

Гафуров З.К., кандидат медицинских наук, доцент.

Врач-хирург

Андижанский филиал

Республиканского научного центра

экстренной медицинской помощи

Узбекистан, г.Андижан

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА 15 СУТКИ ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Аннотация

Проникающее ранение грудной клетки, является сложным по своему многообразию клинического течения патологией, когда диапазон колеблется от частичного пневмоторакса и малого гемоторакса до массивных кровотечений связанных с повреждением крупных сосудов или же сердца.

В данном наблюдении представлен случай из практики специализированного отделения: субтотальный гемоторакс и напряженный гидроторакс на 15-е сутки после колото-резаного ранения в области рукоятки грудины.

В течение 15 дней развился субтотальный гемоторакс и напряженный гидроторакс, которые сопровождалась выраженной дыхательной и сердечной недостаточностью, что повлекло за собой необходимость двухэтапного оперативного лечения.

Госпитализация в стационар и динамическое наблюдение за пациентами с данной нозологией позволяет своевременно выявить развивающиеся осложнения и предотвратить их на начальных этапах с меньшими по объему манипуляциями.

Ключевые слова: *грудная клетка, сердце, легкие, ранение, торакальная хирургия, кровотечение.*

Gafurov Z.K., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor.

*Doctor-surgeon
Andijan branch
of the Republican Scientific Center
for Emergency Medical Care
Uzbekistan, Andijan*

Annotation

Penetrating chest injury is a pathology complex in its variety of clinical course, when the range ranges from partial pneumothorax and small hemothorax to massive bleeding associated with damage to large vessels or the heart.

This observation presents a case from the practice of a specialized department: subtotal hemothorax and strained hydropericardium on the 15th day after a stab wound in the area of the sternum handle.

Within 15 days, subtotal hemothorax and strained hydropericardium developed, which were accompanied by severe respiratory and heart failure, which necessitated two-stage surgical treatment.

Hospitalization and dynamic monitoring of patients with this nosology makes it possible to identify developing complications in a timely manner and prevent them at the initial stages with fewer manipulations.

Key words: *chest, heart, lungs, wound, thoracic surgery, bleeding.*

Введение. По данным мировой и отечественной статистики, травмы, в структуре смертности населения, стабильно занимают четвертое место, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, онкологической патологии и болезням бронхолегочной системы. В трудах Е.А.Вагнера отмечается, что ранения грудной клетки, являются ведущими в большинстве травм и причиной половины смертельных исходов, в связи с чем до сих пор сохраняется высокая актуальность проблем диагностики и лечения ранений грудной клетки.

Клинически проникающие ранения грудной клетки сопровождаются дыхательной недостаточностью, напряженным пневмотораксом,

гемотораксом в том или ином объёме, сочетанием их, а так же острой сердечно-сосудистой недостаточностью связанной с тампонадой сердца.

В данном сообщении Вашему вниманию предоставляется случай субтотального гемоторакса, ателектаза левого легкого и напряженного гидроторакса на 15 сутки после проникающего колото-резаного ранения грудной клетки.

Случай из практики. Пациентка Н., 37 лет поступила в АФ РНЦЭМП с жалобами на одышку, сухой кашель, умеренные боли в левой половине грудной клетки, общее недомогание, слабость.

Из анамнеза выяснено, что 15 дней назад, имело место ранение кухонным ножом по неосторожности (пациентка упала поскользнувшись дома), по поводу чего в течение суток наблюдалась в хирургическом отделении районного мед.объединения (выписки нет), выписана по настоянию супруга. Отмечает постепенное появление жалоб, по поводу, которых проведена МСКТ грудной клетки, после чего обратилась в АФ РНЦЭМП и госпитализирована в отделение торакососудистой хирургии.

Общее состояние больной при поступлении тяжёлое, положение вынужденное. Кожные покровы бледно-розовые, в области рукоятки грудины в проекции перехода рукоятки грудины в тело грудины наличие постраневого, ушитого рубца длиной до 1,0 без признаков воспаления, наличие набухания вен шеи. Умеренный цианоз видимых слизистых. дыхание через нос, частота дыхания до 24 в минуту. Грудная клетка обычной формы, в акте дыхания левая половина отстаёт, подкожной эмфиземы и крепитации костных отломков на грудной клетке нет. Перкуторно справа легочной звук, слева укорочение перкуторного звука в средне-нижних отделах. Аускультативно – справа везикулярное дыхание, слева в средне-нижних отделах ослабленное везикулярное дыхание. Пальпаторно безболезненно. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 106 уд в мин., А/Д - 110/60 мм. рт. ст.

В день обращения пациентке проведена МСКТ грудной клетки, на которой выявлено наличие: большого гидроторакса слева, гидроперикарда и ателектаза левого легкого.

Учитывая тяжесть состояния пациентки и наличие жидкости в левой плевральной полости решено первым этапом провести дренирование левой плевральной полости. По дренажу выделилось до 2000 мл жидкости, вакуум стабильный, проба Рувилуа-Грегуара отрицательная, процедуру больная перенесла удовлетворительно, осложнений не было.

В дальнейшем состояние больной со значительным улучшением, вены шеи спали, тахикардия несколько уменьшилась, но на обзорной рентгеноскопии грудной клетки - ателектаз слева держится и тень нижнего средостения увеличилась.

На следующие сутки после дренирования под общим ЭТН (см протокол наркоза) в положении больной на правом боку произведена боковая торакотомия по 5-му м/р длиной кожного разреза до 20см. Послойно вскрыта левая плевральная полость, обращает внимание суженность межреберных промежутков, множественные мембранозные и трабекулярные спайки между легким и грудной стенкой, а так же диафрагмой и средостением, в плевральной полости до 200,0 старой покрытой фибрином темной крови в виде сгустков. Выполнен полный пневмолиз тупым и острым путями, сгустки крови удалены.

Ревизия: легкое уменьшено в объеме за счёт фибринозного панциря покрывающего и верхнюю и нижнюю доли, медиастинальная плевра утолщена, тусклая, перикард напряжен, пульсация сердца слабо прослеживается. Произведена продольная перикардия, длиной до 3,0см. – под давлением эвакуируется насыщенная серозная жидкость – около 200,0мл, полость перикарда осушена электроаспиратором, промыта раствором фурациллина - сгустков крови не выявлено – на перикард наложены редкие швы. Выполнена декорткация левого легкого, на

деплевризированный участок нижней доли наложен зет-образный шов, выполнена частичная плеврэктомия области костальной плевры.

При раздуве легкое полностью заполняет левый гемиторакс, розовое с умеренным содержанием угольного пигмента. Гемостаз по ходу операции посредством электрокоагуляции - сухо. Неоднократные санации плевральной полости растворами антисептиков. Двойное нижнее дренирование, послойное ушивание раны. Спирт, асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана из отделения торакососудистой хирургии на 7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, при ранениях грудной клетки локализующихся в зоне Грекова, но не имеющих явную симптоматику повреждения сердца или же крупных сосудистых структур, пациентов необходимо госпитализировать в специализированное отделение и проводить динамическое наблюдение, с мониторингом красной части крови, повторными рентген и УЗИ обследованиями. Появление симптомов компрессии органов средостения или же внутриполостного кровотечения, являются абсолютными показаниями к экстренному оперативному вмешательству.

Литература

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М.: Медицина, 1981. 288 с.
2. Волков В.Е., Волков С.В. Ранения сердца. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009. 210 с.
3. Малиновский Н.Н., Волков В.Е., Васильев Ж.Х. Ранения сердца и их лечение. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 1984. 41 с.
4. Burch J.M., Franciose R.J., Moore E.E. Trauma. In: Brunickardi F.Ch., ed. Schwartz's manual of surgery. New York, Chicago. San Francisco, 2006, pp. 97–137.

5. Demetriades D., Velmahos G.C. Blunt cardiac trauma. In: Cameron J.L., ed. Current surgical therapy. Baltimore, Maryland, 2004, pp. 1023–1024