KIÚT FATÁLIS SEBÉSZETI HELYZETEKBŐL

Dr. Kotsis Lajos

Életünk során számtalan veszélynek vagyunk kitéve, közöttük a közismert vagy kevésbé ismert sebészeti sürgősségi eseteknek. A következőkben ezekből mutatok be röviden néhányat.

ESETISMERTETÉSEK

1. eset

Közel voltunk a kórház sebészetéhez, amikor az udvarra befutott a mentőautó egy súlyosan stridoros beteggel. Szerencsére az ambulancián mindig volt steril tracheostomiás szett, amivel azonnali gégemetszést lehetett végezni, de szinte biztosan nem a Littmann sebészeti műtéttan előírásait követve. Hogyan aspirált a beteg havannai szivart megtévesztően utánzó idegentestet, ami a kihúzás után női tenyérnyi káposztalevéllé terült szét? A válasz helyett fontosabb volt, hogy a beteg túlélte ezt a rendkívüli „kalandot".

2. eset

A fiatal, traumát szenvedett beteg kómás állapotban került a sebészeti osztályunkra, ahol az ilyen esetekben mindenhol kötelező tracheostomiában és gastrostomiában részesítettük. Életben maradása azonban nem rajtunk, hanem a nővérek szinte bibliai, lelkiismeretes és szeretetteljes gondoskodásán múlott, váladékmentesen tartva a beteg légcsövét. Ezt meghálálva, a sérült egy hónap után felébredt, sőt hamarosan távozott az osztályunkról.

3. eset

Egy nyár végi mulatság féltékenységi áldozatát szivárgó, sternum és jobb bordaív alatti sebbel, 50 Hgmm-es vérnyomással szállította be a mentő éjfélkor. A hanyattfekvő helyzetben végzett röntgenvizsgálat mozdulatlan kontúrú szívárnyékot, szívtamponádot, a hasi punkció a feltételezett haemoperitoneum bekövetkeztét igazolta. Sürgős thoracotomia után a megnyitott szívburokból kiömlő vér egyedül a reflexszerűen a jobb kamrába nyomott ujjal végzett vérzéscsillapítást tette lehetővé. A kamrai szutura és a mellkas zárása után a haemoperitoneumot (1500 ml) okozó májseb ellátása következett. Hét nap múlva a beteg már távozásra készen állt.

4. eset

A klinika első coronaria-bypass műtéten átesett betegénél még aznap elvérzéssel fenyegető masszív gyomorvérzés lépett fel, ami tamponádhoz vezetett. A laparotomiás, hagyományos gastrotomia a stresszfekély megtalálása érdekében csődöt mondott, de a Krisár szerinti műfogással a fornix vérző fekélye láthatóvá és elláthatóvá vált.

5. eset

A belklinika 82 éves betegének hasi státusza messze nem akut hasnak felelt meg, de a konzíliumot kérő nagy tapasztalatú klinikus véleménye perdöntőnek bizonyult. Laparotomiát követően a perforált mellső fali duodenális

fekélyt nem a sebészeti klinika gyakorlatát követve szuturáztuk, mert akkor a hátsó fali vérző duodenális fekély láthatatlan maradt volna: a betegnek ugyanis „kissing" duodenalis ulcusa volt. A vérző fekély szuturája után került sor a mellső fali – Judd típusú – pylorus plasztikára és vagotomiára.

6. eset

A cholecystectomiára átvett beteg műtéte alatt derült ki, hogy nem a hydropsos epehólyagot, hanem a megtévesztően hasonló choledochocelejét rezekáltuk. Az átmetszett jobb és baloldali ductus hepaticus látványa rémálommal volt egyenlő. A kiutat a Roux-Y kaccsal készített hepatico-jejunostomia képezte. A hetedik napi minimális epecsorgás a híg sósavas öblítő drenázsra három nap alatt megszűnt, és a beteg visszakerült az átadó osztályra.

7. eset

A 39 éves diabéteszes férfi Mallory-Weiss típusú nyelőcsővérzését sclerotizálással szüntették meg. A rövid időre fellépő, letokolt jobb oldali empyemájával több kórházat megjárva végül a Korányi Intézetbe került. A körülmények alapján elrendelt nyelésvizsgálat az empyémás üreggel széles alapon közlekedő, iatrogén nyelőcső disruptiót mutatott ki. Ebben a szinte reménytelen helyzetben a kiutat a nyelőcső teljes nyugalomba helyezésében véltem megtalálni a két ismert nyelőcső kirekesztés kombinálásával úgy, hogy azt mellűri lavage-zsal társítottam. A 10. napi nyeléskontroll a sérülés gyógyulását igazolta, és az eltávolított kirekesztő szalagok helyét sem kellett tágítani.

8. eset

Az idős nőbeteget feszülő bal oldali pneumothorax diagnózissal mellkasdrénezésre helyezték át a tanszékünkre. Amikor megtudtuk, hogy évekkel korábban lépcsőről zuhant le, a drenálás helyett gyomor röntgenvizsgálatot kértünk, melyen szinte a bal mellkasfél csúcsáig



1. ábra: Restrosternális colon bypass nyelőcsőszűkület miatt[1]

érő gyomor volt látható. A feladatunk ily módon rekesz rekonstrukcióvá módosult.

9. eset

Egy rekesz sérült beteg esetében a recidív bal oldali rekesz rupturát a nervus phrenicus posztraumás paresisének vélték. A recidíva megszüntetése nem jelentett különösebb mellkassebészeti feladatot.

10. eset

A 68 éves beteg gyomorvérzés utáni állapotban, hiatus herniához társuló brachyesophagusszal és mediastinális tumorral került a Korányi Intézetbe. Tekintettel a rossz légzésfunkciójára (FEV_1 70%), a kisebb megterheléssel járó transhiatális megoldáshoz folyamodtunk. A medián laparotomiából kellő mértékben kiszélesített hiátuson át a masszív, incarcerált hiatus sérvet és a megrövidült nyelőcsövet szabaddá tettük. Ezt követően a hátsó mediastinumban magasra terjedő, a kis görbületről kiinduló, ökölnyi, kapszulált képletet rezekáltuk. A hasüregbe húzott gyomor kisgörbületi ulcusát kimetszve, a műtétet Toupet-szerinti fundoplicatióval fejeztük be. Az alternatív eljárás melletti döntésünket az eseménytelen műtét utáni lefolyás igazolta.

11. eset

A fiatal férfi baleset után készült mellkasfelvételén kóros eltérés nem volt látható. Egy hét múlva, a fokozódó nehézlégzés miatt megismételt felvételen már a baloldali mellkasfélbe türemkedett gyomorléghólyag ábrázolódott. A kizáródott gyomor irreverzibilis ischaemiás elváltozásoktól még mentes volt, így a sürgős műtétet követő hetedik napon a sérülést szenvedett férfi gyógyultan távozott.

12. eset

A maró lúgot ivott, cachexiás, gastrostomás és hasfal sipolyos nőbeteget nyelésképtelen állapotban utalták tanszékünkre. Ebben a kritikus helyzetben a Krisár szerinti kétlépcsős műtét jelentette a járható utat. Első lépésben a már meglévő praecolicus gastroentero-anastomosisát – antro-pylorectomia után – Billroth I. típusú anastomosisra alakítottuk át. Parenterális hiperalimentációval kiegészített többhetes előkészítés után retrosternális colon bypass (1. ábra) segítségével állítottuk helyre a nyelésképességét[1]. A sokat szenvedett beteg fizikai statusában bekövetkezet drámai javulás a Krisár szerinti megoldás maradandó értékét igazolta.

IRODALOM

1. Kotsis L, Krisár Z, Vadász P. Physiologic type reconstruction in complicated corrosive strictures of upper gastrointestinal segment. *Surgical Science* 2015; 6(4): 179-185. doi.org/10.4236/ss.2015.64029