

Из пропедевтической хирургической клиники (зав. — доц. Н. Т. Петров) Витебского медицинского института (дир. — проф. М. А. Хазанов)

Абсцесс селезенки представляет собой довольно редкое, но вместе с тем чрезвычайно тяжелое заболевание. По данным Геншена, неоперированные случаи абсцессов селезенки, т. е. нераспознанные, дают почти 100% смертности. Совершенно другие цифры дают распознанные и оперированные случаи абсцессов селезенки. Так, Кютнер указывает смертность в 28%, Финкельштейн — 21%, Геншен — 21,25%.

В нашем распоряжении имеется следующее наблюдение.

Больной А., 14 лет, ученик, переведен 30.VIII.1936 из детской больницы с диагнозом инфильтрат в левом подреберье. В последних числах июля больной уколол подошву левой стопы, но не обратил на это внимания и продолжал ходить. Через несколько дней на месте укола образовался гнойник. Лечился дома согревающими компрессами и продолжал ходить. В первых числах августа больной стал жаловаться на боли в области левого подреберья. Слег в постель, температуру не измерял, но чувствовал, что была высокая. В последующем боли не уменьшались, больной значительно ослабел и 14.VIII был помещен в детскую больницу.

В истории болезни, взятой из детской больницы, отмечено, что больной при мягком животе жалуется на схваткообразные боли в животе, успокаивающиеся только от пантопона. 20.VIII при исследовании крови обнаружено: эр. 4 320 000, л. 18 150, э. 1%, ю. 1%, с. 80%, лимф. 11%, мон. 7%. Моча — норма. 21.VIII приглашенный в детскую больницу для консультации хирург показаний к оперативному вмешательству не нашел, да и диагноз был неясен. 26.VIII у больного обнаружен инфильтрат, выступающий из-под левого подреберья. 27.VIII больной беспрерывно стоит и все время получает пантопон. Инфильтрат все увеличивается. 30.VIII больной переведен в хирургическую пропедевтическую клинику.

До настоящего заболевания больной на протяжении предыдущего года никакими инфекционными заболеваниями не болел, рос здоровым ребенком, болезней детства не помнит, малярию отрячат.

Объективно: резкое истощение, землистый цвет лица, значительная морщинистость лица, выражение лица страдальческое, несмолкающие стоны от болей в области левого подреберья, уменьшающихся только от наркотических веществ. Со стороны органов дыхания — норма. Пульс 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. Со стороны сердца — норма, живот втянут, мягкий, видимой перистальтики нет. Из-под левой реберной дуги выступает припухлость, кожа на ней пигментирована от гребок, несколько отечна. Припухлость с неясно прощупывающимися границами, уходящими в глубину, эластичная, с намеками на глубокую флюктуацию. Припухлость более резко выступает при выдохе, при пальпации резко болезненна; перкуторно над припухлостью тупость. Стул — норма, мочеиспускание — норма. На подошве левой стопы неокрепший рубец после бывшего абсцесса. При исследовании крови обнаружено: Нб 62%, эр. 4 400 000, л. 26 200, п. 13,5%, с. 70,5%, лимф. 14,5%, мон. 1,5%. РОЭ — 54 мм. Температура утром 37,5°, вечером — 39°.

1.IX, предполагая у больного наличие гноя в прощупываемом инфильтрате и считая, что этот инфильтрат спаян с париетальной брюшиной, мы сделали пункцию инфильтрата; получен желтоватый гной с примесью крови, густой консистенции. После этого, приблизительно через 1 час, больному под местной анестезией был сделан разрез параллельно и ниже левой реберной дуги. Рассечены кожа, подкожная клетчатка, мышцы и вскрыта брюшная полость. Обнаружено, что прощупываемый нами до операции инфильтрат — селезенка, свободно лежащая и не спаянная с париетальной брюшиной. Выпота в брюшной полости нет. В брюшную полость заведены тампоны, отграничивающие место наибольшего размягчения. Этот отграниченный участок закрыт «марлевой пробкой».

2.IX и 3.IX живот мягкий, улучшения нет, состояние продолжает оставаться тяжелым. Больной все время находится под действием пантопона вследствие сильных болей.

4.IX больному во время перевязки удалена «марлевая пробка», после чего следы отграничивающих тампонов стала ясно видимой поверхность селезенки. Пункция селезенки. Получен гной. Попытка вскрыть абсцесс селезенки аппаратом Пакелена не удалась (неисправность аппарата), а потому сделан разрез селезенки длиной около 3 см и вскрыт гнойник. Выделилось большое количество гноя шоколадного цвета с кусками некротизировавшейся селезенки. В разрез селезенки ни дренажной трубки, ни тампона не заведено. Зондирование и обследование полости абсцесса не сделано.

5.IX самочувствие больного лучше, боли меньше, повязка промокла, больной лежит спокойно, живот мягкий. 6.IX повязка сильно промокла. 9.IX температура понизилась, но состояние все еще продолжает оставаться тяжелым. Из раны в большом количестве выделяется гной. На повязке обнаружены выделившиеся некротические части селезенки.

15.IX при перевязке довольно легко удалены отграничивающие тампоны. Выделений мало. Состояние больного удовлетворительное. Болей нет. В дальнейшем

послеоперационном периоде рана очистилась, и 7.X больной выписан в удовлетворительном состоянии с небольшой гранулирующей раной для амбулаторного лечения. В гною, полученном при 1-й пункции, обнаружен стафилококк.

На основании одного случая абсцесса селезенки не приходится делать каких-либо выводов, но некоторые особенности его отметить следует, ибо литература по абсцессам селезенки небольшая, и приходится вспомнить сказанное на XVIII Съезде российских хирургов председателем съезда проф. Мартыновым, что «у нас еще мало случаев вмешательства на селезенке и поэтому все опубликованные случаи представляют интерес».

Особенности данного случая следующие: 1) абсцесс селезенки у нашего больного писмического характера; 2) селезенка не была спаяна с париетальной брюшиной и пункция селезенки, сделанная за час до операции, не вызвала перитонеальных явлений; 3) вскрытия абсцесса селезенки было произведено без дренирования или тампонирования полости абсцесса; 4) первый этап операции спленотомия произведена под местной анестезией, второй же этап — без всякой анестезии; 5) выздоровление больного последовало, несмотря на чрезвычайно тяжелое и длительное дооперационное состояние.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов, Журн. совр. хир., т. IV, № 20, 1929.—2. Леонова, Нов. хир. арх., т. VIII, кн. 4, 1925.—3. Новиков, Туркестанск. мед. журн., т. II, № 1—2, 1923.—4. Оглобина, Вестн. хир. и погр. обл., т. II, кн. 4—6, 1923.—5. Рабинер, Журн. совр. хир., т. IV, № 20, 1929.—6. Самгородский, Нов. хир., кн. 12, 1931.