
О ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Кандидат медицинских наук **Н. П. БАТЯН** и доцент **И. А. ПЕТУХОВ**
Из кафедры факультетской хирургии (заведующий — профессор Н. М. Ян-
чур) Витебского мединститута и кафедры хирургии (заведующий —
профессор А. М. Болдин) Белорусского института
усовершенствования врачей

Закрытые травмы живота с повреждением органов брюшной полости встречаются редко и составляют по данным В. Ф. Сенютович и Р. В. Трутяк 1,5 проц. всех травм этой локализации.

В факультетской хирургической клинике с 1951 по 1959 гг. оперировано 29 больных и в клинике хирургии БелГИДУВ — 24 больных

(1954—1961) по поводу закрытых травм живота с повреждением внутренних органов. Мужчин было 44, женщин — 9. Возраст: до 20 лет — 18, 21—30 лет — 7, 31—40 лет — 5, 41—50 лет — 10, 51—60 лет — 4, старше 60 лет — 9 больных. Всего изучено 53 больных. Большинство пострадавших получили травму в бытовых условиях. Травма только живота была у 43 человек, комбинированная — у 10 (травма живота и груди, живота и головы с сотрясением мозга, живота и перелом бедра и костей предплечья, разрыв мочевого пузыря и перелом костей таза).

Под местной инфильтрационной анестезией оперировано 14 больных, интубационным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами и управляемым дыханием — 7, у остальных — смешанное обезболивание. Операция произведена в первые три часа от момента поступления в хирургическое отделение 26 больным, до 6 часов — 12, до 12 часов — 8, в первые сутки — 5, после 24 часов — 2 больным.

Во время операции обнаружен разрыв тонкого кишечника у 18 больных, повреждение печени — у 11, разрыв селезенки — у 7, отрыв брыжейки тонкого кишечника — у 5, отрыв уретры и разрыв мочевого пузыря — у 7, повреждение почки — у 4, желчного пузыря — у одного больного. У одного пострадавшего, кроме повреждения печени, имелся разрыв малого сальника, и у одного — разрыв печени и разрыв слизистой желудка. У 15 больных дефекты в стенке кишки ушиты двухрядными швами в поперечном направлении. Резекция разможенного участка кишки произведена три раза. При повреждении селезенки 6 больных произведена спленэктомия, одному подведен тампон. Разрывы печени зашивались кетгутowymi матрацными швами с фиксацией сальника на ножке. У одного — удалена оторванная левая доля печени. У 4 больных удалена разорванная или оторванная почка. Из 53 пострадавших выздоровело 42, умерло 11. Высокая летальность обусловлена тяжестью повреждений внутренних органов, у всех умерших были комбинированные повреждения.

Закрытые травмы живота с повреждением органов брюшной полости часто сопровождались симптомами шока. Поэтому в первые часы им проводились противошоковые мероприятия. Иногда при травме живота превалировали симптомы внутреннего кровотечения или явления раздражения брюшины, часто эти симптомы бывали выражены одинаково, что значительно затрудняло диагностику.

П., 27 лет, доставлен во 2-ю хирургическую клинику г. Витебска 26 мая 1951 г. в состоянии алкогольного опьянения. Получил удар палкой по левой реберной дуге. Сознания не терял, сам обратился за скорой помощью. Состояние удовлетворительное. Жалуется на резкие боли в левой половине грудной клетки и животе. Язык чистый, влажный. В легких — везикулярное дыхание. Сердце — тоны приглушены. Пульс 90, ритмичный. Артериальное давление 120/70 мм. Живот несколько напряжен слева. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Область селезенки болезненна. Печень не прощупывается. Мочится самостоятельно. По ходу 8—11 ребер слева линейный кровоподтек и припухлость. Здесь же пальпация резко болезненна, определяется крепитация отломков ребер. После межреберной новокаиновой блокады состояние улучшилось, боли почти исчезли. Диагноз: ушиб левой половины грудной клетки, перелом 8—11 ребер. 28 мая 1951 г. — рентгеноскопия: слева над диафрагмой затемнение в области реберно-диафрагмального синуса, перелом 8—11 ребер. Гем. 72 проц., эр. 4 400 000, л. 6600, РОЭ 15 мм. Боли в левом подреберье. Повторно новокаиновая межреберная блокада с морфином. 29 мая состояние больного тяжелое. Жалуется на боли в левом подреберье. Пульс 98, удовлетворительного наполнения. Язык обложен, влажный. Живот вздут, слегка болезненный. Газы отходят, стула не было. Было кровохарканье. Внезапно наступала резкая бледность, рвота, резко вздулся живот, пульс 120, слабый, артериальное давление 110/70 мм. В отлогих местах живота притупления не отмечается. Гем. 69 проц., эр. 4 240 000. Диагноз — разрыв селезенки (?). 29 мая — операция. Обнаружен большой разрыв селезенки. Спленэктомия. Послеоперационное течение гладкое. Выписан 11 июня.

При разрыве селезенки отмечалась локальная болезненность в левом подреберье в покое и при пальпации. Боли при этом иррадируют в левое плечо, имеется напряжение мышц брюшной стенки слева. Особые трудности для диагностики представляют подкапсулярные разрывы селезенки, когда профузное кровотечение может наступить через несколько дней после травмы. До разрыва капсулы состояние больного может быть удовлетворительным, не внушающим опасений ни для больного, ни для хирурга. Еще одно наблюдение.

Т., 65 лет, поступила во 2-ю хирургическую клинику 3 мая 1954 г. На улице была подбита мотоциклом. Теряла сознание. Жалуется на боли в левой половине грудной клетки, левой руке и левой височной области. Состояние средней тяжести. Пульс 80. Артериальное давление 140/70 мм. Резкая болезненность в области 9—10 ребер слева по подмышечной линии. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, брюшная стенка участвует в дыхании. При ощупывании живот мягкий, безболезненный. Селезенка не прощупывается. Имеется болезненность при ощупывании левой поясничной области. Кровоподтек в области левого локтевого сустава. В левой височной и скуловой областях обширная припухлость и большая гематома вокруг левого глаза. Диагноз — сотрясение мозга, ушиб лица, перелом 9—10 ребер слева (подтверждено рентгеном), ушиб левой поясничной области. Проводилось консервативное лечение. Гем. 63 проц., эр. 3 850 000, л. 7550, п. 4 проц., с. 62, лимф. 28, мон. 4, эоз. 2 проц., РОЭ 20 мм. 1 июня состояние больной ухудшилось. Пульс 80, удовлетворительного наполнения. Боли в левой поясничной области, здесь же значительная припухлость. Язык сухой. Живот резко вздут, высокий тимпанит, перистальтика прослушивается слабо. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Газы не отходят. Стула нет. Мочеиспускание нормальное. Сделана поясничная новоскаиновая блокада, сифонная клизма. Состояние больной не улучшилось. Подозрение на заворот сигмы. От операции больная категорически отказалась. Повторно сифонная клизма, прозерин внутривенно. Был стул, отошли газы, однако состояние больной резко ухудшилось. Боли в пояснице слева и левой половине живота. Больная согласилась на операцию. Лапаротомия. В брюшной полости большое количество крови. Весь толстый кишечник резко вздут, на нем большие участки кровоизлияний. Обширная гематома на передней поверхности селезенки с надрывом капсулы. К селезенке через дополнительный разрез подведены тампоны. Брюшная полость осушена. В правой подвздошной области наложена подвесная еюностомия. Брюшная полость послойно зашита, оставлена трубочка для введения антибиотиков. Выздоровление. Выписана 3 июля.

В данном случае диагностика была затруднена комбинированной травмой, хотя при наличии переломов ребер слева следовало думать о повреждении селезенки.

При сочетанных повреждениях в клинической картине наряду с другими симптомами почти всегда преобладали явления внутреннего кровотечения, перитонита или того и другого. Локализация травмы имеет большое значение для суждения о повреждении органов живота. Такие признаки как бледность кожи и слизистых, учащение пульса в динамике и слабое его наполнение, понижение артериального давления, вздутие живота, притупление в отлогих местах при перкуссии, уменьшение процента гемоглобина и количества эритроцитов наводят на мысль о внутрибрюшном кровотечении.

Неподвижность брюшной стенки, напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина, отсутствие кишечных шумов при выслушивании, сухой, обложенный язык, рвота, частый пульс, задержка газов, отсутствие стула говорят за развитие перитонита. Значительную ценность при неясном диагнозе представляет обзорная рентгеноскопия живота. Наличие свободного газа в брюшной полости является достоверным признаком разрыва полого органа.

Б., 26 лет, упал во время движения поезда на землю животом 9 октября 1953 г. Сознания не терял, встал на ноги, прошел несколько шагов и почувствовал сильные боли в животе. Лежал в районной больнице с 9 октября по 31 октября. Затем в удовлетворительном состоянии был выписан домой, ему выдан больничный листок до 6 ноября. В этот день обратился в поликлинику за продолжением больничного листа.

Возвратившись домой, почувствовал ноющие боли в животе, лег в постель. Состояние резко ухудшилось. Потемнело в глазах, возникли сильные боли в животе. Утром имел стул, газы отходили. Вызвана скорая помощь, и с диагнозом «острый живот» доставлен в клинику. При поступлении больной лежит на спине, колени приведены к животу, стонет из-за сильных болей в животе. Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледны. Дыхание 30, поверхностное. Пульс 120, слабый. Артериальное давление 90/70 мм. Язык обложен, суховатый. Живот вздут, не участвует в дыхании. В верхнем отделе живота имеется напряжение брюшной стенки. Симптом Щеткина резко положительный. В стлогах местах живота притупление перкуторного звука, перистальтика не выслушивается. Диагноз: внутрибрюшное кровотечение. Срочная лапаротомия. Эфирный наркоз. В животе много жидкой крови и сгустков. Обнаружен обширный и глубокий разрыв печени, нижней ее поверхности, разрыв малого сальника. После удаления сгустков крови началось сильное кровотечение из раны печени и малого сальника. Во время остановки кровотечения, несмотря на струйное переливание крови, состояние больного резко ухудшилось, пульс стал нитевидным, затем исчез. Перелито внутриартериально под давлением 300 мм крови, производился массаж сердца через диафрагму, искусственное дыхание, сердечные средства подкожно. Однако восстановить деятельность сердца не удалось. Наступил летальный исход. Патологоанатомический диагноз: разрыв печени, травматическая аневризма печеночной артерии с разрывом и кровоизлиянием в брюшную полость, разрыв малого сальника. В данном наблюдении после травмы, повлекшей за собой разрыв печени и печеночной артерии, образовалась внутрипеченочная аневризма, кровотечение из сосудов малого сальника временно остановилось. В районной больнице пострадавший находился 22 дня с подозрением на разрыв печени (со слов больного), однако внутрибрюшное кровотечение не было распознано, и больной не был оперирован. Разрыв внутрипеченочной травматической аневризмы с профузным кровотечением наступил спустя 28 дней после травмы.

Из приведенных случаев видно, что закрытые повреждения органов брюшной полости не всегда распознаются в первые часы и даже сутки. Поэтому за пострадавшими требуется динамическое наблюдение в условиях стационара.

ВЫВОДЫ

1. Закрытые повреждения органов брюшной полости представляют значительные трудности для диагностики и лечения, особенно когда имеется одновременная травма черепа, грудной клетки или конечностей.

2. При подозрении на повреждение внутренних органов при закрытой травме живота необходимо наряду с противошоковыми мероприятиями прибегать к срочному оперативному вмешательству.