

КОЛОТО-РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ ШЕИ. ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО
СТАЦИОНАРА
(случай из практики)

Э.В. НАУМЕНКО

ГКБ им С.П.Боткина, 2-й Боткинский пр-д, 5, Москва

Аннотация. Описан клинический случай из практики с больным с тяжелым сочетанным колото-резаным ранением шеи и левого плеча. В ходе операции эффективная интубация раненому проведена анестезиологом через имеющуюся рану на передней поверхности шеи, которая сообщается с полостью ротоглотки. Произведена временная остановка кровотечения путем наложения кровоостанавливающих зажимов. Интраоперационно вводились антибиотики широкого спектра действия. Введен столбнячный анатоксин. При дальнейшей ревизии выявлены множественные повреждения наружных яремных вен, лицевых вен и нижнечелюстной артерии отходящей от наружной сонной артерии. Произведено лигирование этих сосудов, перевязка которых не ведет к нарушению мозгового кровообращения. Достигнут устойчивый гемостаз. Далее была выполнена верхняя трахеостомия: дополнительный разрез кожи над яремной вырезкой. Установлен назогастральный зонд, рана промыта обильно растворами антисептиков. Выполнено послойное ушивание слизистой оболочки ротоглотки. Также была выполнена гастростомия для разгрузки пищевода в послеоперационном периоде и энтерального питания. Одновременно переливалась эритроцитарная масса и свежзамороженная плазма для восполнения кровопотери. Подъязычная кость подшита к мягким тканям дна полости рта, восстановлена ротоглотка. Установлены три силиконовые дренажные трубки в полость раны. Мягкие ткани сопоставлены и ушиты отдельными узловыми швами. После операции на 3-е сутки были удалены дренажи из области оперативного вмешательства. На 4-е сутки послеоперационного периода – состояние раненого стабильное, тяжелое, в сознании, пациент адекватен.

Рекомендовано в подобных случаях обращать особое внимание на продолжающееся наружное и/или рото-глоточное кровотечение, на признаки шока и острой массивной кровопотери. На напряженную или быстро нарастающую гематому в области шеи; на дислокационную, обтурационную, стенотическую, клапанную, аспирационную асфиксию; на нарастающие явления дыхательной недостаточности; на появляющуюся или усугубляющуюся очаговую неврологическую симптоматику.

Ключевые слова: клинический случай, рана, кровотечение, гематома, дыхательная недостаточность.

STAB WOUNDS TO THE NECK. TREATMENT IN THE CITY HOSPITAL
(case study)

E.V. NAUMENKO

GKB them Botkin, 2nd Botkinsky travel, 5, Moscow

Abstract. A clinical case study with patients with severe combined stab wounds to the neck and left shoulder. During the operation, the effective intubation wounded carried anesthetist available through a wound on the front of the neck, which communicates with the cavity ro-toglotki. Made a temporary stop bleeding by applying hemostatic zazhi-atoms. Intraoperatively administered broad-spectrum antibiotics. Introduced tetanus anatok-syn. With further audit revealed multiple injuries external jugular veins, facial veins and mandibular artery extending from the external carotid artery. Produced by ligation of these suck-ing, dressing which does not lead to a violation of cerebral circulation. Achieved sustained hemostasis. Next was performed upper tracheostomy: additional skin incision above the sternal notch. Mouth-stalled nasogastric tube, the wound washed abundantly with antiseptic solutions. Skill layering suturing mucosa of the oropharynx. Also gastrostomy was performed to unload the esophagus and postoperative enteral nutrition. At the same time packed red blood cells transfused, and fresh frozen plasma to replenish blood loss. Hyoid hemmed bottom to the soft tissues of the oral cavity, oropharynx restored. There are three silicone drainage tube into the cavity of the wound. Soft tissues are compared and sutured with interrupted sutures individual. After operation on the third day were removed from drainage surgery. On the 4th day postoperative period - the state of the injured is stable, heavy, in the mind of the patient is adequate.

Recommended in such cases, pay particular attention to the ongoing external and / or roto-pharyngeal bleeding, signs of shock and acute massive blood loss. On hard or fast growing hematoma in the neck; on the

Библиографическая ссылка:

Науменко Э.В. Колото-резанное ранение шеи. Лечение в условиях городского стационара (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-132. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5052.pdf> (дата обращения: 26.12.2014).

dislocation, obstructive, stenotic, valves, suction asphyxia; on the growing phenomenon of respiratory failure; appearing on or exacerbated by focal neurological symptoms.

Key words: clinical case, the wound, bleeding, hematoma, respiratory failure.

Введение. Все чаще мы сталкиваемся с ранениями шеи огнестрельного и колото-резаного характера. Эти ранения опасны массивным или необратимым кровотечением, повреждением трахеи, пищевода, ротоглотки, щитовидной и поднижнечелюстных слюнных желез, ранениями крупных блуждающих нервов. Смертность и осложнения при таких ранениях крайне высоки.

Описание клинического случая. Больной Бе...в Н.М., 26 лет, И.Б 99607, поступил в экстренную операционную ГКБ им С.П.Боткина, минуя приемное отделение с *предварительным диагнозом:* тяжелое сочетанное колото-резаное ранение шеи, левого плеча. Резаная рана передней поверхности шеи с повреждением ротоглотки, сосудов шеи, полное пересечение передних, переднебоковых мышц шеи. Резаная рана левого плеча с повреждением плечевой вены и плечеголовной мышцы. Продолжающееся наружное кровотечение. Острая массивная кровопотеря. Геморрагический шок 2 ст. Известно, что раненый, скорее всего, сам себе ножом нанес эти ранения с суицидальной целью.

Операция выполнялась *по жизненным показаниям* и без согласия пациента.

Бригада врачей: сосудистый хирург, два ЛОР -врача, общий хирург, операционная сестра. Врач -анестезиолог, сестра анестезистка.

Экстренная операция: ревизия 1-2 зон шеи. Остановка продолжающегося наружного кровотечения. Трахеостомия. Восстановление целостности ротоглотки. Дренажное и ушивание ран передней поверхности шеи. Гастростомия. *Первичная хирургическая обработка (ПХО)* раны левого плеча.

Особенности операции: интубация раненому проведена анестезиологом через имеющуюся рану на передней поверхности шеи, которая сообщается с полостью ротоглотки. Интубация эффективная. После краткосрочной предоперационной подготовки и обработки операционного поля, сняты обильно промокшие кровью повязки, из-под которых продолжала поступать кровь.

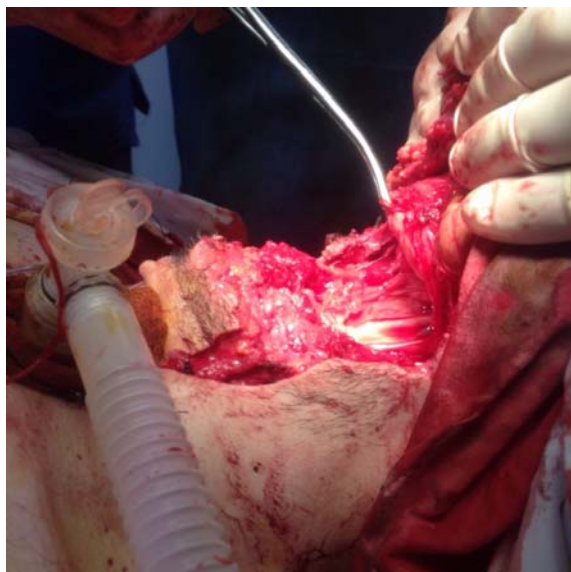


Рис. 1. «Зияющая шея». Полное пересечение мышц шеи, поверхностных вен и ротоглотки. Виден шейный отдел позвоночника

После снятия повязок, наложенных бригадой скорой помощи, – рана имеет линейный характер от правого до левого угла нижней челюсти, размерами 15 на 7 см. Дном раны является шейный отдел позвоночника. Произведена временная остановка кровотечения путем наложения кровоостанавливающих зажимов. Интраоперационно вводились антибиотики широкого спектра действия. Введен столбнячный анатоксин. При дальнейшей ревизии выявлены множественные повреждения наружных яремных вен, лицевых вен и нижнечелюстной артерии отходящей от наружной сонной артерии. Принято решение о лигировании этих сосудов, перевязка которых не ведет к нарушению мозгового кровообращения. При ревизии сосудисто-нервных пучков шеи других повреждений (внутренней, наружной и общей сонной артерий) не выявлено. Достигнут устойчивый гемостаз. Далее с бригадой ЛОР -врачей, которые изначально помогали сосудистому хирургу, выполнена верхняя трахеостомия: дополнительный разрез кожи над яремной вырезкой. Дыхание через трахеостомическую трубку «Малиндкротд» 8 мм – эффективное.

Библиографическая ссылка:

Науменко Э.В. Колото-резаное ранение шеи. Лечение в условиях городского стационара (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-132. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5052.pdf> (дата обращения: 26.12.2014).



Рис. 2. Промежуточный этап операции

Установлен назогастральный зонд, рана промыта обильно растворами антисептиков. Выполнено послойное ушивание слизистой оболочки ротоглотки, которая является дном раны мышц передней поверхности шеи. Учитывая полное пересечение ротоглотки, одновременно бригадой хирургов выполнена гастростомия для разгрузки пищевода в послеоперационном периоде и энтерального питания. Одновременно переливалась эритроцитарная масса и свежезамороженная плазма для восполнения кровопотери, проводилась коррекция водно-электролитных расстройств. Подъязычная кость подшита к мягким тканям дна полости рта, восстановлена ротоглотка. Установлены три силиконовые дренажные трубки в полость раны. Мягкие ткани сопоставлены и ушиты отдельными узловыми швами.

После окончания работы операционной бригады на шее и после обработки операционного поля – на левом плече выполнена ПХО. перевязана *v.basilika*, ушита плечелучевая мышца. Наложены редкие швы на кожу.



Рис. 3. Окончательный вид послеоперационной раны на шее с дренажами

Больной переведен после операции в реанимационное отделение для дальнейшего наблюдения и лечения. ИВЛ прекращена через 12 часов после операции. Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку. На 3-е сутки удалены дренажи из области оперативного вмешательства. На 4-е сутки послеоперационного периода – состояние раненого стабильное, тяжелое, в сознании, пациент адекватен.

Библиографическая ссылка:

Науменко Э.В. Колото-резаное ранение шеи. Лечение в условиях городского стационара (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-132. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5052.pdf> (дата обращения: 26.12.2014).

Дыхание самостоятельное через трахеостомическую трубку. Энтеральное питание через гастростому, пища усваивается. В анализах крови сохраняется постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Обсуждение. Представляется очень важным моментом для хирургов – условное разделение шеи на зоны повреждений (рис. 4).

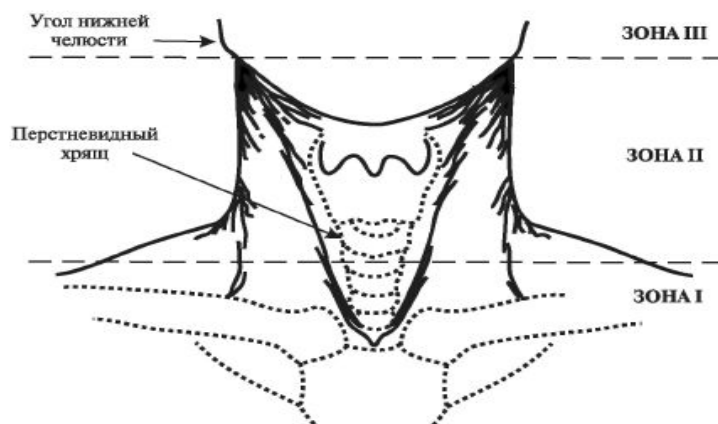


Рис. 4. Три зоны повреждения на шее

Выделение на шее трёх зон предопределяет хирургическую тактику. Наиболее опасны при ранениях 1 и 2 зона шеи, как наиболее «вместительные» для сосудистых образований – наружных яремных вен, лицевых вен, нижнечелюстных артерий и сосудисто-нервных пучков с обеих сторон (сонные артерии, внутренние яремные вены, блуждающие нервы); шейных полостных образований: ротоглотка, пищевод, трахея и желез – слюнных, поднижнечелюстных и щитовидной, как наиболее кровоснабжаемой.

Заключение. В целом бригада скорой помощи действовала эффективно. Для более точного и правильного подхода на догоспитальном этапе при ранении шеи, будь то огнестрельная или колото-резаная рана, необходимо обязательное налаживание катетеризации периферических и центральных вен с поступлением растворов кровезаменителей, типичная или атипичная (через рану шеи) интубация трахеи для профилактики дыхательной недостаточности, иммобилизация, адекватное обезболивание.

Рекомендации. На госпитальном этапе раненый должен в экстренном порядке быть доставлен в операционную и все дальнейшие мероприятия по обследованию (анализы крови, рентгенография легких, УЗИ живота, осмотры специалистами) и лечению – переливание кристаллоидных растворов и крови, антибиотикотерапия, введение столбнячного анатоксина и сыворотки, экстренные операции осуществляются одновременно с диагностикой. При ранении 1-2 зон шеи рекомендуются широкие ревизионные разрезы с визуализацией как поверхностно расположенных сосудов, так и основных сосудисто-нервных пучков, полых органов, желез.

Необходимо обратить особое внимание на продолжающееся наружное и/или рото-глоточное кровотечение, на признаки шока и острой массивной кровопотери. На напряженную или быстро нарастающую гематому в области шеи; на *дислокационную, obturационную, стенотическую, клапанную, аспирационную асфиксию* (ДОСКА); на нарастающие явления дыхательной недостаточности; на появляющуюся или усугубляющуюся очаговую неврологическую симптоматику (синдром Клода Бернара-Горнера, нарушение сознания, гемипарез или гемиплегия). При ранении 1 зоны шеи возможны повреждения плевральных полостей с развитием угрожающего жизни состояния – гемопневмоторакса. Рентгенография органов грудной клетки обязательна. В послеоперационном периоде необходимо внимательнейшее отношение к таким раненым: контроль анализов крови, рентгеновский контроль легких и шеи, как раннее выявление такого грозного осложнения, как медиастинит, смертность при котором крайне высока, санационные бронхоскопии. Ежедневные перевязки.

Библиографическая ссылка:

Науменко Э.В. Колото-резаное ранение шеи. Лечение в условиях городского стационара (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2014. №1. Публикация 2-132. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/5052.pdf> (дата обращения: 26.12.2014).