

УДК 616.743-616.31-001.44-089.157

К.Е. Агибаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

ОШИБКИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОЛОТЫХ РАН ШЕИ

Аннотация

При диагностических трудностях эзофагоскопии у больных с колотыми ранами шей необходимо помнить о проведении контрастной рентгенографии пищевода с целью выявления затека контраста, что указывал бы на повреждения пищевода. Упущенное время с момента получения травмы, быстрое распространение инфекции по средостению приводит к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, гнойного перикардита, сепсиса.

Ключевые слова: гнойный медиастинит, гнойный перикардит, эзофагоскопия, контрастной рентгенографии пищевода, колотые раны шей.

Диагностические ошибки при первичной хирургической обработке колотых ран шей могут приводить к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, плеврита, перикардита или повреждения крупного сосуда. При этом очень важно своевременная диагностика повреждения шейного отдела пищевода и трахей. При повреждении грудной части пищевода болезненность и воспалительный инфильтрат на шее отсутствуют. В этих случаях большое диагностическое значение имеет появление подкожной эмфиземы на шее, которая проявляется крепитацией при пальпации, которая видна на рентгенограмме грудной клетки в виде прослойки воздуха в подкожной клетчатке шейного отдела. У больного сразу же проявляются симптомы медиастинита с нарастающей интоксикацией [1,2,3].

При диагностических трудностях эзофагоскопии, больным по показаниям проводят контрольную контрастную рентгенографию пищевода с целью выявления признаков возможной перфорации, а при ее обнаружении - экстренную операцию.

Целью настоящего сообщения является изложение последовательности выполнения диагностических и лечебных мероприятий и результатов эндоскопического исследования больного с повреждением верхнего отдела пищевода, поступившего в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны, как редкий случай из клинической практики.

Случай из практики

Больной Б., 25 лет, доставлен из районной больницы в экстренном порядке в приемное отделение ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны с диагнозом: Колото-резанное ранение шей через 5 суток от момента получения травмы в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза выяснено, что больной получил ножевое ранение шей, обратился в районную больницу только через 3 суток в тяжелом состоянии, где больной осмотрен хирургом, лор-врачом, проведена фиброгастроскопия, проведена первичная хирургическая обработка раны шей, на рану наложены первичные швы и выставлен диагноз: «Непроникающее колото-резанное ранение шей». Несмотря на проведенную антибактериальную терапию внутримышечно - цефозолин 1 грамм х 4 раза в день, инфузионную терапию у больного нарастали симптомы интоксикации. В связи с ухудшением состояния больного по договоренности перевели в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны. Больному проведена фиброэзофагоскопия, обнаружено ранение задней стенки пищевода на уровне верхней трети.

Больному произведена повторная хирургическая обработка раны шей со снятием швов. При этом имеется гнойное отделяемое из раны. На рентгенографии грудной клетки имеется расширение тени средостения. За время обследования у больного появилась подкожная эмфизема шей. После кратковременной предоперационной подготовки больной взят на операцию для санации и дренирования средостения под интубационным наркозом. Предполагалось наложение гастростомы и возможно, эзофагостомы.

Диагноз до операции: Повреждение верхней трети пищевода. Флегмона шеи. Медиастинит. Сепсис.

Название операции: Вскрытие шейного отдела заднего средостения. Ушивание дефекта шейного отдела пищевода. Вскрытие и дренирование грудного отдела заднего средостения.

Описание операции: После обработки операционного поля в условиях интубационного наркоза на передней поверхности шеи слева произведена продольный разрез по внутренней поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы, рассечение кожи, подкожная клетчатка, мышцы шеи тупо раздвинуты, фасции шеи поэтапно вскрыты до заднего средостения, где ревизирован пищевод. Обнаружено ранение задней стенки пищевода, размерами 0.5x0.3см. Назогастральный зонд проведен в желудок.

Учитывая крайне тяжелое состояние больного, наличие инфильтрации тканей и выпота вокруг ран пищевода произведено ушивание ран пищевода. От наложения эзофагостомы решено воздержаться из-за крайне тяжелого состояния больного. Раны пищевода ушиты двухрядным швом, герметично с подведением дренажной трубки и перчаточного-марлевого дренажа. При ревизии шейного отдела заднего средостения выделена около 20 мл гнойного выпота, осушено, тщательно промыта антисептиками и дренирован перчаточного-марлевым тампоном и ПХВ трубкой.

После санации средостения произведена инъекция антибиотика - Цеф IV 1,0 в ткани средостения. Во время операции у больного нестабильная гемодинамика с остановкой сердца. После реанимационных мероприятий сердечная деятельность восстановлена. Дальнейший предполагаемый объем операции - Лапаротомия, диафрагматомия по Розанову, дренирование заднего средостения по Савеных, гастротомия по Штамму-Кадеру не представлялся возможным из-за крайне тяжелого состояния больного. Операция остановлена анестезиологом. Больной снят с операционного стола, переведен в отделение реанимации и интенсивной те-

рапии, где больному проводилось интенсивная терапия, антибактериальное, противовоспалительное, инфузионная терапия.

Диагноз после операции: Повреждения верхней трети пищевода. Флегмона шеи. Гнойный медиастинит. Сепсис.

Состояние больного после операции оставался крайне тяжелым, без сознания. Через 12 часов у больного наступила повторная остановка сердечной деятельности, реанимационные меры без эффекта. Зафиксирована смерть больного. На аутопсии обнаружено гнойный медиастинит и гнойный перикардит. Перикард утолщен, внутренняя поверхность перикарда покрыт толстым слоем желтого фибрина, в полости перикарда была около 40 мл жидкого гноя.

Анализируя данный случай необходимо отметить позднее обращение больного за медицинской помощью, быстрое распространение инфекции по заднему средостению с развитием гнойного медиастинита, гнойного перикардита. При поступлении в районную больницу больному не проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, на которой можно было бы увидеть эмфизему средостения. Если допустить возможность повреждения пищевода до поступления в клинику, на рентгенографии органов грудной клетки могли бы обна-

ружить наличие эмфиземы средостения. Необходимо помнить о проведении контрастной рентгенографии пищевода с целью выявления затека контраста, что указывала бы на повреждения пищевода.

Таким образом, позднее обращение больного, диагностические трудности при эзофагоскопии, выполненной больному в районной больнице, быстрое распространение инфекции по средостению привел к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, гнойного перикардита, сепсиса.

В совокупности упущены 5 суток с момента получения травмы, диагностические трудности не позволили избежать развития серьезных осложнений (медиастинит, перикардит и сепсис) и смертельного исхода.

Литература:

1. Абакумов М. М. Диагностика и лечение ранений шеи / М. М. Абакумов, К. Р. Джаграев // Хирургия. - 1998. - № 8. - С. 10-13.
2. Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. - М.: Медицина, 2001.
3. Neck injuries / D. P. Flanagan, N. M. Baraniewski, J. S. Sehuler, J. P. Weeyr // Civilian vascular trauma. — Philadelphia : Lea Febiger, 1992. - P. 145-157.

Тұжырым МОЙЫННЫҢ ЖАРАҚАТЫН АЛҒАШҚЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ӨНДЕУДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР К.Е. Агибаев

МКҰ «№1 қалалық аурухана», Астана қаласы

Мойын жарақатын алған науқастарға эзофагоскопия жасауда диагностикалық қиындықтар кезінде, өңештің зақымдануын анықтау үшін, науқасқа өңештің контрастты рентгенографиясын жасауды ұмытпау керек. Травмадан кейінгі өткен уақыт, кеуде қуысында инфекцияның жылдам тарауы іріңді медиастинит, іріңді перикардит және сепсис сияқты ауыр асқынуларға әкеледі.

Негізгі сөздер: іріңді медиастинит, іріңді перикардит, эзофагоскопия, өңештің контрастты рентгенографиясы, мойын жарақаты.

Summary ERRORS IN THE PRIMARY SURGICAL TREATMENT OF WOUNDS OF THE NECK K.E. Agibaev

GCI «№1 City hospital», Astana

In case of diagnostic difficulties in the esophagoscopy in patients with wounds of the neck we should remember about the contrast radiography of the esophagus to identify streaks contrast, which would indicate a damaged esophagus.

Lost of time after injury, the rapid spread of the infection to the mediastinum leads to serious complications: the development of purulent mediastinitis, purulent pericarditis, and sepsis.

Key words: purulent mediastinitis, purulent pericarditis, esophagoscopy, contrast radiography of the esophagus, wounds of the neck.