



Дальневосточный медицинский журнал. 2022. № 3.
Far Eastern Medical Journal. 2022. № 3.

Случай из практики
УДК 616.381-003.219
10.35177/1994-5191-2022-3-15

СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАСТАРЕЛОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Юрий Анатольевич Сапожников^{1,2✉}, Андрей Валентинович Кожевников², Антон Витальевич Богуш³

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия, youris1971@mail.ru

¹⁻³Краевая клиническая больница № 2 им. профессора О.В. Владимирцева, Хабаровск, Россия, hospital@nxt.ru

Аннотация. Вниманию читателя представлен клинический случай выявления свободного газа в брюшной полости, не связанный с перфорацией полого органа. Случай может представлять интерес как редко встречающийся. На данном клиническом примере продемонстрированы трудности в установлении причины наличия свободного газа в брюшной полости при лапаротомии, предпринятой в связи с выявлением (рентгенологически) свободного газа в брюшной полости.

Ключевые слова: свободный газ, травма селезенки, клинический случай

Для цитирования: Сапожников Ю.А. Роль тромбофилии и ее генетических маркеров в развитии инсульта у лиц молодого возраста / Ю.А. Сапожников, А.В. Кожевников, А.В. Богуш // Дальневосточный медицинский журнал. – 2022. – № 3. – С. 92-95. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.35177/1994-5191-2022-3-15](http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-3-15).

FREE GAS IN THE ABDOMINAL CAVITY DUE TO A LONG-STANDING SPLEEN INJURY (CASE REPORT)

Yuriy A. Sapozhnikov^{1,2}, Andrey V. Kozhevnikov², Anton V. Bogush²

¹Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

¹⁻³Regional Clinical Hospital named by prof. O.V. Vladimirtsev, Khabarovsk, Russia

Abstract. The authors present a clinical case of detection of free gas in the abdominal cavity, which is not associated with perforation of a hollow organ. The case may be of interest as it rarely occurs. This clinical example demonstrates the difficulties in determining the cause of the presence of free gas in the abdominal cavity during laparotomy, undertaken in connection with the detection (radiologically) of free gas in the abdominal cavity.

Keywords: free gas, spleen injury, case report

For citation: Sapozhnikov Yu.A. Free gas in the abdominal cavity due to a long-standing spleen injury (case report) / Yu.A. Sapozhnikov, A.V. Kozhevnikov, A.V. Bogush // Far Eastern medical journal. – 2022. – № 3. – P. 92-95. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2022-3-15>.

В доступных нам источниках, упоминающих о признаках (физикальных, рентгенологических) наличия свободного газа в брюшной полости, почти всегда подразумевается связь свободного газа с перфорацией полого органа.

Вниманию практических хирургов представлен редкий случай из собственной клинической практики авторов, расширяющий спектр дифференциальной диагностики, в том числе и интраоперационной, в случае наличия свободного газа в брюшной полости. Следует также обратить внимание на тот факт, что при анализе специальной литературы описаний подобных

клинических случаев авторы не встретили, в то время как собственно травма селезенки встречается в клинической практике, по данным общероссийской общественной организации специалистов в сфере медицины катастроф, от 6,3 до 40,3 %.

Клинический случай

Пациентка Ш., 69 лет, поступила в хирургическое отделение ККБ № 2 (Краевая клиническая больница № 2, г. Хабаровск) 14.02.2021 с жалобами на боли во всех отделах живота, тошноту, выраженную слабость.

Anamnesis morbi: Со слов пациентки, боли в верхних отделах живота слева появились за 10 дней до



поступления. Обратилась в поликлинику, назначено консервативное лечение (какое именно, пациентка указать затруднилась, мед. документов на руках не было). На фоне консервативного лечения состояние не улучшилось, болевой синдром усилился, температура тела повысилась до 37,5 °С. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемное отделение ККБ № 2. Факт перенесенных травм накануне заболевания пациентка отрицала.

Status praesens: При поступлении общее состояние тяжелое. Гиперстеник, повышенного питания. В сознании. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту (одышка). Тоны сердца приглушены, ритмичные. Гемодинамика стабильная, пульс 104 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричен, вздут, в акте дыхания участвует незначительно. Грыжевых выпячиваний нет. При пальпации живот напряжен и болезненный во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Печеночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стула нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ОАК: эр. – $4,62 \times 10^{12}/л$, Нб 118 г/л, цв. показатель 0,82, Нт – 38 %, Тр – $26310^9/л$, Ле – $7,12 \times 10^9/л$ (мета-миелоциты – 2 %, п/я – 19 %, с/я – 56 %, лимф. – 17 %, мон. – 6 %).

Биохимический анализ крови:

мочевина 12 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости

Локализация затруднена из-за выраженной пневматизации кишечника во всех отделах.

Печень умеренно увеличена, край печени не утолщен, контур ровный, косой вертикальный размер правой доли 16,6 см, толщина левой доли 5,6 см, паренхима печени диффузно изменена, эхогенность печени умеренно повышена, усиление от перипортальных структур (+), дополнительные образования четко не выявлены, воротная вена 0,8 см, не расширена.

Желчный пузырь не увеличен 4,9×2,1 см, стенки уплотнены, дополнительные образования четко не выявлены, холедох 0,4 см, не расширен.

Поджелудочная железа не лоцируется.

Селезенка увеличена, лоцируется фрагментарно из-за расширенного желудка, структура селезенки однородная.

Свободная жидкость и лимфатические узлы в брюшной полости, полости малого таза на момент осмотра не определяются.

Почки – расположены в типичном месте, контуры четкие, ровные, кортикальная эхогенность 2 степени, кортико-медулярная дифференцировка сглажена, сосудистый рисунок сохранен, полостная система не расширена, структуры почечных синусов неравномерно

уплотнены, дополнительные образования не выявлены.

R-графии органов брюшной полости при поступлении – свободный газ под правым куполом диафрагмы (рис. 1).

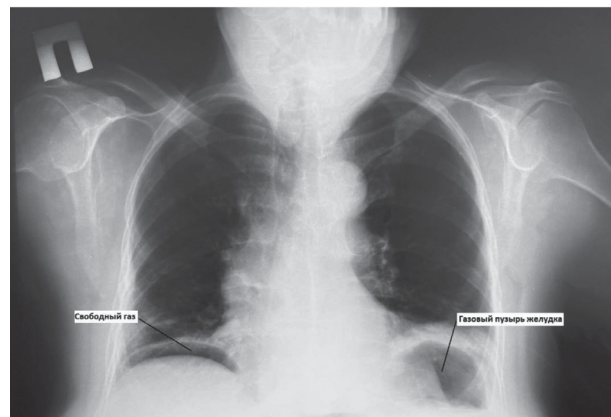


Рис. 1. Rg ОГК с захватом диафрагмы, выполненная при поступлении

Контрольная Rg-графии органов брюшной полости после краткосрочной предоперационной подготовки – свободный газ под правым куполом диафрагмы и в виде линзы в эпигастрии (рис. 2).

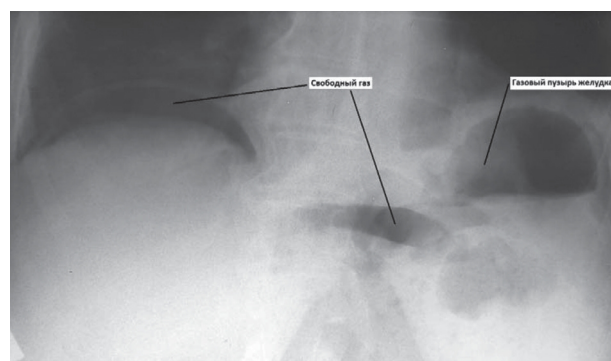


Рис. 2. Rg органов брюшной полости, выполненная через 3 часа после поступления

На основании проведенного обследования пациентке был установлен диагноз: «Перфорация полого органа. Диффузный перитонит». Пациентка в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение и после краткосрочной предоперационной подготовки 14.02.21 в 17:20 взята в операционную. Учитывая имеющуюся клиническую картину разлитого перитонита, принято решение о выполнении срединной лапаротомии.

Протокол операции. Верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости до 300 мл мутного геморрагического экссудата с преимущественной локализацией в левых верхних отделах. Обильная санация водным раствором хлоргексидина. Левое поддиафрагмальное пространство практически полностью облитерировано – выраженный спаечный процесс и налет фибрина, так же имеется масса шнуровидных спаек в нижних отделах брюшной полости и малом тазу (в



анамнезе гинекологическая операция). Адгезиолизис, в левом поддиафрагмальном пространстве отмечено свободное поступление из глубже лежащих тканей свободного газа и тканевого детрита. Со значительными техническими трудностями тупым и острым путем осуществлен доступ к селезенке, установлено, что источником поступления газа является подкапсульный абсцесс верхнего полюса селезенки, который представляет толстостенное образование диаметром около 15,0 см, с тканевым детритом внутри, фрагментами организовавшейся гематомы, гноем и газом. Интраоперационный диагноз – застарелая травма селезенки с абсцедированием организовавшейся гематомы верхнего полюса. Выполнены спленэктомия, санация брюшной полости водным раствором хлоргексидина до чистых вод. Контроль гемостаза. Интраоперационно АД 70/40 мм рт. ст. Брюшная полость дренирована 4 силиконовыми трубками через отдельные проколы на коже. Послойное ушивание операционной раны с подведением марлевого тампона к области операции. Асептическая повязка. Материал (селезенка с выраженными посттравматическими изменениями) отправлен на гистологическое исследование.

Кровопотеря: 200 мл.

В послеоперационном периоде пациентка госпитализирована в РАО в крайне тяжелом состоянии. Через сутки состояние оставалось крайне тяжелым, лабораторно – повышение креатинина до 317 мкмоль/л, мочевины до 15 ммоль/л, снижение гемоглобина до 107 г/л, лейкоцитоз $17 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоформулы до миелоцитов и палочкоядерных лейкоцитов (23 %), анурия на фоне гипотонии. Отмечались явления полиорганной (сердечно-сосудистой, печеночно-почечной) недостаточности на фоне интоксикационного синдрома, 17 баллов по шкале SOFA. Больной проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, посиндромная терапия. Несмотря на проводимую терапию явления полиорганной недостаточности прогрессировали, в связи с чем, к лечению добавлены вазопрессоры. Несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки в послеоперационном

периоде прогрессивно ухудшалось, 16.02.2021 наступила смерть больной.

Гистологическое исследование от 17.02.2022 г.

Гематома селезенки с абсцедированием. Гнойный оментит.

Патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Гематома селезенки с абсцедированием, с прорывом в брюшную полость. Операция спленэктомия.

Осложнения основного заболевания: Гнойный оментит. Разлитой перитонит. Отек легких. Дистрофия паренхиматозных органов.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, Хронический гепатит.

В данной статье был продемонстрирован случай выявления свободного газа брюшной полости, не связанного с перфорацией полого органа. Источником свободного газа явилась продуцирующая газ инфицированная гематома верхнего полюса селезенки. Описанный случай, во-первых, демонстрирует трудности диагностики причины выявленного свободного газа брюшной полости на дооперационном этапе. Во-вторых, может занять свое место в ряду таких редких причин описанного синдрома, как прорыв абсцессов забрюшинной клетчатки при панкреонекрозах, пертубация у женщин.

В ургентной хирургии перфорация полого органа является не единственной причиной наличия свободного газа в брюшной полости.

Значительно более редкой, но все же возможной причиной наличия свободного газа в брюшной полости является абсцесс, продуцирующий газ, что было продемонстрировано описанным выше клиническим.

Следует также обратить внимание на то, что при застарелых повреждениях паренхиматозных органов даже интраоперационная диагностика может быть чрезвычайно затруднена вследствие выраженного спаечного процесса.

Список источников

1. Александров В.В., Маскин С.С., Матюхин В.В. Сочетанная закрытая травма селезенки у взрослых: современный подход к диагностике и лечению // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2021. – Т. 10, № 2. – С. 347-356.
2. Индиаминов С.И., Исмаилов Р.А., Бахтиёров Б.Б. Повреждения у водителей, пострадавших при внутрисалонной автомобильной травме // Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13, № 5. – С. 20-25.
3. Масляков В.В., Барсуков В.Г., Чередник А.А. Основные причины диагностических ошибок у пациентов с закрытыми травмами паренхиматозных органов, полученных в результате дорожно-транспортного происшествия // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 8. – С. 51-53.
4. Смоляр А.Н. Закрытая травма живота. Повреждения селезенки. Часть 2 Хирургия // Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 2. – С. 4-10.
5. Щеголев А.А., Аль Сабунчи О.А., Товмасын Р.С., Мурадян Т.Г., Коган М.А., Шейхов Т.Г. Закрытая абдоминальная травма: тактика хирурга при повреждениях печени и селезенки // Московская медицина. – 2016. – № S1 (12). – С. 211.



References

1. Aleksandrov V.V., Maskin S.S., Matyukhin V.V. Combined closed injury of the spleen in adults: a modern approach to diagnosis and treatment // N.V. Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care. – 2021. – Vol. 10, № 2. – P. 347-356.
2. Indiaminov S.I., Ismailov R.A., Bakhtiyorov B.B. Injuries in drivers affected by an interior car injury // Bulletin of Modern Clinical Medicine. – 2020. – Vol. 13, № 5. – P. 20-25.
3. Maslyakov V.V., Barsukov V.G., Cherednik A.A. The main causes of diagnostic errors in patients with closed injuries of parenchymal organs resulting from a traffic accident // Journal of Scientific Articles «Health and Education in the XXI Century». – 2016. – Vol. 18, № 8. – P. 51-53.
4. Smolyar A.N. Closed abdominal trauma. Damage to the spleen. Part 2 // Journal Surgery named after N.I. Pirogov. – 2016. – № 2. – P. 4-10.
5. Shchegolev A.A., Al Sabunchi O.A., Tovmasyan R.S., Muradyan T.G., Kogan M.A., Shekhov T.G. Closed abdominal injury: surgeon's tactics in liver and spleen injuries // Moscow Medicine. – 2016. – № 1 (12). – P. 211.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 31.07.2022.

The article was accepted for publication 31.07.2022.

