

СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЕМБОЛІЇ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ КУЛЕЮ

**О. В. Лігоненко, М. В. Дубинський, О. М. Безкоровайний, Д. А. Величко,
М. І. Кравців, В. І. Ляховський**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського,
Полтавська центральна районна клінічна лікарня

OBSERVATION OF A FEMORAL ARTERY EMBOLISM, CAUSED BY A BULLET

**O. V. Ligonenko, M. V. Dubynskyi, O. M. Bezkorovaynyi, D. A. Velychko,
M. I. Kravtsiv, V. I. Lyakhovskyi**

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava,
Poltava Regional Clinical Hospital named after M. V. Sklifosovskiy,
Poltava Central District Clinical Hospital

Емболія артерій кінцівок є поширеним ускладненням різних захворювань, насамперед, серцево-судинної системи. Серед причин смерті емболія судин різного генезу посідає значне місце [1, 2]. Її діагностика в сучасних умовах, як правило, не складна. Проте, емболія сторонніми тілами при вогнепальних пораненнях є рідкісним явищем, частіше виникає при актах насилля у мирний час. У "В'єтнамському судинному реєстрі" зафіксовані 22 таких спостереження з 7500 поранених, що становило 0,3% [3]. Емболія можлива тільки за певних умов: коли снаряд, що ранив, достатньо малий, а його кінетична енергія у місці поранення невелика. При цьому, пошкоджена кровоносна судина має бути більшого діаметра, інакше він має потрапити у серце. Встановити такий діагноз не завжди можливо, емболія може проявитися через тривалий час після поранення [4]. Утруднення діагностики емболії стороннім тілом при пораненнях пов'язане з тяжкістю стану потерпілого внаслідок комбінованих та поєднаних поранень, переважанням клінічних ознак пошкодження внутрішніх органів у порівнянні з ішемією тканин кінцівки, виникненням оклюзії артерії на значній відстані від місця поранення. Оскільки хірургічну допомогу при виникненні емболії магістральних артерій кінцівок слід надавати у терміновому порядку, питання її діагностики є актуальним.

Проаналізоване рідкісне спостереження емболії стегнової артерії, спричиненої кулею.

До приймального відділення 23.01.15 звернувся хворий, який скаржився на біль в пахвинній ділянці зліва, загальну слабкість, втрату свідомості. З слів хворого, виходячи з машини, він впав на металевий прут, що ввійшов у тіло зліва від кореня мошонки. Стан хворого тяжкий, свідомість збережена, загальмований, на питання відповідає з затримкою. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Підшкірний прошарок без патологічних змін, набряків немає. В легенях везикулярне дихання, ослаблене у нижніх відділах. Частота дихання 22 за 1 хв. Пульс 110

за 1 хв, АТ 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.). Тони серця ритмічні, дещо ослаблені. Язик вологий, чистий. Живіт не здутий, обмежено бере участь у диханні. При пальпації виявлене напруження м'язів передньої черевної стінки, болочистість в усіх відділах, позитивний симптом Щоткіна—Блюмберга. При аускультії перистальтика кишечника не виявлена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. За даними ректального дослідження, тонус зовнішнього сфінктера відхідника збережений, ампула прямої кишки не розширена, містить кал. На висоті пальця патологічні зміни не виявлені. Кал звичайного забарвлення. Встановлений сечовий катетер, отримано біля 200 мл світлої сечі. На нижній поверхні лівої половини мошонки, ближче до її основи, виявлений дефект шкіри діаметром до 1,5 см, без виділення крові, незначний набряк тканин навколо рани.

Хворому в терміновому порядку проведені лабораторні дослідження, ЕКГ, оглядова рентгенографія органів грудної порожнини, УЗД органів черевної порожнини. За даними рентгенографії органів грудної порожнини з захопленням куполів діафрагми виявлена смужка повітря між печінкою та діафрагмою, за даними УЗД органів черевної порожнини — ознаки парезу кишечника та вільна рідина у черевній порожнині. Аналіз крові: ер. $4,4 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобін 132 г/л, кол. пок. 0,89, гематокрит 0,41, л. $22,3 \times 10^9$ в 1 л, ШОЄ 4 мм/год, еоз. 0, пал. 0,30, сегм. 0,58, лімф. 0,10, мон. 0,02. Аналіз сечі без патологічних змін.

Проведений консилиум, встановлений діагноз: проникне поранення мошонки та черевної порожнини, ускладнене перфорацією порожнистого органа, внутрішньочеревною кровотечею, гострий перитоніт. У терміновому порядку виконане оперативне втручання. Під ендотрахеальним наркозом здійснена лапаротомія. У черевній порожнині, переважно у порожнині малого таза містилося до 1500 мл крові з домішками калу, які видалені. Під час ревізії виявлене наскрізне поранення сигмоподібної ободової кишки у ділянці ректосигмоїдного переходу, рани діаметром до 1 см, наскрізне

поранення тонкої кишки діаметром до 1 см на відстані до 70 см від зв'язки Трейтца. Крім того, відзначена заочеревинна гематома об'ємом до 500 мл з дефектами пристінкової очеревини довжиною до 1,5 см на 4 см нижче кореня брижі та до 2 см — на 1 см вище перехідної складки пристінкової очеревини на сечовий міхур. Під час пальцевого дослідження ранового каналу встановлено, що він розташований у лівій половині мошонки. Активної кровотечі з ранового каналу не було. Хворому здійснено клиноподібну резекцію тонкої кишки, накладений анастомоз кінець у кінець. Обидва отвори у сигмоподібній ободовій кишці зашиті, сформована бічна сигмостома. Біля кореня брижі розширений дефект пристінкової очеревини, видалена заочеревинна гематома. Активної кровотечі не було. Черевна порожнина промита розчинами антисептиків, дренована у клубових ділянках. Під час ревізії ранового каналу мошонки встановлено, що яечко зміщене, структури сім'яного канатика не пошкоджені, активної кровотечі немає. По ходу каналу встановлений гумовий випускник.

Діагноз після операції: проникне поранення черевної порожнини з пошкодженням товстої, тонкої кишки, брижі, ускладнене заочеревинною гематомою, внутрішньочеревною кровотечею. Обмежений каловий перитоніт.

Після операції хворий перебував у реанімаційному відділенні, проведені антибактеріальна та інфузійна терапія, клініко—лабораторний моніторинг. Ввечері у хворого виникло психомоторне збудження, зниження АТ до 9,3/5,3 кПа (70/40 мм рт. ст.). Застосовано штучну вентиляцію легень. Оглянутий черговим хірургом, кровотеча не виявлена. По дренажу у правій клубовій ділянці почала виділятися незначна кількість темної крові. Пацієнт неконтактний. Пульс 130 за 1 хв, АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Терміново зібраний консилиум, встановлено внутрішньочеревну кровотечу та показання до здійснення термінової релапаротомії. Виконано релапаротомію, у черевній порожнині виявлено до 800 мл темної, з згустками крові, яка видалена. Під час ревізії встановлено збільшення заочеревинної гематоми, що поширювалася праворуч від хребта. З метою мобілізації сигмоподібної та низхідної ободової кишки для достатнього доступу до заочеревинного простору від'єднана сигмостома. При ревізії заочеревинної гематоми виявлена пульсуюча кровотеча, припинена шляхом притискання черевної частини аорти до хребта. В операційну терміново викликаний судинний хірург, при ревізії виявлене поранення задньої поверхні черевної частини аорти у ділянці біфуркації з переходом на задню поверхню правої спільної клубової артерії з їх дефектом до 1/5 окружності. Рана на аорті та клубовій артерії з рваними краями, адекватно здійснити їх пластику неможливо. Права спільна клубова артерія відсічена від аорти, мобілізована. Здійснене зашивання аорти з пластикою дефекту. Права спільна клубова артерія вшита у середню третину лівої спільної клубової артерії, накладений анастомоз кінець у бік. Після зняття

затискачів шви герметичні, аорта та артерії пульсують. Крім того, під час ревізії виявлене крайове пошкодження нижньої порожнистої вени з поширенням на вену хребта, яка перев'язана, на рану накладений лінійний шов. У зв'язку з тривалим оперативним втручанням на судинах, наявністю сигмостоми прийняте рішення та виконана операція Гартманна з видаленням ділянки пошкодженої сигмоподібної ободової кишки. Черевна порожнина промита розчинами антисептиків, дренована у підребер'ї та пахвинних ділянках з обох боків. Додатково встановлені дренажі у заочеревинний простір. Рана пошарово зашита. Тривалість операції 7 год. Під час операції перелито до 1200 мл еритроцитів. Діагноз після операції: стан після операції з приводу проникного поранення черевної порожнини з пошкодженням тонкої та товстої кишки (1—ша доба). Пошкодження аорти, правої спільної клубової артерії, нижньої порожнистої вени, ускладнене заочеревинною гематомою, внутрішньочеревною кровотечею. Геморагічний шок III ступеня.

Хворий після операції перебував у реанімаційному відділенні, проведена інфузійна та антибактеріальна терапія. Стан оцінений як тяжкий, пульс 98 — 128 за 1 хв, АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Під час огляду черговим хірургом відзначено блідість шкіри, зниження температури правої нижньої кінцівки, обмеження активних рухів пальців правої стопи. Під час пальпації виявлений біль у м'язах правої гомілки. Пульсація на правій нижній кінцівці тільки у пахвинній ділянці, на лівій — на всіх рівнях. Хворий у терміновому порядку оглянутий судинним хірургом. Скликаний консилиум, пацієнт повідомив, що він не падав, а отримав вогнепальне поранення з пістолета. Прийняте рішення про термінове втручання з приводу гострого тромбозу правої стегнової артерії.

У невідкладному порядку проведена оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, сторонні тіла не виявлені. Під час оперативного втручання у хворого з загальної стегнової артерії видалені ембол — стороннє тіло (куля калібру 5,45) та низхідні тромби. Після операції відзначено пульсацію на артеріях обох стоп. Пацієнт перебував у реанімаційному відділенні, під час огляду виявлені набряк правої стопи та гомілки, обмеження активних рухів пальців правої стопи.

Під час лікування у реанімаційному відділенні у хворого відзначали анемію, гіпопротеїнемію. На 6—ту добу видалені дренажі з черевної порожнини, на 8—му добу за рішенням консилиуму хворий з покращенням стану переведений у хірургічне відділення. Видалені дренажі з заочеревинної ділянки. Зберігався незначний набряк правої стопи і гомілки, пульс на правій стопі ослаблений, активні рухи пальців правої стопи у повному обсязі. Операційні рани у задовільному стані.

На 10—ту добу пацієнт у задовільному стані, після зняття всіх швів, з функціонуючою сигмостомою виписаний для амбулаторного лікування.

Пацієнт оглянутий через 6 міс після операції. Стан задовільний, скаржитися на незначний біль у правій

нижній кінцівці під час тривалої ходьби. Відзначено деяку пастозність стопи та гомілки справа, активні рухи у суглобах правої нижньої кінцівки збережені, пульсація артерій на всіх рівнях. Клінічні аналізи без патологічних змін. Сигмостома функціонує. Пацієнта готують до виконання реконструктивної операції на товстому кишечнику.

Таким чином, емболія артерії стороннім тілом у хворого діагностована з запізненням, оскільки хворий приховав причину травми, йому не проводили оглядову

рентгенографію органів черевної порожнини після госпіталізації. З огляду на тяжкість поранення, клінічні прояви ішемії тканин правої нижньої кінцівки виникли тільки на 3—ту добу. Це пов'язували з виконанням реконструктивної операції на черевній частині аорти та клубових артеріях. У подальшому під час лікування хворих з приводу вогнепальних поранень необхідне проведення діагностичних досліджень інших ділянок тіла, не виключаючи при цьому емболію судини та міграцію стороннього тіла.

ЛІТЕРАТУРА

1. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы. Современная стратегия лечения; под ред. Е. К. Гуманенко, В. К. Козлова. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2008. — 608 с.
2. Особливості хірургічного лікування хворих на облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок з гнійно—некротичними ускладненнями / Є. М. Люлька, О. М. Безкоровайний, Л. В. Сапун, В. І. Ляховський // Клін. хірургія. — 2015. — №11.2. — С. 86.
3. Missile emboli / N. M. Rich, G. J. Collins, C. A. Andersen [et al.] // J. Trauma. — 1978. — N 18. — P. 236 — 239.
4. Жианну К. Военно—полевая хирургия. Работа хирургов в условиях ограниченности ресурсов во время вооруженных конфликтов и других ситуаций насилия / К. Жианну, М. Балдан, А. Молдею — Женева: Междунар. Комитет Красного Креста, 2013. — Т. 2. — 675 с.

