелком наложены не в поперечной к ране направлении, а в косом, чтобы легче вывести иглу, не травмируя проходящей рядом артерии. Для полной остановки кровотечения пришлось наложить четыре шва. Перикард осушен от крови, края его сближены тремя узловыми шелковыми швами. Из плевральной полости удалено больше литра крови и сгустков. После послойного зашивания грудной стенки через дренаж, вставленный в 7-е межреберье, отсосан воздух, в плевральную полость введен пенициллин.

Обработаны другие ножевые раны, две из них глубокие.

Больной снят с операционного стола с АД — 70/40. В день операции ему снова капельно перелито 225 мл крови. АД поднялось до 110/60.

Послеоперационный период протекал не гладко, явления перикардита или плеврита не определялись. В течение 5 дней больной жаловался на боли в левой половине груди, где выслушивались сухие и влажные хрипы. Температура на второй день после операции поднялась до 39°; постепенно снижаясь, пришла к норме на 10-й день.

Со второго дня был назначен дикумарин по 0,06 в день. Ввиду продолжавшейся тенденции к повышению протромбинового индекса (25/VII — 111%), ежедневная доза этого препарата увеличена до 0,12. Дикумарин получал свыше двух недель, протромбиновый индекс при этом удерживался на уровне 80—85%.

На 28-й день записана ЭКГ коронарного типа (отрицательный зубец T — 1,5 мм в первом отведении).

Выписался 21/VIII в хорошем состоянии (спустя 30 дней после зашивания ран, сердца).

После операции перед нами встал вопрос, почему при ранении стенки левого желудочка из раны вытекала кровь не алая — артериальная, а темная — венозная.

Объяснение этому явлению, по нашему мнению, надо искать в том, что нож, пройдя небольшой участок мышцы левого желудочка по касательной линии, углубился затем в правый желудочек и попал в полость последнего. Венозная кровь из полости правого желудочка выливалась наружу через длинный раневой ход. Это обстоятельство обуславливало относительную умеренность кровотечения из раны сердца.

Подобное редкое ранение сердца произошло благодаря тому, что длинный нож в момент ранения был направлен слева направо, почти поперек к сагиттальной плоскости тела.

Поступила 6 января 1959 г.

К КАЗУИСТИКЕ ЗАКРЫТЫХ РАЗРЫВОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Асн. В. В. Федоров

Из 1-й кафедры госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Среди обширной группы закрытых травм органов брюшной полости разрывы двенадцатиперстной кишки встречаются довольно редко. По данным И. А. Криворотова, эта группа больных составляет 1% среди перенесших закрытые травмы органов живота, так как закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки часто сочетаются с травмой других органов живота. Так, Н. П. Алексеева сообщает о случае одновременного разрыва желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. Большинство авторов указывает на высокий послеоперационный процент смертности при повреждениях органов желудочно-кишечного тракта (47%, по Б. А. Дмитриеву). По сборной статистике Кеню, из 138 больных с подкожными разрывами двенадцатиперстной кишки выздоровели только 9. Вместе с тем оперативное вмешательство при разрыве забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки сопряжено с определенными трудностями и отличается некоторыми особенностями.

Приводим наше наблюдение:

Б-ной К., 30 лет, доставлен в клинику в 12 ч. 23/IV-59 г., через 2 часа после травмы (был придавлен опрокинувшимся станком).

Кожные покровы без заметных повреждений.

Жалуется на сильные боли по всему животу, в пояснице, слабость, жажду, тошноту, рвоту.

Состояние тяжелое; кожа и видимые слизистые бледны; холодный липкий пот на лице; язык обложен белым налетом, сухой; температура — 37,2°; пульс — 110; АД — 110/80. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания не участвует, мышцы брюшного пресса напряжены, особенно значительно в подложечной области, где резкая болезненность.

Симптомы Раздольского и Щеткина — Блюмберга резко положительны во всех отделах живота. Свободной жидкости в брюшной полости определить не удается. Над

печенью определяется узкая полоса притупления перкуторного звука. В области остистых отростков позвонков D₁₀—L₂ определяется легкая болезненность. Мочейспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого положительн с обеих сторон.

Hв — 90%; Э — 4 900 000; ц. п. — 0,9; Л. — 19 200; п. — 16%, с. — 59%, л. — 19%, м. — 4,5%, э. — 1,5%.

Анализ мочи: уд. вес — 1020; реакция щелочная. Цвет желтый, реакция на белок положительна. В осадке эпителий — 2—3 в поле зрения, эритроциты свежие — единичные, выщелоченные — единичные; лейкоциты — 2—3 в поле зрения. На рентгенограммах костей таза и позвоночника патологии не обнаружено.

Предварительный диагноз: подкожный разрыв кишечника. Ушиб почки? Шок 1-й степени.

После выведения из состояния шока приступлено к операции (В. В. Федоров). После введения за 30 мин до начала операции внутримышечно нейролитической смеси, обычно применяемой в клинике (см. сообщ. Гатауллина и Попова), под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (по А. В. Вишневному) 23/IV-59г. в 13 час. произведена срединная лапаротомия.

В брюшной полости воздух и до 30 мл кровянистой жидкости. При ревизии органов брюшной полости установлено, что нижняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки имеет поперечный разрыв через всю толщу стенки верхне-задней, передней и нижней поверхностей (3/4 окружности) вместе с покрывающим ее спереди корнем брыжейки тощей кишки. Верхнебрыжеечные артерия и вена целы и находятся в непосредственной близости справа от разрыва двенадцатиперстной кишки. После экономного иссечения ушибленных краев раны кишки на нее наложен непрерывный кетгутовый шов через все слои, а затем погружные узловатые шелковые швы через мышечный слой кишки. Далее над кишкой узловатыми кетгутовыми швами зашит разрыв корня брыжейки с обеих сторон отдельно. Этот последний шов наложен самостоятельно ввиду того, что брюшина разорванной брыжейки далеко отстояла от кишечной стенки, особенно по углам разрыва кишки, и шов по типу Ламбера был невыполним из-за опасности резко деформировать двенадцатиперстную кишку.

При дальнейшей ревизии установлен поперечный разрыв тощей кишки (половина окружности), на 1,5 см отступая от связки Трейца, надрыв серозы поперечно-ободочной кишки, поперечный полный разрыв левой прямой мышцы живота вместе с задней стенкой ее влагалища и брюшиной. Рана тощей кишки ушита обычным двухрядным швом. Ушиты разрывы серозы поперечно-ободочной кишки, и со стороны брюшной полости зашит разрыв прямой мышцы. Контуры почек отчетливы, в околопочечной клетчатке гематомы нет. Брюшная полость осушена от крови, кишечного содержимого и выпота. Введено в полость 500 000 ед. пенициллина. Рана брюшной стенки ушита до трубки, введенной в брюшную полость для подведения антибиотиков в послеоперационном периоде. В течение операции производилось внутривенное капельное переливание крови (500 мл).

В послеоперационном периоде отмечалась лейкопения, максимально выраженная на 3-й день (25/IV — Л. — 5 300; п. — 27,5%, с. — 57,5%, л. — 11%, м. — 4%).

Выписан на 17-й день. Через 5 месяцев здоров.

Особенность приведенного наблюдения закрытой травмы живота состоит в том, что повреждению подвергся не только внутрибрюшинно расположенный отдел тощей кишки, но и забрюшинно расположенный отдел нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с разрывом лежащей над ним брыжейки тощей кишки, а также в том, что имелся подкожный разрыв прямой мышцы.

Отсутствие же на стенке поврежденного отдела двенадцатиперстной кишки непосредственно брюшного покрова создавало условия, требовавшие особых приемов при операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н. П. Хирургия, 1947, 7.—2. Дмитриев Б. А. Вест. хир., 1950, 5.—3. Криворотов И. А. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне, т. 12.—4. Логвиненко П. И., Поповьянц Р. С. Вест. хир., 1956, 5.—5. Мовшович И. А. Хирургия, 1955, 5.

Поступила 17 ноября 1959 г.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ

Канд. мед. наук, засл. врач ТАССР Э. Н. Огнева

(Мензелинск, ТАССР)

В хирургическое отделение Мензелинской больницы 10/VII-59 г. поступил 6-ной С., 27 лет, грузчик, работает в Москве, находился в отпуске.

Доставлен автомашиной скорой помощи из деревни за 15 км. За 40 мин до поступления в нетрезвом состоянии перепрыгнул через ограждение трансформатора,