

# С. Ф. Кошак, О. В. Беляк, О. С. Петришин

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

### Актуальність

В останнє десятиліття відмічається тенденція до збільшення частоти, тяжкості ускладнень, смертності як від ізольованої травми грудної клітки (ТГК) так і поєднаної.

### Мета дослідження

Вивчити власні результати своєчасної діагностики та надання хірургічної допомоги хворим з травмою грудної клітки.

### Матеріали і методи

В клініці Львівського регіонального фтизіопульмонологічного центру (ЛРФПЦ), який надає цілодобову ургентну допомогу населенню міста і області по торакальній хірургії, з 1998 по 2015 роки лікувалось 1556 хворих з травмою грудної клітки, віком 12–87 років: проникаючі — 469 (30,14 %); закрита травма грудної клітки (ЗТГК) — 1087 (69,86 %). Чоловіків було 1450 (93,25 %), жінок — 106 (6,75%). Діагностика полягала в клініко-рентгенологічному, бронхологічному, торакоскопічному, сонографічному і комп'ютерній томографії грудної клітки.

### Результати досліджень

В клініці лікувалось 469 хворих з проникаючими пораненнями грудної клітки (ППГК) у віці від 12 до 83 років: чоловіків — 446, жінок — 23. Колото-різані рани виявлено у 457 пацієнтів, вогнепальні — у 12. Поранення лівого гемітораку діагностовано у 279 (59,49 %) випадках, правого — 174 (37,40 %); двобічні — у 16 (3,11 %) пацієнтів. Поєднані пошкодження виявлені у 23 (4,9 %) хворого: ізольовані поранення грудної і черевної порожнин — у 15, торакоабдомінальні — у 8.

При ізольованих ППГК 446 пацієнтів (95,1 %) пошкодження легені діагностовано у 234 (52,46 %) випадків, поранення серця і перикарду у 61 (13,68 %); при двосторонніх ППГК — рани легені виявлені у 15 хворих, а серця — в однієї пацієнтки. При поєднаних ППГК рани легені діагностовано у 12, діафрагми — в 11, печінки — у 3, шлунку — у 4, селезінки — у 5, кишківника — у 4; стравоходу, гортані і трахеї з відкритою черепно мозковою травмою — в одного. Оперовано 463 хворих: торакотомія — у 168 (36,28 %) пацієнтів, торакотомія з лапаротомією — у 20, лапаротомія з дрениванням плевральної порожнини — у 18, з них — у 5 торакоскопія; дрениван-

ня плевральної порожнини було у 257 (55,51 %) випадків, з яких у 218 (84,82 %) — торакоскопія. При торакоскопії виконана коагуляція міжреберних артерій проникаючих ран грудної стінки у 82 хворих і пошкодження легень — у 37. За останні 13 років всім пацієнтам з ППГК із стабільною гемодинамікою виконуємо торакоскопію. Торакотомія в першу добу після дренивання плевральної порожнини виконана у 24 пацієнтів (5,18 %).

Показами до торакотомії були підозри на поранення серця, яка продовжується внутріплевральна кровотеча, великі пошкодження легень, вогнепальні травми.

Після операцій померло 23 (4,96 %) хворих, з них 9 пацієнтів з пораненнями серця, — 3 на операційному столі. Причинами смерті були геморагічний шок, пошкодження великих гілок коронарних артерій, наявність поєднаної травми (ЧМТ).

Середній ліжкодень склав 16,2 дня. Віддалені результати прооперованих хворих від 1 до 6 років (328) — благоприємні.

Поранення серця, як травма мирного часу, одне із найважчих розділів невідкладної торакальної хірургії. ЛРФПЦ має досвід хірургічного лікування 62 пацієнтів з пораненнями серця і перикарду. Із них проникаючі колото-різані поранення — 60, вогнепальні — 2. Проникаючі рани камер серця діагностовано у 38 випадків, непроникаючі — у 12; пошкодження перикарду — у 12. При вираженій гіпотонії та зупинці серця проводилась тампонада рани з прямим масажем серця, реінфузією крові та інтенсивною інфузійною терапією. При стабілізації гемодинаміки ушивалася рана серця.

Після операції померло 9 (14,5 %) пацієнтів, троє з них на операційному столі.

У одного хворого після операції спостерігалась гостра недостатність мітрального клапану у зв'язку з пошкодженням хорди папілярного м'яза, в іншого — поранення міжшлуночкової перегородки, які кореговані в плановому порядку в кардіоцентрі, а в третього пацієнта — діагностовано також дефект міжшлуночкової перегородки, який самостійно закрився через три місяці. Віддалені результати прооперованих хворих з ранами серця і перикарду (46) — благоприємні.

Із закритою травмою грудної клітки (ЗТГК) перебувало 1087 пацієнтів: чоловіків було 1014, жінок — 73, віком 15–87 років.

Ізольована ЗТГК була у 878 (80,77 %) хворих. Множинні переломи ребер виявлено у 719 пацієнтів (у 239 — 33,24 % осіб — 3–4 ребра); переломи грудини — у 12; двобічні переломи ребер з флотацією — у 25; пневмоторакс — у 257 (напружений — у 69); пневмогемоторакс — у 279; гемоторакс — у 154 (двобічний — у 38).

Поєднана травма грудної клітки виявлена у 209 (19,23 %) пацієнтів: з закритою черепно-мозковою травмою (ЗЧМТ) — у 48, в тому числі у 2 з травматичною асфіксією; з розривом лівого склепіння діафрагми — у 15, правого — у 7; перикарду — в 1; селезінки — у 9; печінки — у 2; з переломами ключиці — у 12, лопатки — у 3, кінцівок — у 12.

Хірургічне лікування проведено 1052 (96,78 %) хворим, на фоні протишокової терапії — в 578 (54,94 %) випадках: дренажування плевральної порожнини — у 489 (46,82 %) пацієнтів, в тому числі, межистіння — у 56, м'яких тканин грудної стінки і шиї — у 102; ушивання грудини — у 6; екстраплевральна фіксація флотації грудної стінки спицями та шинами — у 10; торакаскопія — у 284 (26,99 %), в тому числі з видаленням згорнутого гемотораксу — у 98. Торакотомія виконана у 68 (6,46 %) випадках: видалення згорнутого гемотораксу, декортикація легені — у 45, в тому числі резекція частки легені — у 2; ушивання розривів діафрагми — у 22; перикарду — у 1. Лапаротомія проведена у 11 (2,03 %) випадках: спленектомія — у 7, ушивання печінки — у 2, і селезінки — у 2. Не оперовано 35 хворих із ЗТГК (у 22 виконано дренажування плевральних порожнин в районних лікарнях), яким проводилась інтенсивна консервативна терапія. При обмежених гемотораксах і посттравматичних плевритах виконували плевральні пункції.

В процесі лікування хворих з ЗТГК у 18 (1,65 %) осіб виявлено різні форми туберкульозу легень, які були переведені у фтизіатричні відділення центру.

Померло 9 (4,3 %) чоловіків з поєднаною ЗТГК: з них сім — з ЧМТ після дренажування плевральної порожнини і один після спленектомії, ушивання грудини, з двобічним гемотораксом, травматичною асфіксією, від поліорган-

ної недостатності, а також один чоловік після верхньої лобектомії від мозкової коми, внаслідок нагноєння гематоми мозку.

Таким чином, у пацієнтів з ЗТГК в поєднанні з ЧМТ летальність склала 14,6 % (7 осіб з 48). Середній ліжкодень при ізольованій ЗТГК був 18,2 дня, а при поєднаній — 26,2 дня.

Віддалені результати у 526 пацієнтів, які перенесли ЗТГК, від 1 до 5 років благоприємні.

### Висновки

1. Термінальний стан хворого при підозрі на поранення серця є показом до реанімаційної торакотомії. Найчастішими причинами смерті при пораненнях серця були запізниле доставлення в спеціалізовану установу, пошкодження великих гілок коронарних артерій, масивна травма серцевого м'яза, наявність поєднаної травми. Комплексна патогенетична передопераційна інтенсивна терапія сприяє виконанню радикальної операції, зниженню ускладнень і смертності.

2. При ППГК торакотомію, за винятком невідкладних станів, доцільно відтермінувати і проводити її після стабілізації гемодинаміки потерпілого.

3. Для діагностики і лікування ЗТГК доцільно широко використовувати ендоскопічні методи (фібротрахеобронхоскопію, торакаскопію), комп'ютерну томографію та ультразвукове дослідження. Усім хворим з ППГК при стабільному загальному стані вважаємо обов'язковим проведення торакаскопії.

4. В діагностиці пошкоджень діафрагми, за нашими даними, найбільш інформативними методами діагностики є рентгеноконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту, комп'ютерна томографія, накладання пневмоперітонеуму, торакаскопія.

5. У хворих з флотуючим сегментом грудної стінки методики його фіксації визначати індивідуально в залежності від ситуації.

6. Розвиток емпієми плеври після травм пов'язаний з неадекватною тактикою хірургів і травматологів на першому етапі в районних та міських стаціонарах.