

© Е.С.Никитин, 2007
УДК [617.541+617.55]-001.4-089

Е.С.Никитин

СТЕРНОЛАПАРОТОМИЯ КАК ВАРИАНТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Свободненская больница ФГУ ДВОМЦ Росздрава (главврач — И.В.Черных), г. Свободный, Амурская область

Ключевые слова: торакоабдоминальные ранения, показания к операции, продольная стернотомия, стернолапаротомия.

Все больные с торакоабдоминальными ранениями (ТАР) нуждаются в срочном оперативном лечении [3]. Вопрос о выборе оперативного доступа при этих повреждениях до сих пор не решён однозначно [2]. Ряд хирургов [5] предлагают выполнять торакофрениколапаротомию, другие [1, 2] находят возможным в некоторых ситуациях производить торакотомию с ревизией органов брюшной полости через широкий (до 15–18 см) разрез в диафрагме при торакоабдоминальном характере ранения. Однако большинство авторов [1–4] считают, что более удобным по отдельности выполнять торакотомию и лапаротомию.

Каких-либо сообщений относительно наиболее оптимальной хирургической тактики, применяемой при одновременном продолжающемся кровотечении в обе плевральные полости и брюшную полость при ТАР в условиях малооснащённых хирургических стационаров центральной районной больницы (ЦРБ), в доступной нам литературе мы не нашли. В практике районного хирурга подобные повреждения встречаются, но довольно редко. Нам по роду своей деятельности приходится оказывать хирургическую помощь пациентам в различных ЦРБ области. В качестве альтернативного решения при множественных ТАР с продолжающимся двусторонним внутриплевральным и внутрибрюшным кровотечением мы применили операционный доступ в виде продольной стернолапаротомии.

Приводим своё наблюдение.

Больной Д., 30 лет, был доставлен в хирургическое отделение Магдагачинской ЦРБ в 2 ч 15 мин 19.02.2005 г. машиной «скорой помощи» с места происшествия через 20 мин после травмы. Обстоятельства травмы до конца не ясны, со слов больного неизвестный нанёс пострадавшему несколько ударов ножом в грудь и живот.

При поступлении общее состояние пациента было крайне тяжёлым. При осмотре заторможен, из рта чувствовался запах алкоголя. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. В лёгких дыхание резко ослабленное с обеих сторон, в нижних отделах слева не проводится, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца резко приглушённые, ЧСС 130 уд/мин, АД 80/30 мм рт. ст. Живот напряжён, при пальпации резко болезненный во всех отделах. В пятом межреберье по правой сосковой линии, в шестом межреберье по правой передней подмышечной линии, в пятом межреберье по левой сосковой линии, в седьмом межреберье по левой передней подмышечной линии и по белой линии живота, ниже мечевидного отростка определялись раны линейной формы размером 2×0,3 см. Из ран грудной полости при дыхании поступает воздух. При ревизии раны, расположенной под мечевидным отростком, зондом последняя переходила в раневой канал длиной 7 см, идущий сверху вниз, слева направо, проникающий в брюшную полость. Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости при поступлении не выполнены из-за тяжести состояния. Анализ крови: эр. $2,7 \times 10^{12}/л$; Нб 100 г/л, л. $12,9 \times 10^9/л$, п. 17%, с. 78%, э. 2%, мон. 3%. Выполнив плевральные пункции с обеих сторон (в положении больного полусидя) в восьмом межреберье по задней подмышечной линиям — получили свежую кровь (положительная проба Рувелуа–Грегуара) с обеих сторон.

Через 30 мин от момента поступления пострадавший был оперирован по поводу подозрения на ранение сердца. Учитывая тот факт, что имело место продолжающееся кровотечение в обе плевральные полости, решено начать операцию с продольной стернотомии. Грудина рассечена пилой Джигли, проведённой под ней при помощи длинного зажима Микulichа. Края раны развели ранорасширителем.

При осмотре органов грудной клетки обнаружили сквозное ранение нижней доли левого лёгкого, прикрывавшего сердце, непроникающее ранение левого желудочка сердца и продолжающееся кровотечение из межрёберной артерии шестого межреберья по правой передней подмышечной линии. В левой плевральной полости было до 700 мл крови и сгустков, в правой — до 400 мл. Рану сердца ушили узловыми лавсановыми швами на атравматической игле, редкие швы на перикард. Раны лёгких ушили узловыми двухрядными кетгутowymi швами на атравматической игле. Взяли 850 мл крови для реинфузии. После удаления крови из плевральных полостей обнаружили раневые дефекты в левом и правом куполах диафрагмы размерами 3,5×1 см. Из раны правого купола вытекала кровь, которая частично сворачивалась (положительная проба Рувелуа-Грегуара). Раны диафрагмы ушиты двухрядными узловыми шёлковыми швами. Обе плевральные полости дренированы силиконовыми трубками диаметром 0,7 см, установленными в девятом межреберье по задней подмышечной линии. Переднее средостение дренировали такой же трубкой, уложенной на всю длину под грудину и выведенную через прокол в коже слева от мечевидного отростка. Грудину ушили узловыми лавсановыми швами, проведёнными в межреберья, швы на кожу — шёлком. Все дренажи подключили к активной аспирации по типу Редона («гармошка»). Продлили разрез по белой линии живота до пупка, получился доступ в виде верхней срединной лапаротомии. В брюшной полости обнаружено до 600 мл крови и сгустков, 450 мл крови взято для реинфузии. При осмотре обнаружены раны печени (IV и VII сегментов) с продолжающимся кровотечением и проникающая рана передней стенки желудка по малой кривизне. Раны печени ушиты узловыми кетгутowymi швами с дополнительной тампонадой салынком на ножке, рана желудка ушита двухрядными узловыми шёлковыми швами. Операцию закончили дренированием брюшной полости. Через контрапертуры в подвздошных областях в малый таз установили дренажи из резиновой перчатки, через контрапертуру в правом подреберье под печень установили силиконовую трубку, срединную рану ушили послойно наглухо.

В послеоперационном периоде провели курс консервативной терапии: антибиотики (гентамицин, цефатоксим), бронхолитики (бромгексин), содовые ингаляции. Послеоперационный период протекал гладко — дренаж из правого подреберья удален на 2-е сутки, из плевральных полостей — на 3-и, из средостения и малого таза — на 5-е. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Больной был выписан на 11-е сутки — 02.03.2005 г. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет, работает по специальности водителем.

Данное наблюдение интересно тем, что у больного с двусторонним торакоабдоминальным ранением при поступлении имелось продолжающееся внутреннее кровотечение в обе плевральные полости и брюшную полость, вызванное

повреждением левого желудочка сердца и лёгких, межрёберной артерии справа, печени. В данной ситуации вместо двух торакотомий и лапаротомии выполнили продольную стернотомию, которую после операции на органах грудной клетки продлили на переднюю брюшную стенку по типу стернолапаротомии. Такой способ значительно сокращает время операции и в тоже время даёт достаточный обзор, позволяющий манипулировать на обеих плевральных полостях, средостении, органах брюшной полости. При необходимости доступ можно расширить книзу. До сих пор считалось, что стернотомия является прерогативой специализированных торакальных и кардиохирургических отделений. Однако нам кажется, что в экстренной ситуации, подобно описанной выше, вполне уместным будет использование чрезгрудного доступа. В последующем мы применили продольную стернотомию ещё в 5 случаях, когда имелось двустороннее ранение грудной клетки в проекции сердца с продолжающимся кровотечением в обе плевральные полости. Каких-либо осложнений при этом мы не отмечали, все пострадавшие поправились. Надо отметить, что прежде чем операционный доступ продлить на переднюю брюшную стенку (перевести продольную стернотомию в стернолапаротомию), необходимо ушить грудную клетку во избежание её инфицирования через возможно повреждённые полые органы брюшной полости. При наличии определённых навыков на выполнение продольной стернотомии затрачивали 5–7 мин. Этот доступ можно с успехом применять и в условиях малооснащённых хирургических стационаров ЦРБ, для чего желательно пройти подготовку на базе кардиохирургического или торакального отделений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абакумов М.М., Смолер А.Н., Гкешелашвили Г.Г. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота // Хирургия.— 2005.—№ 1.—С. 4–8.
2. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди.—СПб.: Logos, 1995.—438 с.
3. Вагнер Е.А. Грудобрюшные ранения.—М.: Медицина, 1992.—240 с.
4. Манков А.В., Портнов А.Н. Хирургическая тактика при проникающих ранениях сердца // Хирургия.—2002.—№ 5.—С. 34–36.
5. Соловьёв Г.М., Багдасаров В.В. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях // Хирургия.—1998.—№ 10.—С. 19–20.

Поступила в редакцию 13.03.2007 г.