

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Куль С. А.¹, Сушко А. А.², Можейко М. А.², Гаврон И. В.¹,
Досько Д. В.²

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
г. Гродно, Республика Беларусь

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Травма грудной клетки – опасное жизнеугрожающее состояние, которое представляет собой сложную проблему реаниматологии, хирургии и травматологии. Нарушение целостности реберного каркаса при травме в 80-90% случаев сопровождается внутриплевральными осложнениями, такими как гемоторакс, пневмоторакс, ранение легкого, что требует неотложного хирургического вмешательства. В настоящее время накоплен большой опыт в диагностике и лечении осложненной травмы грудной клетки. Однако проблема остается актуальной в связи с трудностями, возникающими при диагностике и лечении таких пациентов. Таким образом, необходимо постоянно совершенствовать диагностику и лечение пациентов с осложненной травмой грудной клетки.

Цель: уточнить диагностический алгоритм и характер осложнений при травме грудной клетки для повышения эффективности обследования и оказания экстренной медицинской помощи таким пациентам.

Материал и методы. Проведен анализ сведений о 259 пациентах с различными осложненными травмами грудной клетки, которые проходили обследование и лечение на базе хирургического торакального отделения в клинике 1-й кафедры хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет», за период с 2007 по 2017 гг. Из них 35 (13,5%) женщин и 224 (86,5%) мужчины. Средний возраст пациентов составил 53 года. Закрытая травма грудной клетки была диагностирована у 230 (89%) пациентов, открытая - у 29 (11%). В 127 (49%) случаях травма правой половины грудной

клетки, в 119 (46%) – левой половины грудной клетки, двухстороннее повреждение установлено в 13 (5%) случаях. Всем пациентам при поступлении, а также в последующем с целью контроля в динамике выполнялось стандартное рентгенологическое исследование органов грудной клетки и УЗИ плевральных полостей. УЗИ грудной клетки с исследованием реберного каркаса выполнялось в 26 (10%) случаях. Компьютерная томография органов грудной клетки по стандартной программе выполнена у 39 (15%) пациентов. Хирургическая активность этой группы пациентов равнялась 100%.

Результаты и обсуждение. Перелом ребер имел место в 225 (87%) случаях, ушиб грудной клетки в 5 (2%), инородное тело грудной клетки в 2 (1%), ранения грудной клетки в 27 (10%) случаях. Проникающие в плевральную полость ранения грудной клетки диагностированы у 22 (81%) пациентов из числа открытой травмы грудной клетки. По количеству сломанных ребер с осложнениями результаты распределились следующим образом: 1 ребро у 45 (20%) пациентов, 2 ребра – 63 (28%), 3 ребра – 45 (20%), 4 ребра – 36 (16%), 5 ребер – 18 (8%), 6 ребер – 5 (2%), более шести сломанных ребер наблюдалось у 13 (6%) пациентов. Из осложнений при травме грудной клетки наиболее часто встречался пневмоторакс – у 214 (83%) пациентов. Среди других осложнений гемоторакс имел место в 63 (24%) случаях, подкожная эмфизема и пневмомедиастинум – 163 (63%), экссудативный посттравматический плеврит – 158 (61%), кровохарканье – 8 (3%), гематома грудной клетки в 5 (2%) случаях. В подавляющем большинстве случаев наблюдалась комбинация из нескольких осложнений, и лишь у 26 (10%) пациентов – одно из осложнений в виде апикального пневмоторакса либо малого гидроторакса, либо подкожной эмфиземы. Эти случаи сопровождались малыми трансторакальными диагностическими и лечебными вмешательствами. Бытовая травма стала причиной 209 (91%) случаев закрытой травмы грудной клетки. При рентгенографии ОГК у некоторых пациентов возникали трудности, связанные с рентгенологическими особенностями визуализации места

перелома на разных стадиях его консолидации. С помощью УЗИ ребер и грудины был уточнен диагноз в 100% случаев. У пациентов, которым выполнялись одномоментно рентгенография ОГК и УЗИ ребер и грудины, расхождения в заключении по количеству сломанных ребер не было, что подтверждает правильность установленного диагноза при первичном обследовании с использованием УЗИ ребер и грудины. Экстренное хирургическое вмешательство выполнено у 231 (89%) пациентов, срочные хирургические операции проведены в 28 (11%) случаях. Повторное хирургическое вмешательство потребовалось 15 (6%) пациентам. Торакотомия выполнялась в 15 (6%) случаях, видеоторакоскопия – 36 (14%), торакоцентез и дренирование плевральной полости – в 223 (86%) случаях. Диагностическим пункциям плевральной полости подверглись 140 (54%) пациентов. Всем без исключения пациентам проводилось консервативное лечение, которое включало анальгетики, НПВС, отхаркивающие препараты, антибактериальную терапию. Продолжительность лечения пациентов с осложненной травой грудной клетки составила 10,7 койко-дня. На момент поступления тяжелое общее состояние зафиксировано у 47 (18%) пациентов, средней степени тяжести состояние у 72 (28%) пациентов, удовлетворительное состояние – у 140 (54%). Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Перелом ребер является наиболее частым повреждением грудной клетки, которое становится причиной угрожающих жизни осложнений: пневмоторакса, гемоторакса, эмфиземы средостения и др. Внутриплевральное осложнение может возникнуть при любом количестве сломанных ребер. Пневмоторакс встречается чаще других осложнений. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки является основным методом диагностики при травме, однако в комплекс обследования таких пациентов следует включать УЗИ-исследование ребер и плевральных полостей, что позволит исключить ошибки и неточности в диагнозе. В качестве уточняющего исследования при сомнительном диагнозе следует выполнять компьютерную многосрезовую томографию.

Активная хирургическая (как диагностическая, так и лечебная) тактика в комплексе с адекватным консервативным лечением позволяет получить хорошие результаты при лечении осложненной травмы грудной клетки.

VAC-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

Куптель М. А.², Татур А. А.¹, Попов М. Н.², Протасевич А. И.¹,
Росс А. И.², Пландовский А. В.¹

1 УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

2 УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Оптимизация хирургической тактики при острой (ОЭП) и хронической эмпиеме плевры (ХЭП) — актуальная проблема торакальной хирургии. Развитие эмпиемы плевры представляет собой прогрессирующий процесс, состоящий из экссудативного и гнойно-фибринозного плевритов с исходом у 8,2-26% пациентов в стадию хронизации. ОЭП наиболее часто осложняет течение внебольничных и госпитальных пневмоний, реже - открытой и закрытой травмы груди, гнойного медиастинита, оперативных вмешательств на легких и органах средостения. Своевременное оказание лечебной помощи пациентам с ОЭП с применением видеоторакоскопических технологий уменьшает длительность и стоимость лечения, снижает частоту хронизации, которая развивается через 2,5-3 месяца от манифестации острой эмпиемы и характеризуется необратимым фиброзированием ее стенок с невозможностью реэкспансии легкого. Пациенты с ХЭП, особенно с наличием бронхиального свища, требуют индивидуальной хирургической тактики. Перспективным подходом к лечению ХЭП в последнее десятилетие стало применение VAC-терапии, которая с 90-х годов прошлого столетия используется для лечения гнойных процессов различной этиологии и локализации. Сегодня установлено, что местное отрицательное давление уменьшает локальный отек и усиливает