

Обмен опытом (в помощь практическому врачу)

ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Познанский С.В.*,
Евтихова Е.Ю., кандидат медицинских наук,
Кутырев Е.А.,
Евтихов Р.М., доктор медицинских наук

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

РЕЗЮМЕ Обобщены результаты лечения 47 пострадавших с ранениями грудной клетки, курация которых проводилась с помощью видеоторакоскопических технологий (использован отечественный эндовидеохирургический комплекс НПО «Азимут», г. Санкт-Петербург). По оценке тяжести по шкалам AIS и ISS у всех этих пациентов состояние было среднетяжелым и тяжелым. У 44 (93,6%) больных после видеоторакоскопических вмешательств получены хорошие результаты. Конверсия к торакотомии потребовалась у 3 пострадавших при массивном гемотораксе вследствие повреждения крупных сосудов легких и средостения.

Ключевые слова: проникающие ранения грудной клетки, лечебно-диагностическая тактика, видеоторакоскопия, интраплевральное кровотечение, ранение легкого.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: aheadphones@gmail.com

Введение видеоторакоскопии в практику лечения открывает для торакальной хирургии безграничные возможности диагностики [6]. Во многих случаях видеоассистированные вмешательства при лечении тяжелой травмы груди становятся методом выбора [4].

Однако до настоящего времени четких показаний к выполнению торакоскопии при травме груди не выработано. Основой хирургической тактики при ранениях груди остаётся дренирование плевральной полости с динамическим наблюдением и определением показаний к торакотомии, исходя из подсчёта крови, выделяющейся по дренажу без верификации характера повреждения. Этот так называемый «индивидуальный» подход и «активно-выжидательная» тактика с учётом клинико-рентгенологических и лабораторных данных в основном соответствуют рекомендациям середины прошлого столетия.

С 2001 г. в клинике ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» введен в использование

отечественный эндовидеохирургический комплекс НПО «Азимут» (г. Санкт-Петербург). Таким образом, при лечении пациентов с проникающими ранениями груди начали применяться видеоторакоскопические технологии. Цель настоящей работы – анализ результатов курации случаев ранений груди с применением визуализирующего обследования и миниинвазивных вмешательств.

С 1998 по 2008 гг. на базе отделения торакальной хирургии наблюдались 216 пациентов с проникающими колото-резаными ранениями груди. В 159 (73,6%) наблюдениях колото-резаные ранения были криминальными, в 46 (21,3%) – бытовыми, в 9 (4,1%) – случайными об острый предмет и в 2 (0,9%) – результатом суицидальной попытки. В 203 (94%) случаях были одиночные ранения и в 13 (6%) – множественные. Основными травмирующими орудиями являлись нож или кинжал, реже шило, ножицы, гвоздь, вилка и др. Чаще, у 141 (65,1%) пострадавшего, размеры раны были до 2 см. Тем не менее, при небольшом входном отверстии, у 26

Poznansky S.V., Yevtikhova E.Yu., Kutyrev E.A., Yevtikhov R.M.

THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF VIDEOTHORACOSCOPY IN CHEST WOUNDS

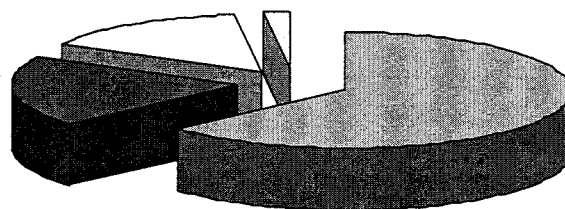
Key words: penetrating wounds of thorax, therapeutic and diagnostic tactics, videothoracoscopy, intrapleural bleeding, lung wound.

(12%) пациентов были обширные повреждения органов груди. У всех раненых имел место различного размера гемоторакс. На основании результатов обследования, а также торакоскопических и операционных данных, мы пользовались классификацией гемоторакса П.А. Куприянова. Поступление пострадавших с ранениями имело четкую связь с выходными и праздничными днями и, как правило, с состоянием алкогольного опьянения (82%). В структуре больных с проникающими повреждениями различной локализации раненые в грудь составили 35,1%. С 2001 г. лечение проникающих ранений груди с помощью видеоторакоскопических технологий получили 47 человек.

При клиническом обследовании с применением шкал AIS и ISS у всех этих пациентов состояние было среднетяжелым и тяжелым. Для диагностики в зависимости от тяжести состояния использовали полипозиционную рентгенографию, УЗИ, компьютерную томографию, в отдельных случаях МРТ. Следует отметить, что с помощью УЗИ визуализируется жидкость и воздух в плевральной полости, гематомы грудной стенки, повреждения диафрагмы, жидкость в полости перикарда. Достоинством УЗИ является возможность измерения объема воздуха и жидкости в плевральной полости. УЗИ с доплерографией является наиболее простым и доступным способом диагностики повреждений сердца, магистральных сосудов средостения и корня легкого.

Особое внимание обращает на себя факт наличия гемоторакса во всех 47 наблюдениях. Источниками внутриплевральных кровотечений распознаны (рис.): межреберные артерии и их ветви, а также паренхима легкого – у 29 (62%) больных; межреберные артерии и их ветви – у 9 (19%); паренхима легкого – у 7 (15%); крупные сосуды легкого и средостения – у 1 (2%); внутренняя грудная артерия – у 1 (2%).

Видеоторакоскопическое вмешательство в виде электрокоагуляции позволило остановить кровотечение из сосудов грудной стенки у 35 пациентов. В 3 случаях остановка кровотечения из межреберий осуществлялась прошиванием артерии на протяжении с чрескожным проведением лигатуры игло-стилетом и завязыванием погружного шва. При этом весь межреберный сосудистый пучок надёжно прижимается к ребру. При поверхностных ранениях паренхимы легкого у 21 пациента достигнут надёжный гемостаз и азростаз с помощью электрокоагуляции. У 16 раненых выполнено наложение шва (ручной, EndoStitch) с захватом краёв раны на всю глубину нитью Polysorb 3/0. При слепых ранениях легкого в 3 наблюдениях торакоскоп вводили в раневой канал для ревизии и удаления нежизнеспособных тканей. Затем рану ушивали с помощью захвата дна (первым швом с оставлением длинно-



- ▣ Межреберные артерии и паренхима легкого 29 (62%)
- ▣ Межреберные артерии и их ветви 9 (19%)
- ▣ Паренхима легкого 7 (15%)
- ▣ Внутренняя грудная артерия 1 (2%)

Рис. Источники внутриплевральных кровотечений

го свободного конца нити, а затем спиральным швом с завязыванием узла между свободным концом нити и каждым витком спирали). Это предотвращает возникновение внутрилёгочных гематом и полостей. При сквозных больших ранах у 4 больных выполняли клиновидную или тангенциальную резекцию лёгкого с помощью аппарата EndoGIA-30 («Auto Suture»).

На завершающем этапе вмешательства с помощью эндоскопических зажимов осуществлялась фрагментация и аспирация свёртков крови, определяющихся после эвакуации жидкой части крови. Это явилось действенной профилактикой резидуального гемоторакса. Особое внимание уделялось адекватному дренированию плевральной полости – одной из приоритетных задач торакоскопического пособия.

Тем не менее, следует подчеркнуть, что торакоскопические вмешательства не заменяют традиционную хирургию при наличии абсолютных показаний к торакотомии. Нецелесообразно выполнять торакоскопию при нестабильной гемодинамике вследствие кровопотери, так как высока вероятность обнаружения неустраняемых во время торакоскопии повреждений сердца или крупных сосудов на фоне вентиляции одного лёгкого. Абсолютными противопоказаниями к торакотомии являются: достоверные признаки повреждения сердца и магистральных сосудов; большой и тотальный гемоторакс (при условии, что с момента ранения прошло не более 4 часов), гемоперикард и тампонада сердца; гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных кровеносных сосудов. При достоверных клинико-рентгенологических признаках разрыва трахеи или крупных бронхов также необходима экстренная торакотомия.

У 44 (93,6%) пациентов после видеоторакоскопических вмешательств получены хорошие результаты. Конверсия к торакотомии потребовалась у 3 человек при массивном гемотораксе вследствие повреждения крупных сосудов легких и средостения.

До применения видеоторакоскопических вмешательств в прошлые годы частота осложнений была выше: выявлялись различные по объёму скопления крови в плевральной полости после её дренирования – у 35 (20,7%) пациентов, свернувшийся гемоторакс имел место в 11% случаев. При этом у 21,5% пострадавших после дренирования потребовалось последующее травматичное хирургическое вмешательство.

Результаты проведенных исследований показали, что видеоторакоскопические технологии способствуют значительному уменьшению частоты гнойных внутрилёгочных и плевральных осложнений при проникающих ранениях лёгких. Несомненными преимуществами торакоскопии являются: полноценная ревизия; точная диагностика, исключающая сомнения в диагнозе и неизвестность в периоде выжидания; возможность выполнения оперативного пособия в полном объеме; определение показаний к торакотомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Оказание хирургической помощи при массовом поступлении пострадавших в стационары мегаполиса // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 88–90.
2. Абакумов М.М., Сулиманов Р.А. Хирургия ранений груди в городе и на селе. – Великий Новгород: Новклем, 2002. – 175 с.
3. Багненко С.Ф., Тулупов А.Н., Балабанова О.В. Возможности видеоторакоскопии в диагностике и лечении травматического гемоторакса // Вестн. хирургии. – 2007. – Т. 166, № 6. – С. 32–25.
4. Воскресенский О.В., Жестков К.Г., Абакумов М.М., Гуляев А.А. Видеоторакоскопия в лечении пострадавших с проникающими ранениями груди // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 19–23.
5. Добровольский С.Р., Попович В.К., Васильева Н.А., Бурцев А.С. О лечении ранений груди // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 32–38.
6. Villavicencio R.T., Aucar J.A., Wall M.J. Jr. Analisis of thoracoscopy in trauma // Surg. Endosc. – 1999. – Vol. 13. – P. 3–9.

Поступила 12.05.2009 г.