

УДК 617.55—001.3:616.12—001.3:616.26—001.3

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРОНИКАЮЧОГО НОЖОВОГО ПОРАНЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ПОШКОДЖЕННЯМ ДІАФРАГМИ ТА СЕРЦЯ

*В. В. Арсенюк, О. В. Гринів**Кам'янець—Подільська лікарня №1, Хмельницька область*

OBSERVATION OF PENETRATING KNIFE WOUNDING OF ABDOMINAL CAVITY WITH INJURY OF DIAPHRAGM AND HEART

V. V. Arsenyuk, O. V. Gryniiv

Хворий Л., 42 років, доставлений каретою швидкої медичної допомоги в хірургічне відділення через 25 хв після ножового поранення черевної порожнини. Стан постраждалого вкрай тяжкий, шкіра блідо-сизюшного забарвлення, холодна на дотик, вкрита холодним потом. Адинамічний, загальмований. Пульс на периферійних артеріях значно ослаблений, на сонних артеріях — слабого наповнення та напруження, 110 за 1 хв, аритмічний. Артеріальний тиск 8,0/0 кПа (60/0 мм рт.ст.) Тони серця приглушені. В легенях везикулярне дихання, зліва дещо ослаблене. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням; запах алкоголю з рота. Живіт не бере участі у диханні; при пальпації м'який, помірно болючий в лівих відділах, симптоми подразнення очеревини сумнівні, притуплення перкуторного звуку в лівих відділах живота. Перистальтика відсутня.

На 2 см нижче лівої ребрової дуги і 0,5—1 см ліворуч від серединної лінії візуалізується рана довжиною до 2 см, краї рівні, помірно кровоточить. Діагноз: проникаюче ножове поранення черевної порожнини з пошкодженням внутрішніх органів; внутрішньочеревна кровотеча; постгеморагічний шок II—III ступеня; алкогольне сп'яніння.

На тлі інтенсивної інфузійної терапії в екстреному порядку під ендотрахеальним наркозом виконана верхня середина лапаротомія. Під час ревізії черевної порожнини в лівій частині містилося до 500 мл темної крові зі згустками. Пошкодження органів черевної порожнини не виявлене. Під час ревізії в лівому куполі діафрагми, над лівою часткою печінки рановий отвір довжиною до 1 см, з якого інтенсивно виділяється темна кров. Виконана торакотомія у шостому міжребер'ї зліва. Виявлена інтенсивна кровотеча з рани по задній поверхні порожнини перикарда, синхронно діяльності серця. Порожнина перикарда розкрита по передній поверхні паралельно діафрагмовому нерву, на 2,5—3 см медіальніше від нього. Виявлена рана по задній поверхні правого шлуночка до

вжиною до 1,5 см в косопоздовжньому напрямку, інтенсивно кровоточить. Рана притиснута пальцем, накладені три П-подібних шва кетгutowою ниткою (через недостатній досвід чергового хірурга, хоча рекомендовано зашивати рани серця капроновою або шовковою ниткою). Кровотеча припинена. Порожнина перикарда зашита шляхом накладення рідких швів шовковою ниткою. Плевральна порожнина осушена. Діафрагма зашита шовковою ниткою. Дренування лівої плевральної порожнини за Бюлау у восьмому міжребер'ї здійснене по задній пахвовій лінії. Виконані санація та дренування черевної порожнини. Рани пошарово зашиті.

Перебіг післяопераційного періоду відповідав складності виконаної операції. Проведена протишокова, антибактеріальна, симптоматична терапія. Після операції утворилася серома в ділянці торакотомної рани, виникла нижньочасткова лівобічна пневмонія.

Через 4 тиж пацієнт у задовільному стані виписаний для амбулаторного лікування. Оглянутий через 1 рік, скарг немає, працює за спеціальністю, веде активний спосіб життя.

Представлене спостереження цікаво тим, що вхідний отвір рани містився в ділянці передньої черевної стінки, а поранення діафрагми і серця виникло без пошкодження органів черевної порожнини. Беручи до уваги сприятливий перебіг поранення серця після накладення на рану швів кетгutowою ниткою, а не капроновою чи шовковою, вважаємо, що це не мало принципового значення в усуненні дефекту серця.

Своєчасна госпіталізація та невідкладне виконання операції, застосування комплексу реанімаційних заходів, активне ведення післяопераційного періоду дозволили врятувати життя та відновити працездатність у потерпілого при пораненні серця, перикарда та діафрагми в умовах загальнохірургічного відділення міської лікарні.