

DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-3-263-265

ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С НЕДИАГНОСТИРОВАННЫМ ЦЕРВИКОТОРАКАЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ

А.Н. Погодина, Е.В. Татарина*, А.М. Гасанов, О.В. Квардакова

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Российская Федерация

* Контактная информация: Татарина Екатерина Вячеславовна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы. E-mail: katrin_mgmsu@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Проблема хирургического лечения цервикоторакальных ранений занимает особое место в неотложной хирургии. Ранение двух анатомических областей создает дополнительные трудности при ревизии раневого канала, выявлению всех повреждений. Недиагностированные повреждения приводят к развитию различных осложнений, в том числе к образованию свищей полых органов.

Ключевые слова:

цервикоторакальное ранение, ранения глотки, пищевода

Ссылка для цитирования

Погодина А.Н., Татарина Е.В., Гасанов А.М., Квардакова О.В. Лечение поздних осложнений у пациента с недиагностированным цервикоторакальным ранением. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2017; 6(3): 263–265. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-3-263-265

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов

Благодарности

Исследование не имеет спонсорской поддержки

Проблема хирургического лечения цервикоторакальных ранений занимает особое место в неотложной хирургии [1]. Ранение двух анатомических областей создает дополнительные трудности при ревизии раневого канала, выявлению всех повреждений [2–4]. Недиагностированные повреждения приводят к развитию различных осложнений, в том числе к образованию свищей полых органов [5–7].

Пациент А., 46 лет, в мае 2014 г. получил колото-резаное цервикоторакальное ранение с повреждением пищевода и гортани. В другом лечебном учреждении выполнены хирургическая обработка раны, распола-

гавшейся во II зоне шеи слева, ушивание левой стенки пищевода и трахеостомия. В послеоперационном периоде сформировался правосторонний пищеводно-плевральный свищ, связанный с недиагностированным сквозным ранением пищевода с повреждением как левой, так и правой стенок, хроническая эмпиема плевры. В июне 2014 г. выполнена деканюляция трахеи, трахеостома зажила вторичным натяжением. Поступил в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского в августе 2014 г.

При поступлении состояние тяжелое. Крайне истощен, рост 182 см, индекс массы тела 47 кг/м². В крови:

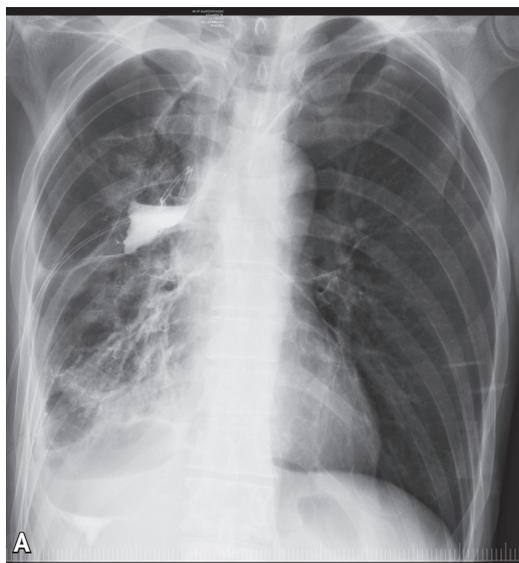


Рис. 1. Рентгеноконтрастное исследование (фистулография) больного А. в прямой (А) и боковой (Б) проекциях (осумкованная полость в задневерхних отделах справа)

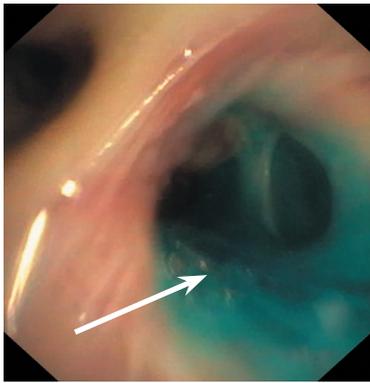


Рис. 2. Эндофото при хромоскопии больного А. (контрастное вещество в VI сегментарном бронхе) (указано стрелкой)



Рис. 3. Эндофото при эзофагоскопии больного А. (стрелкой указано устье свища)

общий белок 48 г/л, гемоглобин 86 г/л. Жалобы на выраженную слабость, дисфагию, продуктивный кашель. Дыхание свободное. Гемодинамических нарушений нет. Питается через рот. В правой плевральной полости расположен дренаж, выведенный в 7-е межреберье по средней подмышечной линии, через который поступает слюна. При обзорной рентгенографии груди справа выявлена осумкованная полость с уровнем жидкости. При фистулографии с водорастворимым контрастным веществом (60% урографин) отмечено накопление контраста в верхних отделах правой плевральной полости и поступление его в нижнедолевой бронх (рис. 1). При фибробронхоскопии и хромоскопии (бриллиантовый зеленый, 10 мл) по дренажу правой плевральной полости отмечено появление его в VI сегментарном бронхе (рис. 2). При заполнении контрастным веществом желудка отмечается рефлюкс в пищевод до уровня третьего грудного позвонка.

При эзофагоскопии на уровне 18 см от резцов по переднеправой стенке пищевода определяется дефект диаметром 5 мм с оmozолелыми краями (рис. 3).

После предоперационной подготовки, включающей в себя инфузионно-трансфузионную терапию, коррекцию водно-электролитных нарушений, выполнена лапаротомия, фундопликация, гастростомия по Кадеру, редренирование правой плевральной полости. В послеоперационном периоде на фоне проведения комплексной терапии состояние больного улучшилось, прибавил в весе на 5,0 кг, выписан на 15-е сут. Поступил повторно через 2 мес. Следующим этапом оперативного лечения явилась ликвидация пищеводно-медиастино-плеврального и бронхоплеврального свищей. Выполнена правосторонняя чресшейная медиастинотомия, установлено, что имеет место дефект шейного отдела диаметром 5 мм по правозадней стенке, сообщающейся с правой плевральной полостью. Произведено иссечение рубцовых тканей, ушивание дефекта стенки пищевода, линия швов укрыта порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Произведена установка клапана «Медланг» № 7 в бронх VI сегмента справа. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода на 10-е сут: пищевод свободно проходим, затекания за контуры не получено (рис. 4). При рентгенографии груди свободного газа и жидкости в плевральных полостях не выявлено (рис. 5).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сут после операции, дренаж из правой плевральной полости удален, послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

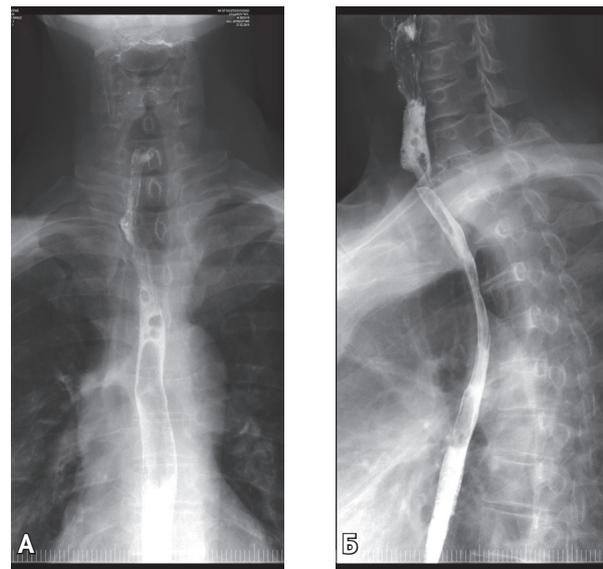


Рис. 4. Рентгеноконтрастное исследование пищевода у больного А. в прямой (А) и косой (В) проекциях на 10-е сут после операции (пищевод свободно проходим для контрастного вещества)

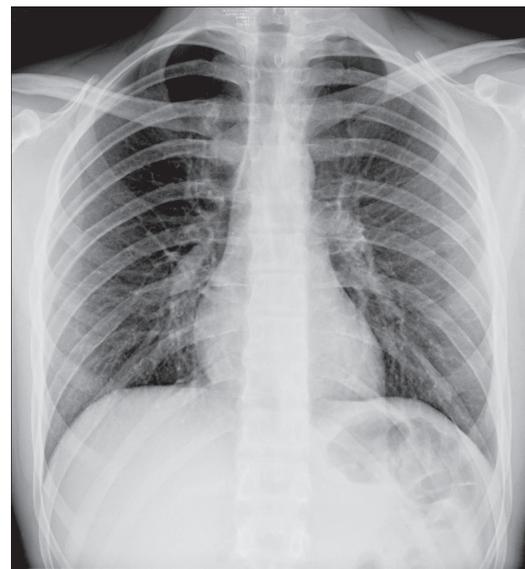


Рис. 5. Обзорная рентгенография груди больного А. на 10-е сут после операции

В марте 2015 г., через 6 мес с момента последнего вмешательства, пациенту выполнено удаление бронхолокатора и гастростомической трубки.

Таким образом, неполноценная ревизия раны при первичном вмешательстве у пациента с цервикоторакальным ранением привела к развитию тяжелых осложнений. Этапное комплексное лечение пищевода-но-медиастино-плеврального и бронхо-плеврального

свищей, эмпиемы плевры с коррекцией нутритивного статуса, оперативное лечение с разобщением свищей и использованием бронхоблокации позволило достигнуть выздоровления пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Множественные и сочетанные ранения шеи, груди, живота: руководство для врачей. М.: Бином, 2013. 688 с.
2. Гуманенко Е.К. Огнестрельные ранения мирного времени. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998; (5): 62–67.
3. Самохвалов И.М., Мануковский В.А., Петров А.Н. Повреждения шеи. В кн.: Указания по военно-полевой хирургии. М.: МО РФ, 2013. Гл. 17: 252–264.
4. Cruvinel Neto J., Dedivitis R.A. Prognostic factors of penetrating neck trauma. *Braz. J. Otorhinolaryngol.* 2011; 77(1): 121–124. PMID: 21340200.
5. Погодина А.Н., Абакумов М.М., Лемнев В.Л., Донов Л.В. Огнестрельные ранения шеи. В кн.: Современная огнестрельная травма: материалы Всерос. науч. конф., (г. Санкт-Петербург, 21–22 мая 1998 г.). СПб., 1998: 73–74.
6. Levy D.D., Gruber B.S. Neck trauma [Electronic recourch]. – URL: <http://emedicine.medscape.com/article/827223-overview>
7. Sperry J.L., Moore E.E., Coimbra R., et al. Western Trauma Association critical decisions in trauma: penetrating neck trauma. *J. Trauma Acute Care Surg.* 2013; 75(6): 936–940. DOI: 10.1097/TA.0b013e31829e20e3.

REFERENCES

1. Abakumov M.M. *Multiple and combined injuries of the neck, chest, abdomen: a guide for physicians.* Moscow: Binom Publ., 2013. 688 p. (In Russian).
2. Gumanenko E.K. unshot wounds of peacetime. *Vestnik khirurgii im. II Grekova.* 1998; (5): 62–67. (In Russian).
3. Samokhvalov I.M., Manukovskiy V.A., Petrov A.N. Neck injury. In: *Instructions on military field surgery.* Moscow: MO RF Publ., 2013. Ch.17: 252–264. (In Russian).
4. Cruvinel Neto J., Dedivitis R.A. Prognostic factors of penetrating neck trauma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77(1): 121–124. PMID: 21340200.
5. Pogodina A.N., Abakumov M.M., Lemenev V.L., Donova L.V. Gunshot wounds of the neck. In: *Modern gunshot injury: materials of the All-Russian Scientific Conference (St. Petersburg, May 21–22, 1998).* Saint Petersburg, 1998: 73–74. (In Russian).
6. Levy D.D., Gruber B.S. *Neck trauma.* Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/827223-overview> (Accessed 28 August 2017).
7. Sperry J.L., Moore E.E., Coimbra R., et al. Western Trauma Association critical decisions in trauma: penetrating neck trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013; 75(6): 936–940. DOI: 10.1097/TA.0b013e31829e20e3.

Received on 09.11.2016

Поступила 09.11.2016

TREATMENT OF LATE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH UNDETECTED CERVICOTHORACIC INJURIES

A.N. Pogodina, E.V. Tatarinova*, A.M. Gasanov, O.V. Kvardakova

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

* **Contacts:** Ekaterina Vyacheslavovna Tatarinova, Cand. Med. Sci., Researcher of the Department for Emergency Thoracoabdominal Care, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department. E-mail: katrin_mgmsu@mail.ru

ABSTRACT Surgical treatment of cervicothoracic injuries has a special place in emergency surgery. Trauma of two anatomic regions adds some difficulties to exploration of wound and detection of all injuries. Unrevealed injuries lead to various complications, including fistulas of hollow organs.

Keywords: cervicothoracic injuries, pharyngeal injuries, esophageal injuries

For citation Pogodina A.N., Tatarinova E.V., Gasanov A.M., Kvardakova O.V. Treatment of late complications in patients with undetected cervicothoracic injuries. *Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2017; 6(3): 263–265. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-263-265 (In Russian)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments The study had no sponsorship