

Субтотальный гемоторакс, ателектаз левого легкого и гидроперикард на 15 сутки после проникающего колото-резаного ранения грудной клетки

(случай из практики)

З.К.Гафуров, А.Э.Комилжонов

(Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Узбекистан)

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.

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

Обращает внимание то, что пациентка обращалась в стационар по месту жительства на первые часы после получения раны и наблюдалась в течение короткого времени.

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

Первым этапом проведено дренирование левой плевральной полости с декомпрессией плевральной полости и вторым этапом торакотомия с перикардиотомией, декортикацией легкого и частичной плевроэтомией.

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.

Annotation

Penetrating chest wound is a complex pathology in terms of its clinical course diversity, when the range varies from partial pneumothorax and small hemothorax to massive bleeding.

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

Within 15 days, subtotal hemothorax and tense hydropericardium developed, which were accompanied by severe respiratory and cardiac failure, which entailed the need for two-stage surgical treatment. The first stage involved drainage of the left pleural cavity with decompression of the pleural cavity and the second stage involved thoracotomy with pericardiotomy, lung decortication and partial pleurectomy.

Hospitalization and dynamic observation of patients with this nosology allows for timely detection of developing complications and their prevention at the initial stages with less extensive manipulations.

Кўкрак қафасига тешиб ўтувчи жароҳатлар мураккаб патология бўлиб, қисман пневмоторакс ва кичик гемотораксдан массив қон кетишгача бўлган диапазонга эга.

Ушбу кузатув ихтисослашган бўлим амалиётидан олинган ҳолатни тақдим этади: тўш суяги дастаги соҳасидаги тигли жароҳатдан кейин 15 кунда субтотал гемоторакс ва таранглашган гидроперикард мавжуд бўлиб, кескин нафас ва юрак етишмовчилиги билан кузатилган.

15 кун ичида субтотал гемоторакс ва таранглашган гидроперикард ривожланган, улар оғир нафас ва юрак етишмовчилигига олиб келган ва икки босқич оператив амалиёт бажарилишига сабаб бўлган.

Биринчи босқичда чап плевра бўшлиғи дренажланган, яъни декомпрессия қилинган, иккинчи босқичда торакотомия, перикардиотомия, чап ўпка декортикацияси ва қисман плеврэктомиялар бажарилган.

Ушбу турдаги жароҳатланиш билан боғлиқ беморларни шифохонага ётказиб, динамик мониторинги олиб борилса ривожланиши мумкин бўлган асоратлар олди олинади ёки вақтида аниқланади ва ҳажм бўйича кичикроқ амалиётлар билан бартараф этас бўлади.

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.

По данным различных источников проникающие ранения грудной клетки в соотношении к закрытым травмам грудной клетки составляют 1:9-1:10 и могут сопровождаться повреждениями легких, диафрагмы, органов средостения, а так же аорты, трахеи, бронхов и пищевода.

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

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

THE MULTIDISCIPLINARY JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY

VOLUME-4, ISSUE-8

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. Под местной анестезией р-ром Прокаина – 0,5% - 50,0мл после контрольной пункции плевральной полости слева произведен разрез кожи до 1,0см в 7-ом межреберье по левой задней подмышечной линии, в плевральную полость введен троакар по гильзе которого в плевральную полость введена одноразовая стерильная дренажная трубка – под давлением поступает геморрагическая жидкость - проба Рувилуа-Грегуара отрицательная. Дренажная трубка фиксирована к коже П-образным узловым швом и подсоединена к подводной системе. Процедуру больная перенесла удовлетворительно, осложнений не было. По дренажу выделилось до 2000мл жидкости, вакуум стабильный.

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.

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 перикардотомия, 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 декортикация левого легкого, на деплевризованный 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.

Обследование. Как видно из вышеизложенного диагностический алгоритм складывался из ступеней стандартных протоколов и включал в себя сбор анамнеза, объективный осмотр с

акцентированием на нозологическую симптоматику: одышку, бледность кожных покровов и цианоз видимых слизистых, наличие рубца, набухание вен шеи, укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания и т.д. Инструментальные методы обследования включали в себя рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ плевральных, перикардальной и брюшной полостей, МСКТ органов грудной клетки.

Обсуждение. 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 исходах лечения колото-резаных (по большей части ножевых) ранений грудной клетки, решающее значение, помимо субстрата ранения, имеет время прошедшее с момента ранения и доставкой пациента в стационар, наличие квалифицированного персонала – в идеале торакальных хирургов, возможность развёртывания в кратчайшие сроки операционной и проведение адекватного анестезиологического пособия.

Этот случай позволяет нам говорить о необходимости настороженного или же даже повышенного внимания по отношению к данной категории пациентов, при обращении которых необходима обязательная госпитализация в стационар с дальнейшим динамическим наблюдением в течение трёх суток. При отсутствии осложнений выписка из стационара с дальнейшим наблюдением врача по месту жительства.

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: Brunicaardi 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