
А. Я. Митрошенко.

К ВОПРОСУ О ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.

Из пропедевтической хирургической клиники Витебского
Медицинского Института.
(Зав. кафедрой—доц. Н. Т. Петров).

Повреждения кишечника при целости брюшной стенки встречаются далеко нередко. За последние годы этому вопросу посвящено большое количество работ (Гуревич, Слоим и др.). Повреждениям же толстого кишечника при целости брюшной пресса уделяется мало внимания в виду их малочисленности.

На 134 случая повреждений кишечника Герте отмечает только 11 случаев поражения толстого кишечника. Чистосердов на 52 случая—3; в нашей клинике за 6 лет наблюдались всего 3 случая повреждения толстого кишечника.

Этиологическими моментами подобного рода повреждений бывают: 1) разрывы кишечника под влиянием внезапного повышения внутрибрюшного давления (удар, сдавление, падение с высоты и т. п.); 2) разрыв кишечника вследствие внезапного повышения внутрикишечного давления и, наконец, 3) повреждения кишечника изнутри инородными телами (каловые камни, глисты, проглоченные гвозди, булавки и пр.). Механизм закрытого повреждения кишечника по Моти следующий: 1) Раздавливание кишек между позвоночником и повреждающим тупым предметом через брюшной пресс; 2) лопание кишки при сильном повышении внутрибрюшного или внутрикишечного давления при перегибе кишечной петли; 3) отрыв кишки от брыжжейки вследствие приложения тянущей силы.

От механизма закрытого повреждения толстого кишечника зависят и патолого-анатомические изменения: при лопании—кишка разрывается или в продольном, или в поперечном, или в косом направлении и чаще всего на стороне, противоположной месту прикрепления брыжжейки. Слизистая меньше разрушается, чем сероза кишки.

В хирургической литературе за последние 20 лет встречаются описания единичных случаев закрытого повреждения толстого кишечника (Сегаль, Вазз). Чаще всего закрытые повреждения толстого кишечника наступают при воздействии тупой силы: удар в живот копытом лошади, удар ногой, мячом при игре в футбол, куском дерева и т. д. Привожу два случая подобной травмы.

Случай № 1. Б-ной Р., 40 л., во время работы получил удар куском дерева по животу. Б-ой упал, но вскоре встал и, вследствие сильных болей в животе, прекратил работу, пошел на медицинский пункт, а оттуда в тяжелом состоянии был доставлен в клинику. 9 лет тому назад больной подвергся срочной операции по поводу перфорации язвы желудка. Перфорационное отверстие было ушито и наложен был задний гастроэнтероанастомоз.

Объективно: состояние тяжелое, больной кричит от болей в животе. Бледность кожи и видимых слизистых. Язык влажный, обложен. Живот втянут, напряжен, резкая болезненность при пальпации по всему животу, особенно, в правой подвздошной области. Симптом Блюмберга положительный. Перкуторно над печенью тимпанит. Грудной тип дыхания, дыхание учащено, поверхностное. Пульс—100 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Моча—норма. Область почек болезненна. У больного предположен разрыв кишки. Через 4 часа 30 мин. после травмы больному под теплым эфирным наркозом сделан разрез по средней линии ниже пупка. При вскрытии брюшины из брюшной полости стал выделяться газ и гнойно-фибринозный выпот. Из правой подвздошной области выведена слепая кишка и на передней ее стенке обнаружено отверстие с неровными краями и пролябливающей слизистой. Отверстие поперечное в 1 см. длиной; из него выходит жидкое кишечное содержимое. Отверстие ушито двухрусными узловатыми швами. Брюшная полость осушена тампонами и зашита наглухо трехэтажным швом.

В послеоперационном периоде, в течение первых 5 дней состояние тяжелое, температура по вечерам 39°, резкая болезненность в правой подвздошной области. На пятые сутки здесь образовался ограниченный перитонит, который под местной анестезией был вскрыт. Выделилось около 100 гр. густого гноя и пузырьки газа. В дальнейшем состояние больного стало улучшаться. Первая и вторая операционные раны зажили вторичным натяжением и через 6 недель больной выписался в удовлетворительном состоянии.

Случай № 2. Больной Б. Н., 34 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии по поводу сильных болей в животе. Во время работы больной получил удар по животу брусом дерева, он упал и потерял сознание, через 10

минут придя в сознание, встать больше не мог из-за сильных болей в животе. По дороге в больницу у больного была несколько раз рвота.

Объективно: Больной бледен, кричит от болей. Пульс—120 в минуту, слабого наполнения. Справа от пупка незначительная ссадина. Брюшной пресс как доска, резко болезнен при пальпации, но особенно справа и несколько выше пупка. Предположительный диагноз—перфоративный перитонит. Через 3 часа после травмы, под эфирным наркозом больному сделан разрез выше и ниже пупка. Вскрыта брюшная полость. В ней небольшое количество кровянистой жидкости с запахом кала. Обнаружен разрыв восходящей толстой кишки в области печеночного изгиба. Разрыв поперечный—почти на всем протяжении передней стенки кишки. Кишка набита плотными каловыми массами.

Отверстие в кишке зашито трехрядными узловатыми швами. Брюшная полость закрыта наглухо. В послеоперационном периоде—нагноение швов и заживление вторичным натяжением. Через 18 дней больной выписался в удовлетворительном состоянии.

Наряду с повреждением толстого кишечника вследствие удара ниже мы наблюдали повреждение его и изнутри.

Случай № 3. Больной Г., 47 лет, поступил в клинику с жалобой на сильные боли в животе, рвоту и общую слабость. Из расспросов больного удалось установить, что в день заболевания, при позывах к испражнению, во время натуживания он упал от резких болей в животе. Акт дефекации не состоялся, но боли в животе нарастали, с чем и был доставлен в клинику.

Объективно: Состояние больного тяжелое. Язык сухой, обложен, рвота, живот вздут, брюшной пресс умеренно напряжен. При пальпации резкая болезненность в подвздошной и в подложечной областях. Симптом Блюмберга положительный. Видны отдельные петли тонкого кишечника, вяло перистальтирующие. Ниже пупка притупление. Температура 38,5°. Пульс —120, аритмичен. Сердце: глухие тоны. Мочеотделение не учащено. Больному предложена операция по поводу предполагаемого перфоративного перитонита, от операции больной вначале отказался и согласился лишь через 8 часов от начала заболевания. Под теплым эфирным наркозом сделан разрез выше и ниже пупка. По вскрытии брюшной полости с шумом выделились газы. Мутный выпот в животе. Тонкие кишки резко вздуты, гиперемированы, значительные фиброзные наложения на них. Предположена перфорация желудка. Разрез продлен кверху. Желудок—норма. Осмотрен весь тонкий кишечник, перфорации не оказалось. На брыжжейке 12-ш-

terminale имеются белесоватые рубцы. Червеобразный отросток—норма. На восходящей кишке, чуть выше места впадения подвздошной в слепую, на передней лапке (libera) обнаружено отверстие величиной с дробинку. Края отверстия не инфильтрированы, мягкие, стенка кишки истончена. В слепой и в восходящей кишке имеется каловый камень около 12 см. длиной и в 4—5 см. в диаметре, плотной консистенции. Поверхность камня неровная, усеяна колючками от отрубей. Вероятно, одно из этих твердых образований и было причиной прободения кишки изнутри при натуживании. Отверстие ушито узловатыми швами в два яруса. Каловый камень без вскрытия кишки размят. Брюшная полость высушена тампонами; какого-либо инородного тела в ней не обнаружено. Брюшная полость закрыта наглухо. В послеоперационном периоде у больного нагноение кожных швов и заживление вторичным натяжением. Через 21 день больной выписался в удовлетворительном состоянии.

Как видно из описания наших случаев, начальными явлениями были: шок, частый и слабый пульс, бледность, поверхностное дыхание; вскоре за шоком быстро развивалась картина перитонита.

Точный диагноз нередко может быть поставлен только на операционном столе, между тем, раннее распознавание имеет решающее значение. В сомнительных случаях поэтому предпочтительно сделать пробную лапаротомию, чем выжидая пропустить наиболее благоприятное время для раннего вмешательства (первые 3—6 часов). При обследовании больных с травмой в живот нельзя пренебрегать симптомом Трендеренбурга, хотя проф. Гиргола этому симптому не придает значения. По нашим же наблюдениям, данный признак повышения местной болевой чувствительности является ценным и почти безошибочно указывает место нахождения разорванной кишки. Важно еще обследование больных при перфоративных перитонитах в стоячем положении, при котором появляется резкое обострение болей.

Можно определенно отметить, что чем скорее найдена лопнувшая кишка, тем легче протекает послеоперационный период.