

Е.Ф. КИРА, Ю.В. ЦВЕЛЕВ,
И.Б. КАПЛУН,
В.М. ЖИРНОВОЙ, С.В. ДИВИН

Кафедра акушерства и гинекологии,
кафедра военно-полевой хирургии
Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

РЕДКИЕ СЛУЧАИ СОЧЕТАННЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Огнестрельные ранения женских половых органов относятся к редким случаям не только мирного, но и военного времени [5]. С одной стороны это связано с тем обстоятельством, что участие в боевых действиях у всех народов и во все времена являлось прерогативой мужчин. А с другой – редкость пулевых и осколочных ранений внутренних половых органов вне беременности может быть объяснена анатомическим расположением матки и придатков в глубине малого таза и защищенностью их костями таза [3]. В мировой литературе имеется очень небольшое число публикаций по этому вопросу. Даже в многотомном руководстве «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» раздел о сочетанных повреждениях органов брюшной полости и малого таза у женщин отсутствует. В доступной литературе нам удалось найти лишь несколько подобных описаний. Так, И.Ф.Жордания, будучи главным гинекологом Красной Армии (1942 – 1947 гг.), в трудах конференции гинекологов первого Прибалтийского фронта опубликовал 26 случаев ранений мочеполовых органов у женщин, полученных ими в действующей армии в годы Великой Отечественной войны. При этом огнестрельные ранения матки описаны в 4 случаях, но в сочетании с беременностью различных сроков (от 12 до 36 недель). Огнестрельные ранения придатков матки описаны в двух случаях, а огнестрельные повреждения не-

посредственно наружных половых органов и промежности – лишь в одном случае [4].

Тем не менее, несмотря на редкость подобных эпизодов, в каждом конкретном случае они занимают особое место в оказании специализированной медицинской помощи как в военное, так и в мирное время [2]. Поэтому нам представилось целесообразным описать два наблюдения пулевых ранений органов малого таза у женщин.

Наблюдение 1. Пациентка С., 43 лет, доставлена в клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии 03.09.1992г. приблизительно через час после огнестрельного ранения верхней трети правого бедра, полученного со слов пострадавшей в результате случайного выстрела.

При поступлении общее состояние пострадавшей средней тяжести, в сознании. Предъявляла жалобы на боли в правом бедре, кровянистые выделения из половых путей. Тоны сердца ясные, ритмичные. Отмечалась тахикардия до 104 уд. в 1 мин. АД 140/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Повреждений костей таза не определяется.

Местно: в верхней трети правого бедра по наружной поверхности кзади от большого вертела имеется рана размерами 1.0x0.8 см, округлой формы с «помятым осаднением». Продолжалось незначительное кровотечение. Активные движения в правом голеностопном суставе отсут-

Журнал
акушерства
и женских
болезней



ствовали. При подъеме правой нижней конечности определялась «висячая стопа». Чувствительность по задней поверхности правой нижней конечности снижена.

При внешнем осмотре промежности и наружных половых органов повреждений не выявлено. Из половой щели незначительные кровянистые выделения.

При исследовании в зеркалах: слизистая оболочка влагалища розового цвета. В области нижней трети влагалища по правой и передней стенкам кзади от наружного отверстия уретры имеется подслизистая гематома размерами 6х5 см. Во влагалище умеренное количество (около 10 мл) свежей крови, которая выделяется через наружное отверстие уретры. Шейка матки без видимых патологических изменений. Выделения из цервикального канала слизисто-гнойного характера. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Введение катетера в уретру затруднено.

При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер в тонусе, нависания, повреждений стенок прямой кишки нет.

На обзорной рентгенограмме таза и левого тазобедренного сустава костные травматические повреждения не определяются. Кнутри и кзади от шейки левой бедренной кости в мягких тканях определяется инородное тело металлической плотности (пуля).

Через полчаса от момента поступления пострадавшей под местной анестезией выполнен лапароцентез - крови из брюшной полости не получено. В брюшную полость введена полихлорвиниловая трубка для продленного наблюдения. Затем под эндотрахеальным наркозом выполнена ниже-средняя лапаротомия, послойно обнажена стенка мочевого пузыря. Внебрюшинно произведена цистостомия, эвакуировано около 400 мл мочи. При ревизии стенок мочевого пузыря повреждений не выявлено. Со сто-

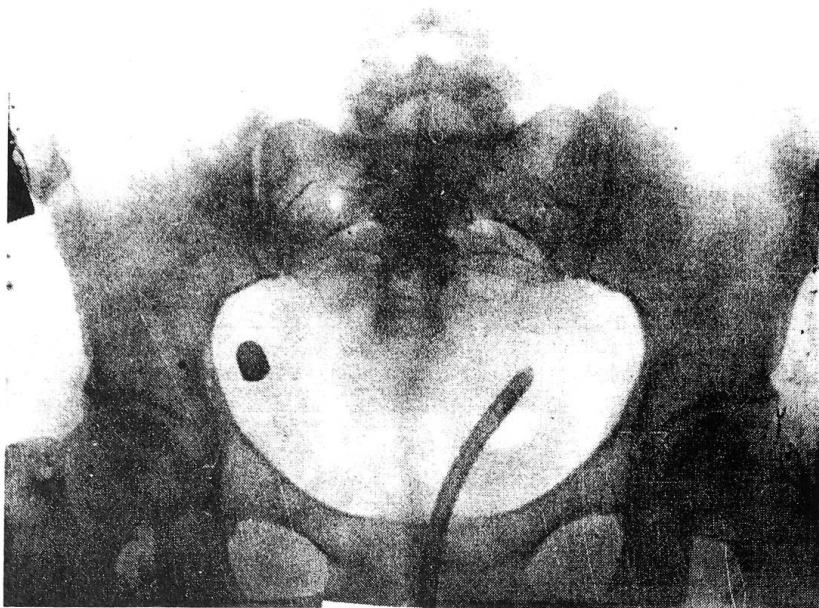


Рис. 1. Рентгенограмма. Справа отчетливо видно инородное металлическое тело - пулю.

роны мочевого пузыря в уретру введен жесткий катетер. Произведена ревизия предпузырной клетчатки. Обнаружена гематома в мышцах диафрагмы таза. Паравезикальная клетчатка дренирована полихлорвиниловыми трубками диаметром 1 см, выведенными через отдельные разрезы в промежности. В мочевом пузыре установлен катетер Фаллея. Через эпицистостому выведен катетер Петцера. Рана мочевого пузыря ушита двухрядным швом. Передняя брюшная стенка послойно ушита наглухо. В мягкие ткани по ходу раневого канала введены антибиотики. Продолжительность операции составила 2 часа 20 минут.

В ближайшем послеоперационном периоде проводилась комплексная антибактериальная, противовоспалительная, обезболивающая, десенсибилизирующая терапия - с положительным эффектом. На третьи сутки пациентка переведена из отделения реанимации в хирургическое отделение, где было продолжено лечение. На четвертые сутки удалены дренажи из малого таза. С пятих суток согласно рекомендациям нейрохирурга в связи с ушибом седалищного нерва справа начата

физиотерапия (электростимуляция, фонофорез с гидрокортизоном в сочетании с 1%-ной никотиновой кислотой, массаж, ЛФК). Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 10-е сутки, заживление первичным натяжением. Месячные пришли досрочно на 1 неделю, протекали обычно. Мочеиспускание по постоянному катетеру и через эпицистостому. Трубка из эпицистостомы удалена через 2 недели. На 21-е сутки удален мочевого катетер, восстановилось нормальное мочеиспускание. На фоне проводимой терапии возобновились движения и функции правой стопы. Пациентка выписана на 25-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Наблюдение 2. Пациентка Ф., 33 лет, 26.11.1997 г. доставлена в клинику военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии машиной «скорой помощи» спустя три с половиной часа после огнестрельного ранения живота. Точные обстоятельства происшествия неизвестны.

При поступлении состояние пострадавшей крайне тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс учащен до 110 уд. в 1 мин. Шоко-



Рис. 2. Рентгенограмма (боковая проекция).

вый индекс Алговера -1. Предполагаемая величина кровопотери составляет до 30% от ОЦК. Частота дыхания 22 в 1 мин. Дыхание над легкими везикулярное. В левой половине живота на 4 см выше передневерхней ости округлая рана размерами 0.8 x 0.5 см с «пояском осаднения», умеренно кровоточащая. Боль в животе интенсивная, отмечаются генерализи-

рованные симптомы раздражения брюшины. Активные движения левой нижней конечности в тазобедренном суставе затруднены из-за боли, определяется симптом «прилипшей пятки». Пассивные движения в полном объеме. Чувствительность не нарушена.

При рентгенологическом исследовании малого таза в правой половине его определяется инород-

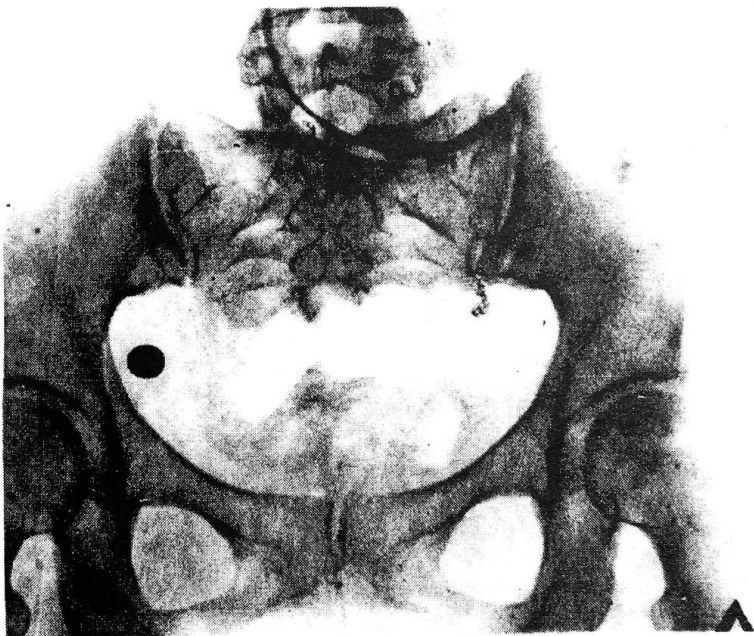


Рис. 3. Рентгенограмма (пояснение – в тексте).

ное тело металлической плотности (пуля) (рис. 1).

На фоне проводимой интенсивной противошоковой терапии пострадавшей через 40 мин. после поступления выполнена нижне-срединная лапаротомия. При ревизии обнаружено: в брюшной полости около 500 мл гемолизированной крови, париетальная брюшина малого таза гиперемирована. Матка нормальных размеров. В области ее дна ближе к левому трубному углу имеется рана размерами 3.5 x 2.5 см, которая является источником кровотечения. Правый яичник размером 3.5 x 4.0 см с множественными кровоизлияниями, имbibирован кровью. Имеется повреждение сосудов ворот правого яичника и его собственной связки. Левые придатки матки не изменены. Произведен временный гемостаз прошиванием раны матки – Х-образными кетгутowymi швами с наложением зажимов на собственную связку правого яичника. При дальнейшей ревизии обнаружено ранение тонкой кишки в двух местах на протяжении 40 см от илеоцекального угла, а также сквозное ранение сигмовидной кишки. Учитывая проникающее ранение матки, сочетающееся с повреждением правых придатков и ранением тонкой и толстой кишок, тяжесть состояния пострадавшей решено произвести надвлагалищную ампутацию матки с правыми придатками, резекцию тонкой кишки в объеме 15 см с формированием анастомоза «бок в бок», а также выведение поврежденного участка сигмовидной кишки в левую подвздошную область в виде двухствольного анууса, что и было сделано. Учитывая признаки серозного перитонита выполнена интубация тонкой кишки зондом Миллера-Эббота. При неоднократном рентгенологическом исследовании малого таза в двух проекциях установлено, что инородное тело (пуля) локализуется в толще ягодичных мышц справа (рис. 2 и 3). Отсутствие повреждений магист-

ральных сосудов и нервов позволило отказаться от поисков пули. Брюшная полость промыта 10 литрами физиологического раствора. Малый таз дренирован полихлорвиниловой трубкой, выведенной через отдельный разрез в правой подвздошной области.

Продолжительность операции составила 7.5 часов. Общая кровопотеря – 1500 мл. В послеоперационном периоде проводилась обезболивающая, антибактериальная, инфузионная терапия, включающая введение противошоковых растворов, препаратов крови и кровезаменителей. Состояние пациентки в течение первых суток после операции оставалось тяжелым, и оценивалось по нормализованной шкале «ВПХ-СГ» [1] как субкомпенсированное состояние. В течение последующих суток на фоне проводимой интенсивной комплексной терапии состояние больной стабилизировалось, и на 4-е сутки она была переведена из отделения реанимации в хирургическое отделение, где была продолжена антибактериальная, противовоспалительная, антианемическая и общеукрепляющая терапия с положительным эффектом. Швы сняты на 9-е сутки, заживление первичным натяжением. Женщина выписана на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Второй этап операции – восстановление функции сигмовидной кишки – планируется выполнить после полного выздоровления пациентки в плановом порядке.

ВЫВОДЫ

1. Огнестрельные ранения органов брюшной полости не исключают ранения матки и ее придатков, а также близлежащих органов мочевыводящей системы с повреждением мышц тазового дна.

2. Сочетанный характер ранения, инфицированность брюшной полости, комбинация геморагического и травматического шоков требует длительной комплексной терапии больных в условиях реанимационного отделе-

ния с последующей восстановительной и реабилитационной терапией на госпитальном и постгоспитальном этапах.

3. Травматические повреждения матки и придатков приводят к нарушениям специфических функций женского организма (потери репродуктивной и менструальной функций).

Литература.

1. Гуманенко Е.К. // Сочетанные травмы с позиции объективной оценки тяжести травмы: Дис. ...докт. мед. наук. - СПб., 1992. - С.372-395.
2. Цвелев Ю.В. // Организация и оказание специализированной медицинской помощи женщинам при ранениях и травмах // Труды Военно-медицинской академии. - СПб., 1994. - Т.239. - С.183.
3. Бухсбаум Г.Д. // Травмы при беременности. - М.: Медицина. - 1982. - С.125.
4. Жордания И.Ф. // Военный травматизм мочеполовых органов у женщин // Труды конференции гинекологов первого Прибалтийского фронта. - 1944. - С.50-84.
5. Doman A.N., Noekstra D.V. // J.Trauma. - 1988. - Vol.28. - P.118-120