

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С СОЧЕТАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ РАЗВИТИЕМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

К.В.Агапов¹, М.Г.Багдатьяева², М.С.Егоров¹, Ф.А.Дзугкоева², А.А.Шутов²

¹ ФГОУ «Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства», Москва

² ФГУЗ «Клиническая больница № 119 Федерального
медико-биологического агентства», Химки, Московская область

Представлен случай лечения больного с сочетанной минно-взрывной травмой, осложнившейся тяжелым тотальным панкреонекрозом. Рассмотрены особенности диагностики и лечения больного. Отмечено, что больной находился в стационаре почти 100 сут, а ряд диагностических и лечебных мероприятий проводился после его выписки из больницы.

Ключевые слова: особенности диагностики и лечения, панкреонекроз, сочетанная минно-взрывная травма

Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение 2 и более анатомических областей тела одним травмирующим агентом. При сочетанной травме каждое повреждение органов и тканей, даже несмертельное, вносит свой «вклад» в развитие патологических процессов в организме пострадавшего, усугубляя полиорганную дисфункцию. При сочетанной травме патологические факторы не просто суммируются, а создают усугубляющий эффект, приводящий к более тяжелому течению каждого повреждения в отдельности. Данный феномен известен как синдром взаимного отягощения [1].

Особенностью тяжелой сочетанной травмы является то, что симптомы повреждения органов брюшной полости могут быть стертыми или может появляться симптоматика «острого» живота при отсутствии патологии в брюшной полости [2]. Задержка обследования при поступлении приводит к поздней диагностике повреждений органов брюшной полости и задержке с проведением операции [1]. Поэтому применение инструментальных методов диагностики на ранних этапах обследования пострадавших с сочетанной травмой позволяет свести к минимуму количество диагностических ошибок. Значительную трудность представляет также диагностика послеоперационных абдоминальных осложнений, частота которых составляет от 10 до 21% [3].

Таким образом, изучение патологических процессов, особенностей течения травматической болезни, осложнений, развивающихся в результате сочетанной травмы, остается актуальным направлением неотложной хирургии.

Представляем случай лечения больного с сочетанной минно-взрывной травмой, осложнившейся развитием инфицированного панкреонекроза.

Больной С., 37 лет, в августе 2008 г. во время грузино-югоосетинского вооруженного конфликта получил минно-взрывную сочетанную травму и был госпитализирован в Республиканскую клиническую больницу г. Владикавказа, где ему был поставлен диагноз: огнестрельное осколочное ранение брюшной полости с повреждением левой доли печени, салника и поджелудочной железы (ПЖ); множественные осколочные ранения грудной клетки; геморрагический шок III–IV ст.

Одновременно с проведением противошоковых мероприятий 09.08.08 больному были выполнены лапаротомия, ушивание раны левой доли печени, санация и дренирование брюшной полости. Через 4 сут после ранения больной был дос-

тавлен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) клинической больницы №119 ФМБА России. При поступлении – состояние больного тяжелое (АРАСНЕ II = 17 баллов). Больной в сознании, контактен. Жалобы на боли в животе и одышку. Температура – 37,6 °С. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание частое, ослаблено в нижних отделах левого легкого. Хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 26–28 дых./мин, частота сердечных сокращений – 102 уд./мин, артериальное давление – 140/90 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Перистальтика кишечника не выслушивается. Мочеиспускание по катетеру. Повязки на передней брюшной стенке промокли сукровичным отделяемым. По дренажам из брюшной полости – до 20 мл сукровичного отделяемого.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в брюшной полости и малом тазу между петлями кишечника определяется жидкость. В левом подреберье – округлое неоднородное образование размером 85×93×82 мм. В левой плевральной полости определяется жидкость объемом до 300 мл (рис. 1).

Рентгенография органов грудной клетки – левое легочное поле интенсивно затемнено. Во 2-м межреберье определяется тень металлического инородного тела (осколок). При обзорной рентгенографии брюшной полости на уровне тела L3 позвонка – тень металлического инородного тела (осколок). Общий анализ крови: лейкопения – $4,6 \cdot 10^9$; метамиелоциты – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 15, сегментоядерные нейтрофилы – 64, лимфоциты – 15, моноциты – 5%; СОЭ – 70 мм/ч. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание гипопроteinемия – 46,6 г/л. Состояние больного расценено как тяжелое вследствие продолжающегося перитонита, левостороннего гемоторакса.

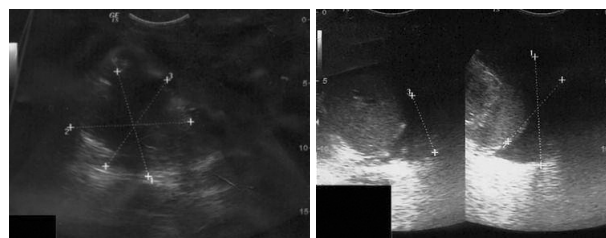


Рис. 1. Ультразвуковое исследование: а – жидкость между петлями кишечника в левом подреберье; б – жидкость в левой плевральной полости

В день госпитализации больной был экстренно прооперирован. Выполнен торакоцентез, при котором из левой плевральной полости получена темная лизированная кровь. В 8-м межреберье по заднеподмышечной линии установлен дренаж, по которому выделились 750 мл темной крови со сгустками. При релапаротомии отмечены выраженный адгезивный процесс во всех отделах брюшной полости, гиперемия кишечных петель и большого сальника. Слева между петлями тонкой кишки и ободочной кишкой обнаружен фиброзно-гнойный выпот объемом до 120 мл. Выявлена линейная рана левой доли печени, ближе к круглой связке, глубиной до 1,0 см. Круглая связка на предыдущей операции была пересечена, и ее проксимальный отрезок использован для тампонады раны печени. Во время операции часть круглой связки оказалась лизирована, из под нее обильно поступает желчь. Рана печени ушита 3 отдельными П-образными швами. Линия швов укрыта пластиной «тахокомб» и мобилизованной прядью большого сальника на питающей ножке. Далее выявлена линейная рана головки ПЖ протяженностью до 6,0 см, глубиной от 0,9 до 2,0 см с участками некроза краев и скудным поступлением секрета железы (рис. 2).

Выполнена краевая некрэктомия. Брюшная полость санирована. Установлены дренажи в подпеченочное пространство, к головке ПЖ, в полость малого таза. Сформирована панкреатооментобурсостома, через которую к головке ПЖ установлены 2 марлевых тампона.

В этот же день больному выполнена чрескожная, чреспеченочная холецистостомия под УЗИ. При контрольной рентгенографии после дренирования левой плевральной полости ткань левого легкого достаточно прозрачна, имеются отдельные участки затемнения вблизи металлического инородного тела.

В дальнейшем осуществлялась интенсивная терапия в условиях



Рис. 2. Схематичное изображение поврежденной печени и головки поджелудочной железы

ОРИИТ, включающая искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), медикаментозную седацию, введение коллоидных и кристаллоидных растворов, вазопрессоров (допмин – 2–5 мкг/кг/мин), альбумина 20%, контрикала (200 АТрЕ/сут), реамберина, тиенама (3,0 г/сут), метрогила (1 000 мг/сут), октреотида (1 200 мг/сут), фраксипарина (0,3 мл/сут), пентаглобина (по схеме), флуимуцила (600 мг/сут), спазмолитиков, диуретиков. Также проводились переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитной взвеси, энтеральное питание (нутрифлекс), плазмаферез, аутоотрансфузия фотомодифицированной крови. Выполнялись перевязки, промывание дренажей.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного оставалось тяжелым (АРАСНЕ II = 22 балла) за счет продолжавшегося перитонита и сохранявшейся ранней полиорганной недостаточности. На 8-е сутки больному был прооперирован повторно. При ревизии – в верхних отделах брюшной полости до 250 мл гнойного содержимого (взят посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам). В малом тазу и фланговых областях выпота нет. В области малого сальника определяется рыхлый инфильтрат с бляшками стеатонекроза. В сальниковой сумке выражены спаечный процесс, мутный выпот. Головка, тело и хвост ПЖ – плотные, без размягчения, ее дольчатая структура отсутствует. В области раны ПЖ имеются участки некроза с наложениями фибрина. Выполнены краевая некрсеквестрэктомия, некрэктомия частично некротизированного малого сальника. Брюшная полость и сальниковая сумка санированы растворами антисептиков, осушены.

Многочисленные попытки выполнить назогастральную интубацию оказались безуспешными из-за выраженной инфильтрации в области двенадцатиперстной кишки. Проведена коррекция положения дренажей. К области раны ПЖ установлен марлевый тампон. Лапаротомная рана ушита до тампона. Посев из брюшной полости: на средах

обогащения получен рост *staphylococcus aureus*, чувствительный к азитромицину, хлорамфениколу, клиндамицину, эритромицину, линезолиду, рифампицину, ванкомицину. В связи с длительным прогнозом ИВЛ больному на 11-е сутки выполнена трахеотомия, продолжена терапия в ОРИИТ.

В связи с развитием у больного кишечной недостаточности УЗИ брюшной полости оказалось неинформативным. На 17-е сутки выполнена спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, при которой выявлены признаки перенесенных ранее оперативных вмешательств, проникающего осколочного ранения живота (металлический осколок в забрюшинной клетчатке на уровне тела L3 позвонка кпереди от нижней полой вены и аорты), панкреонекроза, парапанкреатита, инфильтративных изменений в брюшной полости и забрюшинном пространстве, умеренного двустороннего гидроторакса (рис. 3).

К 26-м суткам состояние больного ухудшилось, отмечено нарастание явлений полиорганной недостаточности вследствие тяжелого сепсиса. Больной прооперирован. Выполнена релапаротомия, при которой в верхних отделах живота обнаружен выраженный спаечный процесс. Выполнено рассечение спаек, удалены секвестры ПЖ, проведена коррекция положения дренажей. Продолжена терапия в условиях ОРИИТ, где неоднократно проводилась санационная фибробронхоскопия в связи с развившимся гнойным бронхитом. На 32-е сутки открылся толстокишечный свищ через лапаротомную рану (рис. 4).

Далее при УЗИ выявлены признаки абсцессов в малом тазу и правой



Рис. 3. Спиральная компьютерная томография – 17-е сутки после травмы (категория Balthazar C, КТ-индекс – 7 баллов). Осколок снаряда на уровне тела L3 позвонка кпереди от нижней полой вены и брюшной аорты, мелкие осколки в мягких тканях передней брюшной стенки. Дренированы подпеченочное пространство, сальниковая сумка, латеральные каналы, область корня брыжейки, желчный пузырь



Рис. 4. Фистулография. Толстокишечный свищ

подвздошной области. На 33-и сутки проведено чрескожное дренирование абсцессов малого таза и правой подвздошной области под контролем УЗИ. Получены 100,0 мл гноя из полости каждого абсцесса. Поступление гноя по дренажу из полости абсцесса малого таза постепенно прекратилось, дренаж удален. Однако, несмотря на постоянное промывание дренажа, сохранялось поступление гнойного отделяемого из полости абсцесса правой подвздошной области, нарастали воспалительные изменения в общем анализе крови, гипертермия. На 42-е сутки выполнено вскрытие и дренирование абсцесса правой подвздошной области (рис. 5).

Больной в стабильном состоянии (APACHE II = 8 баллов) переведен в отделение общей хирургии только на 52-е сутки после получения травмы. В дальнейшем состояние больного постепенно улучшалось. Контрольная рентгенография органов грудной клетки показала – воспалительные явления в легких регрессировали, что подтверждало следующее наблюдение А.А.Вишневого: «... чаще всего пуля или осколок ведет себя в паренхиме легкого «спокойно»: инкапсулируясь, ничем себя не проявляет» [4] (рис. 6).

Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением. На 98-е сутки пациент был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. За время лечения больному проведена трансфузия 54 л

свежезамороженной плазмы, 6 л эритроцитной массы. В декабре 2009 г. больному выполнено внутрибрюшинное устранение свища ободочной кишки.

Данный клинический случай демонстрирует тяжесть сочетанной минноволевой травмы, а также показывает, какие большие усилия требуются от коллектива медицинских работников для спасения жизни больных такой категории. Следует отметить, что оказание специализированной помощи таким больным напрямую зависит от оснащенности лечебного учреждения, квалификации врачей и среднего медицинского персонала, а также от наличия необходимых медикаментов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. М.: Медицина, 2005. С. 22–58.
2. Лебедев Н.В., Петенко О.Н. Объективная оценка тяжести травм при сочетанных повреждениях живота // Актуал. пробл. эксперимент. и клинич. хирургии: Сб. науч. работ. Тверь, 2001. С. 116–118.
3. Урман М.Г. Травма живота. Пермь: ИПК «Звезда», 2003. С. 9–10.
4. Вишневский А.А. Записки военно-полевого хирурга. Санитарное управление Волховского фронта, 1943. 15 с.

Материал поступил в редакцию 01.04.11

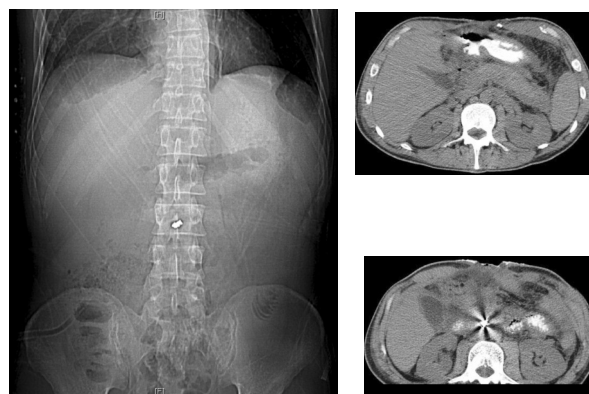


Рис. 5. Спиральная компьютерная томография. Посттравматический панкреонекроз, положительная динамика (категория Balthazar B, КТ-индекс – 3 балла). Дренирована полость абсцесса правой подвздошной области

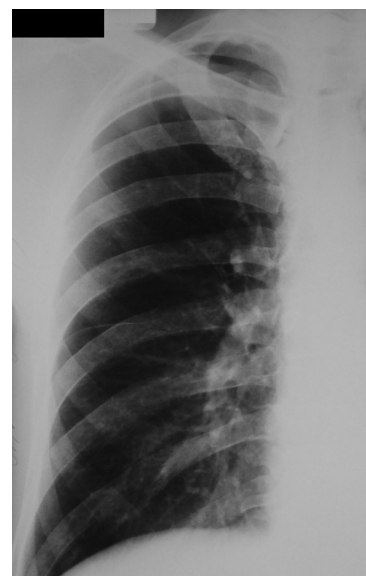


Рис. 6. Рентгенограмма. Осколок в левом легком

Case-Report of Patient with Concomitant Mine-Blast Trauma Complicated by Development of Pancreatonecrosis

K.V.Agapov, M.G.Bagdatieva, M.S.Egorov, F.A.Dzugkoeva, A.A.Shutov

A case of treatment of a patient with a concomitant mine-blast trauma complicated by severe total pancreatonecrosis is presented. The peculiarities of diagnostics and treatment of the patient. It is pointed that the patient stayed in the hospital during 100 days and a part of diagnostic and treatment procedures were carried out after he left the hospital.

Key words: concomitant mine-blast trauma, pancreatonecrosis, peculiarities of diagnostics and treatment