

печенью определяется узкая полоса притупления перкуторного звука. В области остистых отростков позвонков D<sub>10</sub>—L<sub>2</sub> определяется легкая болезненность. Мочейспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого положительн с обеих сторон.

Hb — 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 углу 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,

схватился правой рукой за провод высоковольтной электрической сети и повис на нем, прикоснувшись туловищем к опоре.

Поступил в резко выраженном шоковом состоянии. Крайне возбужден. Изо рта сильный запах алкоголя. Разлитая бледность кожных покровов.

Пульс — 198, слабого наполнения. АД — 85/40, температура — 37,1°. Органы грудной клетки — без особенностей.

Правая рука находится в сгибательной контрактуре в области локтевого и лучезапястного суставов.

Пальцы сведены и вывихнуты в пястнофаланговых сочленениях, частично отделены от кисти. Последнее способствовало выключению 6-ного из электросети, вызвав его падение. Вся рука до плечевого сустава не имеет признаков жизни.

В правой подмышечной области участок глубокого ожога III степени (6×8 см).

В области правого подреберья — рана 20×16 см с обугленными краями. На участке 5×4 см она проникает в брюшную полость, не кровоточит. Брюшная стенка равномерно несколько напряжена. **Гематурия.**

На передней стенке грудной клетки, слева — на кисти, локтевом суставе, скуловой области — мелкие участки ожогов III степени.

В области мошонки справа — участок ожога III степени 5×6 см. Яичко не обнажено.

Срочно были введены внутривенно — противошоковая смесь и капельным путем — лечебная сыворотка, под кожу — сердечные средства. АД поднялось до 95/70.

По выведении из крайне тяжелого состояния взят на операционный стол для обработки ран.

Под местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому произведено рассечение раны брюшной стенки в двух направлениях: продольно и вправо. На передней поверхности, подлежащей к ране печени, ближе к краю, обнаружен участок обугленной ткани 2×2 см, вокруг которого — беловатый вал шириной 3 см. Других поражений органов брюшной полости не обнаружено. Произведено отграничение брюшной полости от печени пятью марлевыми тампонами, смоченными в растворе фурацилина. В ткани краев раны введен раствор пенициллина. Частично иссечены края раны, наложено несколько ситуационных швов.

Введена антистолбнячная сыворотка 3000 АЕ.

Перевязаны рука и остальные очаги поражения.

Назначены: антибиотики (веер), хлориды и глюкоза внутривенно, витамины; капельное переливание крови, сердечные средства.

В последующие дни состояние улучшалось. АД пришло к норме. Со стороны брюшной полости угрожающих явлений не появлялось. Функция печени не нарушалась, но образовался желчный свищ в области раны. Гематурия прекратилась на второй же день.

Демаркация в области руки определилась на 5-й день. Верхняя граница влажного некроза — от места прикрепления дельтовидной мышцы и по верхнему краю подмышечной впадины.

16/VII-59 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена высокая ампутация плеча, после предварительной перевязки подмышечных сосудов в их проксимальном отделе.

Состояние постепенно улучшалось.

Тампоны из брюшной полости извлечены. Желчный свищ закрылся через месяц, рана культи плеча зажила вторичным натяжением. Рана брюшной стенки частично заэпителизовалась и уменьшилась до 8×5 см.

Другие участки ожога полностью зарубцевались.

27/VIII-59 г. 6-ной, по его просьбе, выписан для долечивания по месту жительства (в Москву) в хорошем состоянии. Ходит свободно, окреп, пополнел.

В сентябре 1959 г. прислал письмо, написанное левой рукой, и сообщил, что чувствует себя хорошо. Лечится амбулаторно по поводу раны брюшной стенки.

В результате расследования обстоятельств травмы установлено, что ограждение трансформатора оказалось недостаточно высоким и не отвечало требованиям техники безопасности. Были предприняты меры по устранению этого нарушения.

Поступила 25 октября 1959 г.