

© Коллектив авторов, 2013
УДК 617.53-001.4-089

В. Б. Мосягин, В. Ф. Рыльков, И. В. Карпатский, Е. А. Тымкив

РАНЕНИЕ ШЕИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ СТРУКТУР: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

СПбГБУЗ «Городская больница № 26» (главврач — проф. В. И. Дорофеев)

Ключевые слова: ранение шеи, позвоночная артерия

Как писал в своей монографии проф. Н. Н. Петров [4]: «Лечение ранений шеи составляет одну из повседневных задач хирурга. Задача эта сложна или проста, легка или трудна, смотря по различию самих ранений». Шея, занимая небольшую часть поверхности тела, содержит в себе большое количество жизненно важных структур, повреждение которых обуславливает тяжесть состояния и требует четкой организации лечения данной категории больных. Публикации последних десятилетий, посвященные этой проблеме, содержат противоречивые рекомендации. На страницах зарубежной хирургической печати, начиная с 50-х годов XX в., в качестве положений для лечения повреждений шеи активно предлагаются и обсуждаются два концептуальных подхода. Часть хирургов являются сторонниками обязательной ревизии так называемых пенетрирующих ранений шеи, другие придерживаются выжидательной тактики, обосновывая ее относительно высоким процентом отрицательных результатов ревизии. Реализация этих двух концепций в ведущих хирургических центрах Европы и Северной Америки позволила снизить общую летальность при повреждении внутренних структур шеи до 2–6% [3].

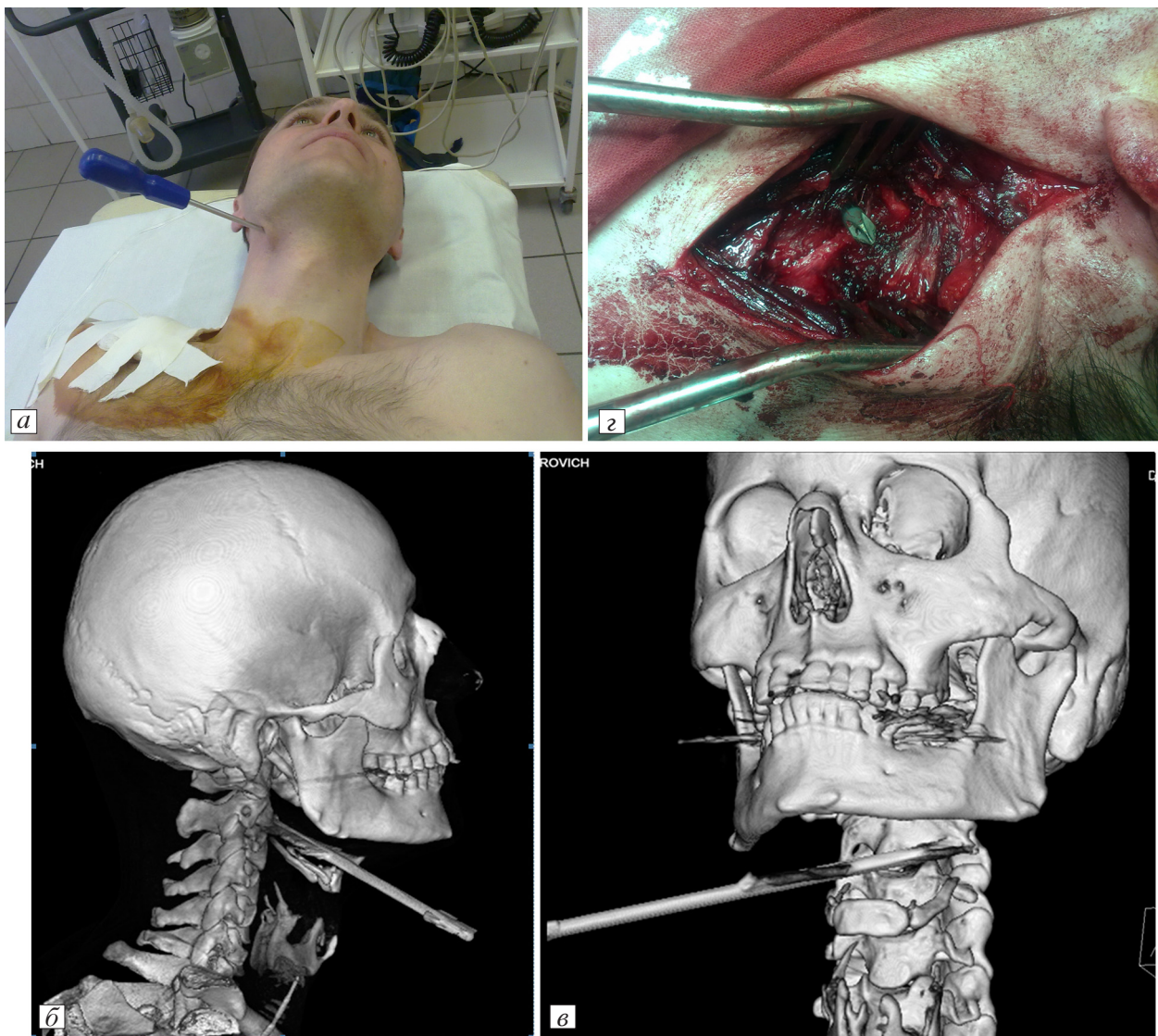
Кроме этого, необходимо остановиться на неоднозначности классификаций ранений шеи. Спорным является термин «проникающее ранение шеи». Некоторые авторы относят к ним любые

ранения, распространяющиеся глубже платизмы, другие — только проникающие в просвет органов шеи, ротовой или плевральной полости. Мы придерживаемся второго мнения и полностью согласны с М. М. Абакумовым и соавт. [1], что более удачным по отношению к *m. platysma* является разделение ран на поверхностные и глубокие.

По мере внедрения в неотложную хирургию высокоинформативных методов обследования [спиральной компьютерной томографии (СККТ) с ангиоконтрастированием, магнитно-резонансной томографии (МРТ)] и малоинвазивных (рентгено-эндоваскулярных) вмешательств показания к ним продолжают обсуждаться. Ряд исследователей [6, 7] считают, что всем пациентам с ранениями шеи необходимо в экстренном порядке выполнять компьютерную томографию и ангиографию. С другой стороны — большинство раненных в шею первично поступают в неспециализированные лечебные учреждения и оперируются врачами-хирургами общего профиля. Ограниченная техническая оснащенность таких лечебных учреждений, а вместе с тем и сложности в организации полноценной круглосуточной работы приемно-диагностических отделений и консультаций узких специалистов нередко приводят к фатальным лечебно-диагностическим ошибкам. Отсутствие единого алгоритма также приводит к ухудшению результатов лечения таких больных. Частота диагностических ошибок при выявлении ранений сосудов и органов шеи по сводной стати-

Сведения об авторах:

Мосягин Вадим Борисович (e-mail: vbmosyagin@gmail.com), Рыльков Владимир Федорович, Карпатский Игорь Владимирович (e-mail: ivspb@mail333.com), Тымкив Евгений Алексеевич, СПбГБУЗ «Городская больница № 26», 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, 2



Пациент М., 38 лет, с ранением шеи отверткой.

а — внешний вид больного; б — компьютерная томограмма шеи (боковая проекция, реконструкция); в — компьютерная томограмма шеи (прямая проекция, реконструкция); г — операционная рана (видно острие отвертки)

стике даже в специализированных хирургических стационарах достигает 7–38% [1, 2, 4, 5, 7, 8]. В сложившейся ситуации хирургам необходимы четкие рекомендации по оказанию хирургической помощи раненым в шею.

Представляем вариант успешного хирургического лечения больного с глубоким ранением шеи отверткой.

Больной М., 38 лет, поступил в шоковый зал нашей больницы 26.01.2013 г. в 15.20 с колотым ранением шеи отверткой. Пациент доставлен машиной скорой медицинской помощи с рабочего места, где, с его слов, сам нанес себе ранение правой половины шеи отверткой с целью суицида. С момента нанесения травмы прошло около 1 ч. При осмотре больной в сознании, контактен, ориентирован в месте и времени, психически подавлен. На правой половине шеи на 2 см

ниже угла нижней челюсти имелась колотая рана, из которой выступала ручка отвертки (рисунки, а).

Поступления кровотечения из раны и подкожной гематомы на шее не было. Область шеи симметрична, не деформирована, пальпаторно болезненна в области раны, эмфиземы нет. Больной разговаривает, голос не изменен. Гемодинамика стабильная: пульс 82 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст.

Больной осмотрен реаниматологом, психиатром, отоларингологом. Учитывая отсутствие клинически явных признаков повреждения крупных артериальных стволов, продолжающегося кровотечения, нарастания внутритканевой гематомы, принято решение о дополнительном обследовании больного с целью определения дальнейшей хирургической тактики, доступа и объема ревизии. Больному выполнена компьютерная томография шеи (рисунки, б, в), на которой визуализирована длинная отвертка, проходившая спереди от позвоночника косо вверх и справа налево практически через всю шею, оскольчатый перелом поперечного отростка II шей-

ного позвонка слева. Учитывая проекцию острия отвертки, было невозможно исключить ранение позвоночной артерии в III сегменте. При ФГДС признаков проникновения в полость ротоглотки не выявлено.

После выполненного обследования больной был взят в операционную для ревизии раны, удаления отвертки. Учитывая невозможность исключить повреждение позвоночной артерии слева, решено начать с ревизии последней в ее III сегменте. Под эндотрахеальным наркозом выполнен доступ по заднему краю левой грудиноключично-сосцевидной мышцы в области ее верхней трети. В мягких тканях аккуратно визуализированы конец инородного тела и изгиб левой позвоночной артерии. Острие отвертки располагалось в 5 мм от последней, признаков повреждения стенки сосуда не выявлено (рисунок, г). Признаков нарастания внутритканевой гематомы, продолжающегося кровотечения не выявлено, данных за проникающее ранение ротоглотки при ларингоскопии и ФГДС не получено. В связи с этим решено закончить ревизию. На острие отвертки надета перфорированная дренажная трубка и проведена через раневой канал одновременно с извлечением инородного тела. Поступления крови за ней не отмечено. Больной экстубирован и переведен для дальнейшего лечения в реанимационное отделение по психиатрическим показаниям. В последующие дни отделяемое по дренажу скудное, серозно-геморрагического характера. Больной получал антибактериальную терапию, анальгетики. Признаков нарастания внутритканевой гематомы, эмфиземы, отека шеи, воспалительных изменений в области раны, лейкоцитоза и сдвига в формуле в клинических анализах крови не отмечено. Дренаж удален на 3-и сутки. Швы с раны сняты на 5-е сутки, больной переведен на дальнейшее лечение в психиатрический стационар.

Данное наблюдение показывает, что даже глубокое, практически сквозное, ранение шеи не всегда сопровождается повреждением жизненно

важных структур. Отнесение таких повреждений, в соответствии с некоторыми действующими классификациями, к проникающим является, на наш взгляд, спорным. Объем хирургической ревизии в некоторых случаях, опираясь на клинические данные и доказательные результаты обследования, может быть ограничен, что способствует уменьшению дополнительной травматизации тканей и органов шеи, более быстрому выздоровлению пациента.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абакумов М. М., Джаграев К. Р. Диагностика и лечение ранений шеи // Хирургия. 1998. № 8. С. 10–13.
2. Долгоруков М. И., Михайлов А. П., Фокин А. А. Диагностика и хирургическое лечение ранений шеи // Вестн. хир. 1999. № 6. С. 47–51.
3. Завражнов А. А. Ранения шеи. Диагностика и лечение на этапах медицинской эвакуации и в условиях лечебных учреждений мирного времени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2005.
4. Петров Н. Н. Ранения шеи // Лечение военных ранений: Практическое руководство для врачей и студентов / Под ред. Н. Н. Петрова, П. А. Куприянова. Л.: Медгиз, 1945. С. 292–295.
5. Трунин Е. М., Михайлов А. П. Лечение ранений и повреждений шеи. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. 159 с.
6. Dounell O., Atik M., Pick R. A. Evaluation and Management of penetrating wounds of the neck: the role of emergency angiography // Am. J. Surg. 1979. Vol. 188, № 2. P. 309–313.
7. Hirshberg A., Wall M. J., Johnston R. H. Transcervical gunshot injuries // Am. J. Surg. 1994. Vol. 167. P. 309–312.
8. Wiulson R. F., Diebel L. Injuries to the Neck // Management of trauma: pitfalls and practice 2-ed / ed. R. F. Wilson, A. J. Walt. Philadelphia, 1996. P. 270–287.

Поступила в редакцию 27.03.2013 г.