

декомпенсированными стенозами (3-5 мм) без трахеостомы ЭЛРТ в нашем Центре является методом срочной реканализации с первичным расширением просвета до 6-7 мм и оротрахеальной бронхооптической интубацией трахеи на спонтанном дыхании на 18-24 часа.

Выводы. Лечение пациентов с РСТ должно проводиться в специализированных Центрах торакальной хирургии, имеющих необходимый опыт дифференцированного проведения хирургических (ЦРТ, ЭРТ) и эндоскопических (ЭЛРТ) вмешательств с учетом персонифицированной оценки их клинико-рентген-эндоскопических параметров.

РЕБЕРНЫЙ КЛАПАН ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Тулупов А. Н., Синенченко Г. И., Бесаев Г. М., Никитин А. В.

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Россия

Введение. Летальность при тяжелой сочетанной травме груди достигает 50%. Частота реберного клапана при закрытой травме груди составляет менее 2%. При этом, как правило, речь идет о тяжелых, сопровождающихся шоком, доминирующих повреждениях этой части тела. В разное время предложено много способов фиксации флотирующего фрагмента грудной стенки. Остается дискуссионным вопрос о том, когда и как следует прибегать к восстановлению каркасности грудной клетки оперативным путем. По сей день бытует мнение, что по аналогии с переломами длинных трубчатых костей при любом реберном клапане то или иное хирургическое пособие абсолютно необходимо для обеспечения репозиции и консолидации костных отломков. Наш многолетний опыт лечения пострадавших с тяжелой изолированной и сочетанной травмой груди свидетельствует об обратном.

Цель работы: определение показаний для фиксации реберного клапана и разработка оптимальной методики ее проведения.

Материал и методы. В основе работы находятся результаты обследования и лечения 150 пациентов с реберным клапаном (при шокогенной сочетанной травме груди с тяжестью повреждений по шкале ISS более 25 баллов) в травмоцентре I уровня.

Результаты и обсуждение. Мы пришли к заключению, что фиксации оперативным путем подлежат только реберные клапаны, значимые в функциональном отношении, т.е. обуславливающие суб- и декомпенсированную вентиляционную дыхательную недостаточность. Таким клапаном, как правило, являются передние билатеральные, реже – переднебоковые. Основными критериями функциональной значимости реберного клапана являются участие в акте дыхания скелетной мускулатуры (поверхностных мышц груди и шеи), частота дыхания более 30 в 1 мин., PaCO_2 – более 50 мм рт. ст., сатурация кислорода (SpO_2) – менее 90% через 30-40 минут после парентерального введения анальгетиков (1 мл 2% раствора промедола, 100 мг кетонала или 50 мг трамадола) и местного обезболивания (межреберная, паравертебральная, субплевральная или перидуральная анестезия, их сочетание). Противошоковое хирургическое лечение и его анестезиолого-реаниматологическое обеспечение при тяжелой сочетанной травме груди с реберным клапаном всегда начинается с общего обезболивания с ИВЛ на догоспитальном этапе или в противошоковой операционной травмоцентра. ИВЛ весьма эффективно предотвращает флотацию реберного клапана. Данная т.н. пневмофиксация продолжает осуществляться и в отделении хирургической реанимации, куда пациент из противошоковой операционной направляется для дальнейшего лечения после стабилизации витальных функций. В таких случаях вопрос о необходимости фиксации реберного клапана возникает после устранения паренхиматозного компонента дыхательной недостаточности по мере купирования проявлений ушиба легких и сердца, РДСВ и/или пневмонии, а также ликвидации гемо- и пневмоторакса, плеврита, пареза кишечника и т.д., приблизительно через 10-14 суток после травмы. У подавляющего большинства пациентов такого срока оказывается вполне достаточно для естественной стабилизации

грудной стенки в условиях ИВЛ. Нами разработан, апробирован и в настоящее время успешно используется в клинической практике новый способ (патент № 2333730 от 20.10.2008) восстановления каркасности грудной клетки путем наложения аппарата внешней фиксации как весьма эффективный и в то же время относительно малотравматичный. Опорными точками при внешней фиксации реберного клапана могут быть неповрежденные ключицы, ребра, крылья подвздошных костей. Для фиксации значимого в функциональном отношении реберного клапана у пострадавших с благоприятным и сомнительным прогнозом внеочаговый металлоостеосинтез выполняется в срочном порядке, а у пациентов с неблагоприятным прогнозом – в отсроченном, при их переводе с ИВЛ на самостоятельное дыхание. Этот способ наряду со своим основным предназначением дает возможность одновременно осуществлять репозицию и фиксацию костных отломков грудины и ключицы. Чрескостный металлоостеосинтез для одновременной стабилизации костного каркаса груди и тазового кольца производится путем наложения фиксирующих узлов на неповрежденные сегменты костного каркаса груди и фиксации нестабильного фрагмента грудной клетки к неповрежденным сегментам надплечья, груди и таза при помощи спиц и демпферной системы.

Выводы. Применение фиксации реберного клапана путем внеочагового металлоостеосинтеза ребер и грудины в комбинации с внеочаговым остеосинтезом костей плечевого пояса у 28 пострадавших, а также использование нового алгоритма лечебно-тактического прогнозирования при сочетанной шокогенной травме груди и верхних конечностей позволили уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов на 4,5 сут., частоту осложнений – в 1,3 раза и летальность – в 1,2 раза. Незначимые в функциональном отношении боковые, переднебоковые и даже передние билатеральные «реберные клапаны» подлежат только консервативному лечению, даже несмотря на наличие смещения отломков. Применение накостного остеосинтеза при переломах ребер при тяжелой сочетанной травме груди нецелесообразно из-

за большой травматичности, а также крайне нежелательного перевода закрытой травмы в открытую и связанного с этим высокого риска гнойных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДИ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Шнитко С. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Современные минимально-инвазивные технологии позволяют не только диагностировать повреждения органов грудной клетки, но и одновременно (без расширения оперативного доступа) выполнить лечебные мероприятия (Курбонов К. М. и соавт., 2016; Lieber A. et al., 2006). Однако частота применения эндовидеохирургии для диагностики и лечения повреждений груди недостаточна, что связано с отсутствием единых показаний и противопоказаний к применению видеоторакоскопии (ВТС), сложностью техники оперативных пособий и отсутствием должного опыта их клинического применения, особенно при огнестрельных ранениях груди (ОРГ) (Брюсов П. Г. и соавт., 2001; Плаксин С. А. и соавт., 2011; Dutta R. et al., 2010).

Цель: изучить эффективность использования ВТС в диагностике и лечении пострадавших от ОРГ мирного времени.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 163 пострадавших с открытыми травмами груди (ОТГ). Из них у 113 (69,3%) имелись ОРГ, у 50 (30,7%) – ОТГ, нанесенные неогнестрельным оружием. Принципиальная схема хирургического лечения пострадавших с ОРГ включала: устранение боли; раннее и полноценное дренирование плевральной полости; герметизацию и стабилизацию грудной стенки; мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого; устранение бронхиальной обструкции и поддержание проходимости дыхательных путей; поддержание должного