

ПОДКОЖНЫЙ РАЗРЫВ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛУДКА И ТОШЕЙ КИШКИ¹

Кандидат медицинских наук А. Ф. Котович

Из госпитальной хирургической клиники (зав. — проф. И. Б. Олешкевич)
Витебского медицинского института

Редкость сочетанного подкожного повреждения печени, желудка и тощей кишки побудила нас опубликовать следующее наблюдение.

Больной М., 26 лет, поступил 26/IV 1959 г. с жалобами на сильные боли в верхнем отделе живота, кровавую рвоту, общую слабость, головокружение. За 55 минут до поступления во время работы на большого упал груз весом 400 кг.

При поступлении состояние тяжелое, больной заторможен, кожа и видимые слизистые бледные. Положение вынужденное — полусогнутое. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 70/50 мм ртутного столба. Язык влажный. Живот незначительно вздут в эпигастриальной области, в акте дыхания не участвует.

Передняя брюшная стенка в верхнем отделе и в правой подвздошной области резко напряжена; симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Притупления в боковых отделах живота не определяется. Катетером выпущено 300 мл прозрачной мочи, соломенно-желтого цвета.

Больному внутривенно капельно перелито 210 мл крови. Состояние несколько улучшилось. Однако через 30 минут наступила повторная обильная рвота кровью, артериальное давление упало до 40/20 мм ртутного столба. Пульс на лучевых артериях перестал определяться. У больного выступил холодный пот.

Диагноз: подкожный разрыв печени и желудка, внутреннее кровотечение, шок III степени.

Внутривенно струйно повторно перелито 200 мл крови. К концу переливания появился пульс на лучевых артериях, артериальное давление 60/30 мм ртутного столба.

Экстренная операция (А. Ф. Котович). Под местной инфильтрационной анестезией верхнесрединным разрезом вскрыта брюшная полость, в которой обнаружены свежая кровь, сгустки и желудочное содержимое.

При ревизии левая доля печени разделена раной почти на две половины. На нижней поверхности печени имеются две раны длиной около 5 см, между которыми ткань печени разможена. Раны печени временно затампонированы марлевыми тампонами. Обнаружен отрыв желудка от двенадцатиперстной кишки тотчас же за привратником, разрыв тонкой кишки и ее брыжейки, а также массивное кровоизлияние в малый сальник, под капсулу поджелудочной железы и в брыжейку тощей кишки. Кровоточащие сосуды брыжейки тощей кишки прошиты и перевязаны. Рана в тощей кишке ушита двухрядным швом. Ввиду скелетирования горизонтальной части двенадцатиперстной кишки и разможения привратника произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка с наложением соустья на длинной петле с энтероэнтероанастомозом. Рана на верхней поверхности печени ушита отдельными кетгутовыми швами и укреплена свободным сальником. Разможенный участок печени удален. В раны, расположенные на нижней поверхности печени, введено 3 марлевых тампона. Из брюшной полости удалено около 1200 мл крови, смешанной с желудочным содержимым; введено 500 000 ЕД пенициллина и 500 000 ЕД стрептомицина.

Во время операции перелито 1200 мл крови. Артериальное давление поднялось до 90/50 мм ртутного столба. После операции внутривенно капельно введено 500 мл протившоковой жидкости 1000 мл физиологического раствора хлористого натрия.

В первые 4 суток состояние больного было тяжелым: тампоны обильно промокали желчью, пульс 90—100 ударов в минуту, температура 38°. Больной получал сердечные и обезболивающие средства, вливания физиологического раствора с глюкозой, аминокептид, пенициллин, стрептомицин, 2 раза в неделю переливали кровь по 200 мл. Тампоны начали подтягивать на 8-е сутки и полностью удалили на 16-й день. С 30/V из раны перестала выделяться желчь. Рана зажила первичным натяжением, за исключением участка, где находились тампоны. 5/VI больной выписан в удовлетворительном состоянии. 10/VI рана полностью зарубцевалась.

Осмотрен через 2 месяца: состояние хорошее, жалоб не предъявляет.

¹ Больной демонстрирован на заседании Витебского областного хирургического общества 27/VI 1959 г.