Абдоминоторакальное ранение с повреждением прямой кишки, брыжейки сигмовидной кишки, сквозным ранением желудка, селезенки, левого купола диафрагмы

Ю.Г. КАДЫШЕВ, А.С. ЯКОВЕНКО

Treatment of a patient with the abdominothoracic wound with the injury of the rectum, sigmoid mesocolon, straight-through injury of the stomach, spleen and left diaphragm cupola

YU.G. KADISHEV, A.S. YAKOVENKO

Городская клиническая больница №10, Одесса

Абдоминоторакальные ранения относятся к категории сложных и редких травм. Приводим описание крайне редкого клинического наблюдения.

Больная *К.*, 79 лет, доставлена в клинику 26.11.09. Со слов врача, больная обнаружена сидящей на металлическом штыре, длиной 60 см, торчащем из земли. Обстоятельства травмы неизвестны.

Состояние больной крайне тяжелое. Кожа бледная, холодная на ощупь. Запах алкоголя не определяется. Зрачки узкие, реагируют на свет, нистагм не определяется. В легких дыхание ослаблено, в нижних отделах сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Притупление в отлогих местах сомнительно. Печеночная тупость сохранена. Живот болезнен на всем протяжении, больше в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре промежности обнаружена ссадина на правой ягодице размером 18×0,5 см, кровотечения нет. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера ослаблен, следы кала с примесью крови.

Больная осмотрена хирургом, терапевтом, реаниматологом, госпитализирована в хирургическое отделение. ЭКГ: ритм синусовый, ритмичный, положение электрической оси сердца горизонтальное.

При рентгенографии грудной клетки и брюшной полости патологические изменения не выявлены. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

С учетом тяжести состояния и возможности проникающего ранения в брюшную полость с повреждением прямой кишки, больная после кратковременной предоперационной подготовки срочно оперирована под внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией легких. Произведена средняя срединная лапаротомия. В брюшной полости содержится 300 мл крови со сгустками. При ревизии обнаружен дефект стенки прямой кишки в среднеампулярном отделе размером 4,0×1,0 см. На дефект наложены швы капроновыми нитками. Повреждения мочевого пузыря не выявлено. Обнаружено сквозное ранение брыжейки сигмовидной ободочной кишки размером 4,0×4,0 см. На дефект наложены швы капроновыми нитками. Наложена двуствольная сигмостома. Обнаружено ранение брыжейки поперечной ободочной кишки размером 4,0×3,0 см. Дефект ушит. Вскрыта желудочно-ободочная связка. При ревизии сальниковой сумки обнаружено сквозное ранение желудка: на задней стенке рана размером 3,0×2,0 см и по передней стенке рана размером 3,0×2,0 см. На раны желудка наложены швы капроновыми нитками. Выявлено повреждение верхнего полюса селезенки с артериальным кровотечением. Рана селезенки размером 1,0×1,0 см. Произведена спленэктомия; осуществлен гемостаз. Обнаружена рана левого купола диафрагмы размером 3,0×2,0 см. Признаков кровотечения в плевральную полость, повреждения сердца, легких нет. На рану диафрагмы наложены швы. Осуществлен гемостаз. Установлены дренажи по Бюлау слева: в восьмом межреберье по задней подмышечной линии и в третьем межреберье по среднеключичной линии. Брюшная полость промыта раствором декасана, осушена, дренирована в четырех типичных точках, послойно ушита наглухо. Наложена повязка.

После операции проводили антибактериальную и внутривенную дезинтоксикационную терапию. Течение послеоперационного периода без осложнений. Раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. По данным контрольной рентгенографии грудной клетки патологических изменений не выявлено. Больная в удовлетворительном состоянии выписана для амбулаторного лечения. Осмотрена через 3 мес. Жалоб нет.

Комментарий

Авторы представили редкое наблюдение абдоминоторакального ранения с входным отверстием в области промежности. Считаю необходимым напомнить хирургам о том, что любая операция должна начинаться с полноценной ревизии в сочетании с временным гемостазом. Только после обнаружения всех повреждений хирург определяет последовательность своих действий (окончательный гемостаз, резекционные или органосохраняющие вмешательства).

Руководитель отделения неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского проф. М.М. Абакумов

© Ю.Г. Кадышев, А.С. Яковенко, 2013

65074 Одесса, бул. Малиновского, д. 61а