

© Н.Г. Ширко, Г.М. Михайлец, 1997

*Н.Г. Ширко, Г.М. Михайлец*

## СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С РАНЕНИЕМ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Городская больница № 1, Орск

Диагностика ранений сосудов иногда бывает весьма трудной. Следует постоянно помнить о возможности таких повреждений, учитывая при этом: место расположения раны (на ценность этого диагностического признака указывал еще Н.И. Пирогов), данные о кровотечении после травмы, степень развившейся анемии, наличие, отсутствие или ослабление пульсации артерии дистальнее места повреждения, шумовые феномены при аускультации, наличие или отсутствие гематомы в зоне ранения, боли и парестезии на стороне ранения, а также ишемические контрактуры. Основную опасность при ранениях сосудов представляет кровотечение, интенсивность которого зависит от размера раны и дефекта в стенке сосуда. Наиболее опасны широкие разрывы крупных сосудов, к которым можно отнести и общую сонную артерию.

Общая сонная артерия со своими ветвями — наружной и внутренней сонными артериями — является основным источником кровоснабжения шеи и головы. Это артерия эластического типа калибром 0,8 см, длиной 8,5 см. В мирное время ранения ее встречаются довольно редко. В литературе сообщения о ранениях сосудов шеи, и в частности общей сонной артерии, единичны.

Приводим наше наблюдение.

**Б о л ь н о й** К., 28 лет, поступил в отделение травматологии 26.10.94 через 1 ч 15 мин после получения ножевого ранения в шею. Диагноз при поступлении: колото-резаная рана шеи с ранением сонной артерии; алкогольное опьянение. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Из рта резкий запах алкоголя. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Пульс 120 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения, АД 80/50 мм рт. ст. Изменений со стороны легких и внутренних органов не определяется.

По переднему краю кивательной мышцы справа на 1,5—2 см ниже вырезки щитовидного хряща рана размером 1,5 × 0,6 см с ровными краями и острыми углами. Имеется незначительное кровотечение из раны, вокруг нее гематома. Из приемного покоя больной взят в операционную.

Под эндотрахеальным фторотановым наркозом рана после обработки операционного поля хлоргексидином расширена от углов вверх и вниз до 15 см. После опорожнения гематомы открылось массивное артериальное кровотечение. Заподозрено ранение общей сонной артерии.

Проксимальнее источника кровотечения произведено пальцевое прижатие общей сонной артерии — кровотечение остановлено. Артерия выделена на уровне кровотечения: обнаружено полное пересечение общей сонной артерии на 1,5—2 см ниже бифуркации. Концы пересеченной артерии взяты на мягкие сосудистые зажимы. Целость артерии восстановлена атравматичным сосудистым швом по Каррелю. После снятия зажимов (последовательно с дистального, а затем с проксимального конца поврежденной артерии) полная герметичность шва достигнута наложением отдельных узловых швов атравматичной иглой.

По ходу операции в просвет сосуда вводились но-шпа (2 мл), гепарин (5000 ЕД), 0,25% раствор новокаина (10 мл). При ревизии раневого канала повреждений органов шеи не обнаружено. Произведены окончательный гемостаз, инфильтрация тканей линкомицином (300 мг в 10 мл 0,25% раствора новокаина), введен резиновый выпускник, рана послойно ушита кетгутом и шелком, наложена асептическая повязка.

В послеоперационном периоде была продолжена инфузионная терапия (растворы кристаллоидов, естественные кровезаменители, в том числе эритроцитная масса — 740 мл); применялись спазмолитики, проводились антибактериальная и антикоагулянтная терапия, симптоматическое лечение.

В ближайшем послеоперационном периоде неврологических нарушений со стороны головного мозга выявлено не было. На 5-е сутки после операции состояние больного удовлетворительное, жалоб нет, гемодинамика стабильна. Заживление раны первичным натяжением. Пациент выписан домой на 6-е сутки после операции. Осмотрен через полгода: жалоб нет, послеоперационный рубец окрепший, неврологических нарушений не выявлено.