

616.411-001.43:616.61-001.43

MÉNĚ ČASTÉ SDRUŽENÉ PORANĚNÍ SLEZINY A LEVÉ LEDVINY

Pplk. MUDr. Jiří HUČÍN

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, České Budějovice

(náčelník: plk. MUDr. Karel Janda)

Traumatická ruptura sleziny je častým poraněním. Taktéž traumatická ruptura ledviny není vzácností. Jednotlivá poranění jsou často publikována a je na ně při poranění břicha pamatováno. Traumatická ruptura sleziny a levé ledviny je méně častá a může dojít k chybné diagnostice jednoho nebo druhého poranění.

V našem sdělení chceme demonstrovat případ současněho poranění sleziny a levé ledviny u sportovce po nevelkém násilí.

Kasuistika

Nrtm. H. G., nar. 22. 4. 1959, dne 23. 4. 1983 v 17.30 h při turnaji v kopané okresního přeboru narazil na brankářovo koleno levou polovinou břicha. Vyšetřen na chirurgické ambulanci civilního zařízení, kde doporučena hospitalizace s observací na chirurgickém oddělení spádové vojenské nemocnice. Na naše pracoviště se dostavil v 18.30 h. V bezvědomí nebyl, orientován časem i místem, subjektivně udává pouze při pohybu bolestivost v oblasti levé dolní poloviny hrudníku a bolestivost v levém epigastriu. Močil čirou moč, močení bez obtíží. Při příjmu TK 16/10,7 kPa, P 88/min. Hrudník souměrný, poklep plný, jasný, dýchání sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Palpační citlivost v průběhu 9. a 10. žebra vlevo, při kompresi předozadní a boční bolestivost hrudníku neudává. Břicho dýchá v celém rozsahu, měkké, prohmatné, palpační bolestivost v levém epigastriu, bez peritoneálního dráždění. Hepar ani slezina nejsou hmatné. Tappotement oboustranně negativní. Per rectum: tonus svěračů je přiměřený, v ampule stolice formovaná, sliznice rekta je jemná, Douglasův prostor bez vyklenutí, nebolestivý. Ostatní somatický náález je v mezích normy.

Ve 20.30 h se objevuje nauzea, zvracení, bolestivost celého břicha. Po zvracení bolestivost břicha ustupuje. TK 16/10,7, P 68/min. Z objektivního vyšetření na břiše pouze bolestivost v levém podžebří a palpační bolestivost v pravém podbřišku. Peritoneální dráždění není přítomno. Ve 20.45 h se v moči objevují krevní koagula a makroskopická hematurie. Objevuje se průjmovitá stolice. Objektivní náález na břiše se nemění.

Z laboratorních náálezů: FW 25/50, KO Hb 150, Hmtk 0,50, Leu 16,5; moč. chem. a sed. při příjmu negativní. Rtg nativní snímek břicha ve stoje a levý hemitorax bez rtg změn.

Vzhledem k makroskopické hematurii s krevními koaguly provedena vylučovací urografie

40 ml 60% verografinu se závěrem: plamínkovité kontrastní stíny páničky směrem do periférie horního pólu ledvinného, které patří vylévající se kontrastní moči do parenchymu ledvinného a perirenálního prostoru.

Ve 22.00 h se objevují příznaky peritoneálního dráždění, které postupně narůstají. Rozhodujeme se proto k operační revizi. Provedena nejdříve levostranná lumbotomie, po proniknutí k levé ledvině nalezena prokrvácená tuková tkáň pouzdra ledvinného a po vybavení ledviny z pouzdra nalezena ruptura v polovině délky ledviny a pokračující prakticky celou ledvinou do páničky. Na horním a dolním pólu ledviny nalezeno několik drobných subkapsulárních ruptur. Z pomocné incize zaveden do páničky nefrostomický drén a matracovými stehy catgutem provedena sutura ledviny. Nefrostomický drén vyveden mimo operační ránu.

Incizí v peritoneu zjišťujeme krev v dutině břišní. Proto po uzavření operační rány a založení drénu k páničce levé ledviny a změně polohy pacienta otevřena dutina břišní z horní střední laparotomie. Zjišťujeme hemoperitoneum a rupturu sleziny tvaru trojčipé hvězdy, tříštící slezinu na tři krvácející díly. Vzhledem k roztržení sleziny se rozhodujeme k provedení splenektomie. Po té provedena revize dutiny břišní a dutina břišní je vysušena. Operační rána po zavedení drénu do levého podžebří je uzavřena po antomických vrstvách. Během operačního výkonu jsou krevní ztráty nahrazovány 1000 ml plné krve.

V pooperačním průběhu v prvních pooperačních dnech se objevují subfebrilie, které během hospitalizace zcela ustupují. 2. pooperační den drén z dutiny břišní odstraněn, 4. pooperační den drén odstraněn z lumbotomie. Nefrostomický drén 2 dny odvádí lumbou moč, která se postupně čistí a 9. den téměř ustává. Nefrostomický drén 9. pooperační den zrušen. 10. pooperační den odstraněny stehy. Jizvy jsou klidné, pevné, zhojené p. p. Další průběh hospitalizace je zcela klidný. 18. pooperační den je pacient propuštěn do domácího léčení při zcela normálním laboratorním i klinickém nálezu, bez subjektivních potíží.

Souhrn

V našem sdělení se zabýváme méně častým sruženým poraněním sleziny a levé ledviny při nevelkém působícím násilí s poměrně dlouhou dobou latence a nevýraznými počátečními klinickými příznaky.

Literatura

1. BENEŠ, A. aj.: Chirurgie. Praha, Naše vojsko 1980, s. 283, 294—300.
2. KLIMEŠ, M. - BAUER, J.: Diagnostika krytých poranění obličiek. Rozhl. Chir., 61, 1982, č. 11, s. 728—733.
3. NIEDERLE, B. - ŠEBEK, V.: Operace náhlých příhod břišních. Praha, SZN 1968. s. 385—390.
4. ŠPAČEK, J. - VOBORIL, Z.: Parciální resekce sleziny psa II. Rozhl. Chir., 62, č. 1, 1983, s. 49—54.
5. TYPOVSKÝ, K.: Traumatologie břicha. Praha, Avicenum 1977, s. 326—353, 374—394.
6. VOBORIL, Z.: Parciální resekce sleziny psa I. Rozhl. Chir., 62, č. 1, 1983, s. 41—48.
7. VOBORIL, Z.: Autotransplantace sleziny I. Experimentální chirurgická část. Rozhl. Chir., 65, č. 7, 1986, s. 500—507.
8. VOBORIL, Z.: Autotransplantace sleziny III. Kasuistika. Rozhl. Chir., 65, č. 7, 1986, s. 513—521.

Klíčová slova: Traumatická ruptura sleziny; Traumatická ruptura ledviny; Sdružené poranění; Diagnostika; Chirurgická léčba.