

себя стойкими фебрильными цифрами температуры тела, а лабораторно – нарастающими показателями общей интоксикации (увеличение лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево), несмотря на интенсивную антибактериальную терапию.

Ввиду высокого риска развития септических осложнений по жизненным показаниям 31.05.2016 г. решено выполнить люмботомию с ревизией правой почки. Под эндотрахеальным наркозом выполнена люмботомия по Федорову и в паранефрии справа опорожнена гематома с эвакуацией до 500 мл организованных сгустков. С техническими трудностями, обусловленными выраженным рубцовым процессом, мобилизована почка с частичной ее декапсуляцией, при этом в среднем сегменте по ребру почки визуализирована опухоль до 4 см с преимущественно экстраренальным ростом, по задней поверхности ближе к нижнему сегменту – опухоль до 6 см с размягчением в центре (вероятный источник кровотечения). После выделения ворот почки раздельно взяты на турникет 2 почечные артерии и вена, артерии временно пережаты. На фоне тепловой ишемии удалось выполнить энуклеорезекцию выше указанных опухолей.

При этом была вскрыта верхняя чашечка и в последующем герметично ушита. Дефекты в паранефрии почки ушиты П-образными швами, поверх ран уложены пластины Tachocomb, достигнут гемостаз. Время ишемии почки составило 25 мин, объем кровопотери – 2000 мл, плазмотрансфузия – 860 мл, при этом благодаря аппарату аутогемотрансфузии «Cell Saver» удалось вернуть 500 мл эритроцитарной массы.

Течение послеоперационного периода удовлетворительное, пациентка выписана на 20-е сутки; уровень гемоглобина 91 г/л, креатинина – 91,2 мкмоль/л.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует успешность органосохраняющих методик в лечении ангиомиолипом почек, осложненных кровотечением, в условиях высокоспециализированного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Винаров А. З., Шпоть Е. В.* Ангиомиолипома: есть ли альтернатива скальпелю // Урология сегодня. – 2012. – № 4 (20). – С. 1–4.
2. *Сорокин К. В.* Современные аспекты диагностики и лечения ангиомиолипомы почки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 27 с.

А. В. Калашников, Д. Ш. Салимов

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ВолгГМУ;
Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии;
ФКУ «ЦВКГ им. П. В. Мандрыка» МО РФ, II хирургическое отделение Центра общей хирургии, Москва

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

УДК 616-007.274:611.712

В статье рассматривается случай из клинической практики: спайкообразование при огнестрельном ранении грудной клетки как механизм ограничения инородного тела (пули) плевральными спайками. Функция внешнего дыхания была не нарушена.

Ключевые слова: ранение грудной клетки, спайкообразование, инородное тело, плевральные спайки.

A. V. Kalashnikov, D. Sh. Salimov

A CASE REPORT OF INTRAPLEURAL ADHESIONS FOLLOWING A GUNSHOT WOUND

The article presents a case report of adhesion formation following a gunshot wound to the thorax. We suggest that the mechanism of adhesion formation is caused by pleural fibrosis, surrounding the foreign body (bullet). External respiration was not disturbed.

Key words: thoracic wound, adhesions, a foreign body, pleural adhesions.

Спайкообразование в плевральной полости является одним из дискуссионных вопросов в торакальной хирургии. С одной стороны,

имеется ряд состояний, провоцирующих образование спаек, таких как: хроническое воспаление, предшествующие ранее оперативные вме-

шатательства, травматические повреждения грудной клетки [2, 4–6, 8]. С другой стороны, контролируемое спайкообразование должно стать стандартом лечения рецидивирующего спонтанного пневмоторакса, метастатического плеврита и др. [1, 3, 7]. Отношение клиницистов к вопросу является ли внутривисцеральная адгезия патологическим процессом или примером компенсаторно-приспособительной реакции по-прежнему неоднозначно. В связи с этим представленный нами клинический случай будет интересен для хирургов общей практики и торакальных хирургов.

Рядовой по призыву Н., 1996 г. р., военно-служащий, 13.07.16 г. во время проведения учебных стрельб в составе подразделения, находясь в оцеплении, почувствовал удар спереди в левую половину грудной клетки. Находился в бронежилете. От удара присел на корточки, сознания не терял. Отметил появление умеренного кровотечения из точечной раны

в VII межреберье по средней ключичной линии, сопровождающееся невыраженным болевым синдромом в левой половине груди и подреберье. Сразу обратился к врачу части, санитарным транспортом доставлен в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение, где при обследовании выставлен диагноз: Ушиб и ссадина левой половины груди. Назначено местное консервативное лечение в условиях медицинского пункта части. Больной отмечал постепенное уменьшение болевого синдрома, улучшение общего самочувствия, однако беспокоило кровохарканье, постоянная ноющая боль в левом подреберье. Для дальнейшего обследования, 22.07.16 г., был доставлен в ФГКУ «Х» МО РФ, где после рентгенографии грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях был поставлен диагноз: Огнестрельное пулевое проникающее ранение левой половины груди (от 13.07.16 г.) с повреждением легкого. Инородное тело (пуля) S9 левого легкого (рис.).

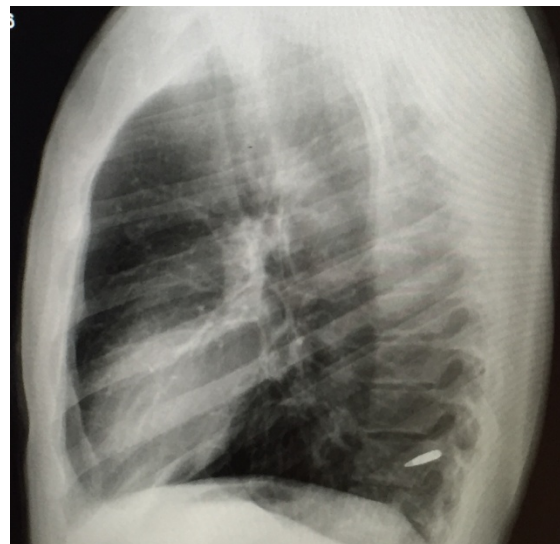
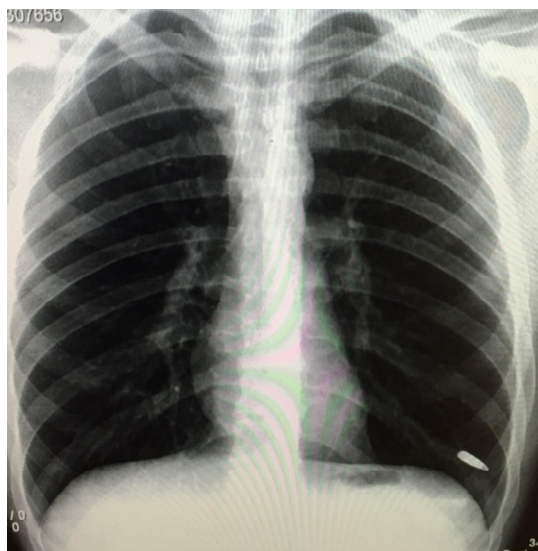


Рис. Рентгенограмма органов грудной клетки больного Н., инородное тело (пуля) S9 левого легкого в прямой и левой боковой проекциях

Общее состояние расценивалось как удовлетворительное со стабильными показателями гемодинамики и отсутствием нарушения дыхания. С учетом стабильного состояния раненого, для проведения малоинвазивной операции – торакоскопии, удаления инородного тела (пули) S9 левого легкого, 18.08.16 г. эвакуирован в ФКУ ЦВКГ им. П. В. Мандрыка МО РФ, госпитализирован в 2 хирургическое отделение. Эвакуацию перенес удовлетворительно.

При поступлении: телосложение нормостеническое, пониженного питания (ИМТ 18,5 кг/м².) Физически развит. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, обычной влажности, тургор не снижен. В проекции 7 межреберья по среднеключичной линии слева имеется втяну-

тый звездчатой формы рубец розового цвета, без воспаления, безболезненный при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, с ослаблением в нижних отделах слева, хрипов нет. ЧДД – 16 уд./мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс удовлетворительных качеств – 74 уд./мин. Живот обычной формы, симметричен, участвует в акте дыхания. Печень – по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек визуальна без особенностей. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Больному в предоперационном периоде проводилось клиническое и инструментальное дообследование, симптоматическая терапия, направленная на санацию трахеобронхиального дерева, общеукрепляющая терапия. Рентгенография грудной клетки от 19.08.16 г. В паренхиме S9 левого легкого определяется овально-вытянутая тень высокой плотности: 2,2 x 0,6 см (пуля).

Исследование функции внешнего дыхания от 22.08.16 г. не выявило отклонения от должных величин.

Компьютерная томография грудной клетки от 29.08.16 г. В левой плевральной полости, в субплевральных отделах S9 сегмента, между 9 и 10 ребром по наружно-лопаточной линии, в 2 см от купола диафрагмы отмечается инородное тело 13x4 мм. На уровне указанного инородного тела отмечаются спаечные изменения в окружающей легочной ткани и локальное утолщение паракостальной плевры до 5 мм и фиброзные тяжи к куполу диафрагмы.

Особенностью операции явился выраженный спаечный процесс в области S9 левого легкого с расположенным в ней инородным телом – пулей костальной плевры. Резекции предшествовал пневмолиз, лёгкое выделялось из массивного локального спаечного процесса области повреждения плевры. Резекция части нижней доли (краевая резекция S9) выполнена при помощи сшивающего аппарата ECHELON FLEX с применением двух кассет. Достигнут аэро- и гемостаз. Плевральная полость дренирована двумя дренажами через места введения торакопортов.

В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия. Дренажи из плевральной полости удалены на 2 сутки после операции, на 8 сутки после операции сняты швы, заживление первичным натяжением.

Выздоровление. По завершению терапии жалоб не предъявляет, чувствует себя здоровым. По окончании лечения переведен в базовый госпиталь для проведения ВВК с целью определения категории годности к военной службе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами установлена роль внутривнутриплеврального адгезиогенеза при огнестрельных ранениях грудной клетки. Описанный

клинический случай образования плевральных спаек в области проникающего огнестрельного ранения грудной клетки и локализации пули можно расценивать как положительный момент в ходе патологического процесса.

Обращает на себя внимание тот факт, что образовавшиеся внутривнутриплевральные спайки не оказывали влияния на функцию внешнего дыхания.

Спайки в плевральной полости отграничивали инородное тело и являлись примером приспособительного и компенсаторного спайкообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов А. Л., Жестков К. Г., Корымасов Е. А.* // Национальные клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса: [Электронный ресурс]. – Ассоциация Торакальных Хирургов России. – М., 2014. – Режим доступа: http://thoracic.ru/?page_id=36.
2. *Воробьев А. А., Поройский С. В., Писарев В. Б. и др.* Морфологические и хирургические аспекты профилактики послеоперационного спайкообразования. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – 136 с.
3. *Калашиников А. В.* Спайки плевральной полости: клиничко-морфологическая характеристика // Современная наука и инновации. – 2016. – № 2 (14). – С. 174–178.
4. *Масляков В. В., Дудаев А. Я., Хасиханов С. С.* Отдаленные результаты лечения больных с огнестрельными ранениями груди // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9. – С. 79–83.
5. *Тарасенко В. С., Аркушенко В. А., Мхоян С. А.* Хирургическая тактика при ранениях груди // Медицинский вестник Барщкортостана. – 2014. – Т. 9, № 3. – С. 40–43.
6. *Шейх Ж. В., Дунаев А. П., Дребушевский Н. С. и др.* Абсцедирующая пневмония при огнестрельном ранении грудной клетки (клинический пример) // Вестник Российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России. – 2014. – № 3. – С. 23–26.
7. *Thomas R., Piccolo F., Miller D.* Intrapleural fibrinolysis for the treatment of indwelling pleural catheter-related symptomatic loculations // J. Chest. 2015. – Vol. 148, № 3. – P. 746–751.
8. *Yamashita, S., Yoshida Y., Iwasaki A.* Robotic surgery for thoracic disease // Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2016. – Vol. 22. – P. 1–5.