

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОНИКАЮЩЕГО МНОЖЕСТВЕННОГО РАНЕНИЯ ЖИВОТА, ОСЛОЖНЕННОГО РАЗВИТИЕМ МЕСТНОГО И ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

УДК 617.55—001.45—06:616.9

Поступила 30.08.2010 г.



В.В. Бесчастнов, к.м.н., доцент;

В.Н. Марамохин, врач высшей категории, зав. отделением гнойной хирургии

Больница скорой медицинской помощи, Дзержинск Нижегородской области

Приводим случай огнестрельного проникающего множественного ранения живота с повреждением полых и паренхиматозного (печени) органов, осложненного развитием местного и генерализованного инфекционного процесса.

Ключевые слова: огнестрельная рана, дермотензия, ранение печени.

English

A case of the severe gunshot penetrating multiple wound of the abdomen complicated by a local and generalized infectious process

V.V. Beschastnov, MD, Associate Professor;

V.N. Maramokhin, Doctor of Higher Class Degree, Head of the Purulent Surgery Department

Emergency Hospital, Dzerzhinsk of Nizhny Novgorod region

A case of the abdomen gunshot penetrating multiple wound with the injury of the hollow and parenchymal (liver) organ complicated by a local and generalized infectious process is presented.

Key words: gunshot wound, dermotension, wound of the liver.

Криминализация общества и локальные военные конфликты привели к увеличению количества пациентов с огнестрельными ранениями в гражданских медицинских учреждениях. В то же время отчетливо выявляется общая тенденция — утяжеление входящего потока раненых. Так, повреждения печени встречаются у 22,4%, а ранения толстой кишки — у 52,7% пациентов с проникающими огнестрельными ранениями живота, при этом летальность при ранениях печени составляет 13—28%, а при ранениях толстой кишки — 18—26% [1]. Локализация повреждений в VII и VIII сегментах печени наиболее сложна для адекватного хирургического вмешательства, а высокая частота инфекционных осложнений, сопровождающих множественные ранения живота с повреждением полых и паренхиматозных органов, значительно удлиняет сроки лечения раненых.

Приводим случай огнестрельного проникающего множественного ранения живота с повреждением полых и паренхиматозного (печени) органов, осложненного развитием местного и генерализованного инфекционного процесса.

Пострадавший П., 38 лет, доставлен в БСМП г. Дзержинска 25 марта 2010 г. в тяжелом состоянии. Со слов раненого, получил огнестрельное ранение за 50 мин до поступления. При осмотре: одежда на животе и груди пропитана кровью. Кожные покровы — бледные, холодный пот, больной заторможен. В легких дыхание — везикулярное, частота дыхания — до 20 в минуту. Тоны сердца — глухие, артериальное давление — 100/70 мм рт. ст., пульс — 110 в минуту. Перкуторно: границы сердца — в норме. Губы и язык — сухие. Живот не участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен, при пальпации напряжен во всех отделах, болезненный при пальпации в правых

Для контактов: Бесчастнов Владимир Викторович, тел. моб. +7 904-390-56-82; e-mail: lancet2003@list.ru.

отделах, перкуторно — притупление в отлогих местах. В правом подреберье имеются 2 раны по передней и средней подмышечным линиям в IX—X межреберьях, округлой формы, диаметром 3 и 2 см. Из ран пролабирует большой сальник. В ранах визуально определяются края раздробленных ребер, умеренное кровотечение. Выходного отверстия нет.

На обзорных рентгенограммах грудной клетки и брюшной полости: в грудной клетке легочный рисунок определяется по всем легочным полям, в брюшной полости визуализируются множественные тени инородных тел округлой формы диаметром около 2 см.

Диагноз до операции: «Слепое огнестрельное проникающее ранение живота; огнестрельный оскольчатый перелом IX—X ребер справа; травматический шок II степени».

Через 40 мин после поступления была выполнена операция. Оперативное пособие начато срединной лапаротомией. В брюшной полости обнаружено около 800 мл крови. При ревизии органов брюшной полости установлено: сквозное ранение печени с отрывом фрагмента VI—VII сегментов, сквозное ранение подвздошной кишки, четыре раны поперечно-ободочной кишки на участке до 15 см длиной. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение из ран печени. Остановка кровотечения. После выявления повреждений VI—VII сегментов печени выполнено расширение лапаротомной раны в поперечном направлении: разрез через раны в IX—X межреберье справа соединен с верхним углом лапаротомной раны (по типу доступа по Черни—Руби). Выполнена атипичная резекция («резекция-обработка») печени с обеспечением гемостаза на поверхности резецированного участка путем коагуляции. Для увеличения надежности гемостаза при резекции печени использованы гемостатические губки. Раны тонкой кишки после экономного иссечения (не менее 5 мм, но до признаков отчетливого кровотечения из стенки органа) ушиты двухрядным швом в поперечном направлении. Поперечно-ободочная кишка мобилизована, ее участок с ранами выведен через отдельный разрез в правой боковой области живота на переднюю брюшную стенку в виде двустольной колостомы. Выполнены санация и дренирование брюшной полости в подреберных и подвздошных областях слева двумя дренажами. Произведена хирургическая обработка огнестрельной раны передней брюшной стенки: удалены явно нежизнеспособные ткани, доступные инородные тела (дробь), швы на входные отверстия раневого канала не накладывались.

Диагноз после операции: «Множественное дробовое проникающее ранение живота с частичным разрушением VI—VII сегментов печени, сквозным ранением поперечно-ободочной кишки, сквозным ранением подвздошной кишки. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Огнестрельный оскольчатый перелом IX—X ребер справа. Травматический шок II степени».

Послеоперационный период осложнился местным и общим инфекционным процессом. Абсцесс раневого канала: острый глубокий полимикробный (*S. aureus*, *Klebsiella* spp.) миоцеллюлит правой боковой области живота; острый раневой грамположительный сепсис. Проводили интенсивную терапию сепсиса в условиях ОРИТ, местное лечение гнойного очага «под повязкой».

При осмотре 06.04 (рис. 1) в правом подреберье в области входных отверстий — раневой дефект 15x8 см, края раны умеренно инфильтрированы, глубина раны — до 8 см, ее стенками являются в верхней части межреберные мышцы, внизу — мышцы брюшной стенки. Дном раны являются межреберные мышцы, под которыми при ревизии выявляется отграниченная полость в правом подреберье, где визуально определяются резецированные участки печени. Края раны — ригидны, одномоментное сопоставление их невозможно. Гнойный процесс



Рис. 1. Острый гнойный процесс в области входного отверстия огнестрельной раны

распространяется на лапаротомный поперечный разрез на протяжении до 10 см. Умеренное количество гнойного отделяемого. По результатам микробиологического исследования гнойной раны в динамике ведущим патогеном является полирезистентный госпитальный штамм *Klebsiella pneumoniae*.

В условиях перевязочной после туалета раны под местной анестезией наложен адаптационно-репозиционный аппарат, проводилась дозированная дермотензия в течение 7 сут (рис. 2), одновременно продолжалось местное и общее лечение гнойной раны. Темп сближения краев раны со временем уменьшался. Если в 1-е сутки он составлял 10—15 мм с каждой стороны, то в последующие дни среднесуточная скорость сжилась до 2,5—5 мм/сут.

При появлении возможности сопоставления краев раневого дефекта в условиях операционной 13.04 проведена вторичная хирургическая обработка гнойной раны, выполнено дренирование полости раны двухпросветной трубкой ТММК. Ввиду наличия сложных анатомических структур в полости раны и при отсутствии уверенности в радикальности проведенной хирургической обработки края раны полностью не ушивали, а свели аппаратом, что давало возможность для ревизии.

Через 24 ч провели ревизию раны путем разведения ее краев. При ревизии: отделяемое — серозно-гнойное, грануляции отсутствуют. Убедившись в сохранении жизнеспособности тканей, наложили первичный отсроченный шов через все слои раны (рис. 3) с активным проточно-промывным дренированием [2]. Дренирование полости раны осуществляли двухпросветной трубкой ТММК. К микроканалу трубки ТММК подключалась система капельного вливания, а к широкому каналу — система аспирации.

В послеоперационном периоде проводили постоянное проточно-промывное дренирование, чередуя его с фракционным: каждые четыре часа выполняли пережатие на несколько минут отводящей трубки. Адаптационно-репозиционный аппарат удален через 2 сут после наложения швов. Швы сняты на 14-е сутки.

Контрольный осмотр через три недели: рана зажила с образованием линейного рубца (рис. 4).

В данном случае характер проникающего ранения не вызывал сомнений, как и наличие повреждения внутриполостных органов. Задача точного определения всех поврежденных органов и характера их ранений до операции не ставилась и была успешно решена интраоперационно. Способом, позволяющим значительно

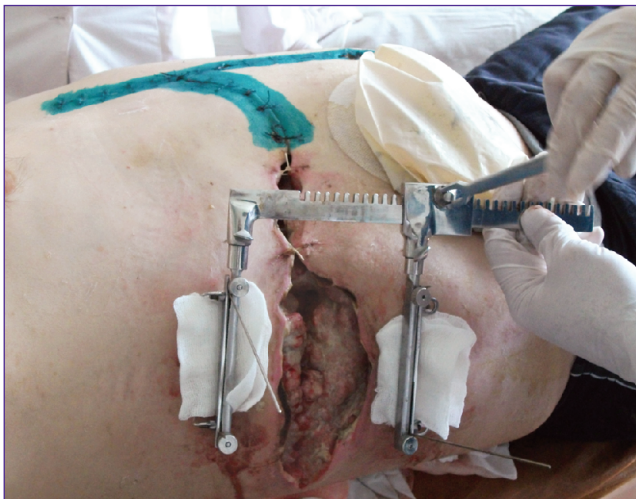


Рис. 2. Этап дозированной дермотензии в первую фазу раневого процесса

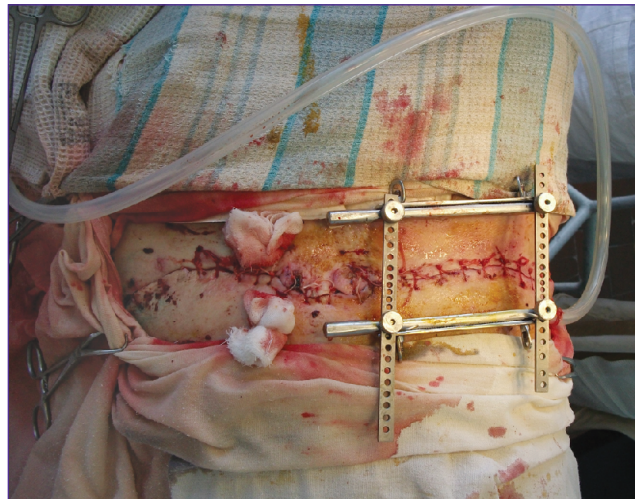


Рис. 3. Первичный шов на гнойную рану после этапных санаций

уменьшить интенсивность кровотечения из раны печени, выполнить адекватную ревизию повреждений печени и остановку кровотечения, явилось временное (на протяжении 10—15 мин) пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки сосудистым зажимом — маневр Прингля. Показанием к ушиванию ран подвздошной кишки послужили следующие факты: размер дефектов не превышал полуокружности кишки, отсутствовал распространенный перитонит. Противопоказанием к ушиванию раны ободочной кишки явилось наличие множественных ранений органов брюшной полости.

Исключительная сложность определения жизнеспособности тканей и часто техническая невозможность «радикальной» хирургической обработки огнестрельных ран обуславливают высокую частоту местных и общих инфекционных осложнений раневого процесса. Так, у тяжелораненых инфекционные осложнения встречаются в 32—50% случаев [1]. В патогенезе раневых инфекций основное значение имеют высоковирулентные госпитальные микроорганизмы, вызывающие дополнительное повреждение тканей и существенно замедляющие репарацию ран. Наличие обширной гной-

ной раны мягких тканей в области мышечных массивов при невозможности одномоментного сопоставления краев раны, а также наличие на дне раны анатомически и функционально важных образований диктуют необходимость максимально быстрого восстановления покровных тканей как барьера между внешней и внутренней средой. Это явилось показанием к применению аппаратной спицевой дермотензии и полуоткрытого способа лечения гнойной раны. Ранее дозированная дермотензия выполнялась только при наличии обширной гранулирующей раны, в данном случае этот метод был применен для закрытия гнойной раны в первую фазу раневого процесса.

Таким образом, выбор адекватного доступа к печени с выполнением органосохраняющих вмешательств (атипичная резекция — «резекция-обработка») при обширных повреждениях печени (III—IV степени), выведение колостомы при повреждении толстой кишки, категорический отказ от ушивания огнестрельных ран брюшной стенки позволяют снизить вероятность летального исхода при множественном проникающем огнестрельном ранении живота.

Приведенный случай иллюстрирует возможность выполнения дозированной дермотензии для закрытия обширной гнойной раны в первую фазу раневого процесса, а также использования полуоткрытого способа лечения, подразумевающего плановые санации гнойной раны с последующим наложением первичного шва в условиях активного проточно-промывного дренирования [2], при развитии местных инфекционных осложнений огнестрельной раны.

Литература

1. Военно-полевая хирургия. Национальное руководство. Под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. М: ГЭОТАР-Медиа; 2009; 816 с.
2. Способ лечения гнойных ран по Измайлову—Бесчастнову. Патент на изобретение №2299024 от 20.05.2007 г.



Рис. 4. Заживление раны с образованием линейного рубца