

С. Ф. Кошак, О. В. Беляк, О. С. Петришин
ТРАВМА ГРУДНОЇ КЛІТКИ: ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр

В останнє десятиліття відмічається збільшення частоти, тяжкості, ускладнень, смертності від травми грудної клітки (ТГК), особливо поєднаної.

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 2018 роки лікувалось 2008 хворих з травмою грудної клітки, віком 12-87 років: проникаючі — 492 (24,50 %); закрита травма грудної клітки (ЗТГК) — 1516 (75,50 %). Чоловіків було 1890 (94,12%), жінок — 118 (5,88%). Діагностика полягала в клініко-рентгенологічному, бронхологічному, торакоскопічному, сонографічному і комп'ютерній томографії грудної клітки.

Результати досліджень

В клініці лікувалось 492 хворих з проникаючими пораненнями грудної клітки (ППГК) у віці від 12 до 83 років: чоловіків — 467, жінок — 25. Колото-різані рани виявлено у 480 пацієнтів, вогнепальні — у 12. Поранення лівого гемітораку діагностовано у 299 (60,77 %) випадках, правого — 177 (35,98 %); двобічні — у 16 (3,25 %) пацієнтів. Поєднані пошкодження виявлені у 23 (4,67 %) хворих: ізольовані поранення грудної і черевної порожнин — у 15, торакоабдомінальні — у 8.

При ізольованих ППГК 469 пацієнтів (95,33 %) пошкодження легені діагностовано у 238 (50,75 %) випадків, поранення серця і перикарду у 65 (13,86 %); при двосторонніх ППГК — рани легені виявлені у 15 хворих, а серця — в однієї пацієнтки. При поєднаних ППГК рани легені діагностовано у 12, діафрагми — в 12, печінки — у 3, шлунку — у 4, селезінки — у 5, кишківника — у 4; стравоходу, гортані і трахеї з відкритою черепно мозковою травмою — 2. Оперовано 486 хворих: торакотомія — у 176 (36,21 %) пацієнтів, торакотомія з лапаротомією — у 20, лапаротомія з дренажуванням плевральної порожнини — у 18, з них — у 5 торакоскопія; дренажування плевральної порожнини було у 259 (53,29 %) випадках, з яких у 224 (86,49 %) — торакоскопія, відіоторакоскопія (VATS) — 5. При торакоскопії виконана коагуляція міжреберних артерій проникаючих ран грудної стінки у 82 хворих і пошкодженнь легень — у 37. За останні 16 років всім пацієнтам з ППГК із стабільною гемодинамікою виконуємо торакоскопію. Торакотомія в першу добу після дренажування плевральної порожнини виконана у 25 пацієнтів (5,08 %).

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

Після операцій померло 26 (5,28 %) хворих, з них 11 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 16,4 дня. Віддалені результати прооперованих хворих від 1 до 6 років (348) — благоприємні.

Поранення серця, як травма мирного часу, одне із найважчих розділів невідкладної торакальної хірургії. ЛРФПЦ має досвід хірургічного лікування 66 пацієнтів з пораненнями серця і перикарду. Із них проникаючі колото-різані поранення — 64, вогнепальні — 2. Проникаючі рани камер серця діагностовано у 41 випадків, непроникаючі — у 12; пошкодження перикарду — у 13. 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 11 (16,67 %) 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 (47) — благоприємні.

Із закритою травмою грудної клітки (ЗТГК) перебувало 1516 пацієнтів: чоловіків було 1433 (94,53 %), жінок — 83 (5,47 %), віком 15–87 років. Ізольована ЗТГК була у 1277 (84,23 %) хворих. Множинні переломи ребер виявлено у 1119 пацієнтів (у 439 — 39,23 % осіб — 3–4 ребра); переломи грудини — у 14; двобічні переломи ребер з флотацією — у 29; пневмоторакс — у 357 (напружений — у 89); пневмогемоторакс — у 379; гемоторакс — у 453 (двобічний — у 40).

Поєднана травма грудної клітки виявлена у 269 (15,77 %) пацієнтів: з закритою черепно-мозковою травмою(ЗЧМТ) — у 57, в тому числі у 2 з травматичною асфіксією; з розривом лівого склепіння діафрагми — у 16, правого — у 7; перикарду — в 1; селезінки — у 9; печінки — у 2; з переломами ключиці — у 14, лопатки — у 3, кінцівок — у 14.

Хірургічне лікування проведено 1481 (97,69 %) хворим, на фоні протишокової терапії в 778 (52,53 %)

випадках: дренивання плевральної порожнини — у 802 (54,16 %) пацієнтів, в тому числі, межистіння — у 67, м'яких тканин грудної стінки і шиї — у 260 (17,58 %); ушивання груднини — у 7; екстраплевральна фіксація флотації грудної стінки спицями та шинами — у 10; торакаскопія — у 296 (20,0 %), в тому числі з видаленням згорнутого гемотораксу — у 110, VATS з видаленням згорнутого гемотораксу — 26 (1,77 %). Торакотомія виконана у 79 (5,35 %) випадках: видалення згорнутого гемотораксу, декортикація легені — у 53, в тому числі резекція частки легені — у 2; ушивання розривів діафрагми — у 25; перикарду — у 1. Лапаротомія проведена у 11 (0,75 %) випадках: спленектомія — у 7, ушивання печінки — у 2, і селезінки — у 2. Не оперовано 135 хворих із ЗТГК (у 122 виконано дренивання 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 19 (1,25 %) осіб виявлено різні форми туберкульозу легень, які були переведені у фтизіатричні відділення центру.

Померло 10 (3,72 %) чоловіків з поєднаною ЗТГК: з них вісім — з ЧМТ після дренивання плевральної порожнини і один після спленектомії, ушивання груднини, з двобічним гемотораксом, травматичною асфіксією, від поліорганної 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 14,04 % (8 осіб з 57). Середній ліжкодень при ізольованій ЗТГК був 18,1 дня, а при поєднаній — 26,3 дня.

Віддалені результати у 826 пацієнтів, які перенесли ЗТГК, від 1 до 5 років блаоприємні.

Висновки

1. Термінальний стан хворого при підозрі на поранення серця є показом до реанімаційної торакотомії. Найчастішими причинами смерті при пораненнях серця були запізніле 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.