

Проф. Гетьман В.Г – Головний позаштатний торакальний хірург МОЗ України.

Проф. Макаров А.В. – Президент асоціації торакальних хірургів України.

Проф. Сокур П.П – Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з дитячої пульмонології та торакальної хірургії (1998-2010рр.).

Проф. Багіров М.М. – член Європейської асоціації пульмонологів, Європейської асоціації кардіоторакальних хірургів.

Викладачі кафедри постійно надають допомогу органам МОЗ України шляхом проведення науково-практичних конференцій. Надання консультативної та лікувальної допомоги, в тому числі, по лінії Республіканської санітарної авіації.

Більш за все хочеться відмітити роботу колективу клініки з надання медичної допомоги потерпілим на Майдані. При цьому неможливо виділити когось окремо – весь колектив клініки працював, як один, добре відлагоджений механізм, не дивлячись на втому, недосипання, безкінечний потік ранених і операцій. Особливо це проявилось під час масових розстрілів мітингуючих у Києві 18 і 20 лютого 2014 року, за що весь колектив клініки відмічений МАЙДАНІВЦЯМИ, Пам'ятним Знаком – обеліском «АНГЕЛАМ В БІЛИХ ХАЛАТАХ».

УДК 617.54-089:616.132

© В.Н.ГОНЧАРУК, О.М.ГАГАЛОВСЬКИЙ, 2015

В.Н.Гончарук, О.М.Гагаловський

РОЗРИВИ АОРТИ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Волинська обласна клінічна лікарня,

Луцька міська клінічна лікарня

Резюме. Наведено результати лікування двох хворих з розривом аорти при закритій травмі грудної клітки. Врахування механізму травми (падіння з висоти, автоаварії), використання СКТ ОГК з контрастуванням, ехокардіоскопії, аортографії допомагають поставити правильний діагноз. Хірургічне лікування в гострому періоді травми тільки при продовженні кровотечі і в спеціалізованому відділенні, де є апарат АШК. Відтермінування оперативного втручання до сформування аневризми і протезування аорти дають кращий результат.

Ключові слова: закрыта травма грудной клетки, разрыв аорты, диагностика, лечебная тактика.

Вступ. Пошкодження аорти при закритій травмі грудної клітки відносяться до категорії надзвичайно важких, дають високу летальність, трудно діагностуються. Найчастіше вони трапляються при падінні з висоти або автокатастрофах. Як правило, в таких випадках є політравма.

По даних, які наводять Л.Л.Сітар і В.І.Кравченко та інші автори, дана патологія складає 1 випадок на 20-25 тис. населення. 85-90% травмованих гине на місці пригоди, ще 3-5% протягом 6 год., 6-7% протягом 2-х тижнів, 5-9% протягом 4 міс. і лише у 2-5% формується посттравматична псевдо аневризми, від якої через 5 років помирає 54% потерпілих. В 70% випадків дана патологія не була діагностовано прижиттєво. Наводимо два спостереження розриву аорти, які були в нашій практиці.

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Випадок I.

Хворий Х. 26 років, 13.10.2007 р. в 14:00 був збитий автомобілем, доставлений в реанімаційне відділення обласної лікарні зі скаргами на болі в грудній клітці, головні болі, задишку, слабкість, болі в ділянці нижньої щелепи. При поступленні АТ 90/60 мм/рт.ст., пульс 110 уд./хв. На рентгенограмі ОГК відмічається розширення тіні верхнього середостіння, зниження прозорості лівої легені, яке розцінено як забій легені. Кісткових пошкоджень не виявлено. Зроблена КТ голови – патологічних змін зі сторони головного мозку не виявлено. Діагностовано лише перелом нижньої щелепи в ділянці кута справа. УЗД черевної порожнини - патологічних змін не виявлено. Ан. крові: ер. 4,4*10¹², Нb-136 г/л, лейкоц. 32,3*10⁹, ШОЕ 2мм/год. Виставлено діагноз: закрита травма грудної клітки: забій лівої легені, гематома середостіння. Струс головного мозку. Перелом нижньої щелепи, забій тулуба, кінцівок.

Через 6 год. у хворого наростає задишка, зроблена повторна рентгенографія ОГК. Відмічається поява повітря в правій плевральній порожнині, права легеня колабована на ¼ об'єму. Дренована права плевральна порожнина, при кашлі вийшло повітря і надалі інтенсивність виділення незначна.

15.10.2007 р. АКТ грудної клітки (без контрастування): відмічається підшкірна емфізема латерально, справа. Помірна посттравматична плевропневмонія справа. Тінь середостіння розширена (гематома). Середостіння зміщене вправо, виражений гемоторакс зліва. Враховуючи рентгенологічні зміни, відсутність кісткових пошкоджень, розширення тіні середостіння, великий гемоторакс зліва, виникла підозра на пошкодження аорти. Пацієнтові призначений ліжковий режим, АТ утримувався в межах 100-110 мм/рт.ст. Двічі проводилась ехокардіоскопія, але даних за пошкодження серця чи аорти не виявлено. Дренування лівої плевральної порожнини відтерміновано і дренаж поставлено 17.10.2007 р. Виділилось 1300 мл старої крові. На контрольній рентгенограмі ОГК 18.10. права легеня розправлена, в плевральній порожнині дренажна трубка. Зліва легеня без особливостей, тут же дренажна трубка. Середостіння помірно розширене на рівні дуги аорти. Стан хворого задовільний. Дренажі забрано через 3 дні. Виписаний 30.10.2007р.

При контрольному огляді через місяць стан задовільний, зроблена контрольна рентгенографія ОГК-легеневі поля без свіжих вогнищевих і інфільтративних змін, на рівні дуги аорти невелика трикутна тінь. Вирішено провести аортографію. 13.12.2007р. аортографія - діагностована аневризма аорти нижче відходження лівої підключичної артерії. В лютому 2008 року хворий успішно прооперований в Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова. Проведено протезування аорти протезом Gore-Tex (проф. Л.Л.Ситар). Пацієнт періодично спостерігається, веде нормальний спосіб життя їздить на автомобілі.

Випадок II.

Хворий Л. 47 р., поступив 27.10.2014р. в 16:50 в реанімаційне відділення Луцької міської лікарні після ДТП. Отримав рульову травму. Обстежений. На КТ головного мозку щільність мозкової рідини в межах норми, шлуночки не розширені, симетричні. Дислокації немає. СКТ ОГК (без контрастування) - аорта на рівні дуги чітко не контурується, пара аортальна гематома з поширенням на верхнє середостіння та плевральну порожнину зліва. Перелом рукоятки груднини. Даних за перелом ребер та хребців не виявлено. Органи черевної порожнини без особливостей.

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

27.10.2014 р. в 19:00 СКТ ОГК (з контрастуванням): на межі дуги та низхідного відділу аорти відмічається нерівність контурів і запливи контрасту за межі просвіту аорти (розрив). Навколо згустки крові. Крім того, діагностовано перелоמו-вивих в правому променево-зап'ястному суглобі. Консультований нейрохірургом. Діагноз: ЗЧМТ, струс головного мозку. Гемодинаміка: АТ 65/40 мм/рт.ст., пульс 120 уд./хв., ЧД 36 за 1хв. Хворий переведений на ШВЛ. Інфузійна протишокова терапія, переливання плазми, ер. маси. Стан хворого тяжкий, але стабільний. АТ 100-105/60 мм/рт.ст.. Пульс 100 уд./хв. Після консультації по телефону з лікарями Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М.Амосова хворий 30.10. переведений в клініку.

В клініці narosли явища мозкової симптоматики, консультований нейрохірургом і переведений в інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, де прооперований з приводу субдуральної гематоми, а потім, знову переведений в клініку серцево-судинної хірургії. Через декілька днів хворому планувалось ендovasкулярне протезування аорти, але ввечері, напередодні операції хворий помер.

Аналізуючи вказані випадки можемо зробити висновок, що необхідно пам'ятати про травму аорти, особливо при падінні з висоти, ДТП. Розширення тіні середостіння вимагає комп'ютерного обстеження з контрастуванням, чи МРТ, ехокардіоскопії, аортографії.

Ведення таких хворих, по-можливості, консервативне. Не поспішати з дрениванням гемоторакса, так як він виконує роль тампонади. Утримання артеріального тиску в межах 100-110 мм/рт.ст., до сформування аневризми. По даних ряду авторів оперативне втручання в гострому періоді рідко являється ефективним, навіть в високоспеціалізованих відділеннях, де є АШК.

Нові можливості відкриває ендovasкулярне протезування аорти, але досвід при цьому невеликий.



Рис.1. Рентгенограма ОГК хворого X, 26р. при поступленні в лікарню. Розширена тінь середостіння



Рис.2. Аортографія хворого X, 26р. Чітко видно аневризму дуги аорти



Рис.3. Комп'ютерна томографія ОГК з контрастуванням хворого Л, 47р. Видно місце розриву аорти

Література

1. Абакумов М.М Множественные и сочетанные ранения шеи, груди, живота. – Москва: изд-во Бином, 2013. - С. 204-210.
2. Глумчер Ф.С., П.Д.Фомин, Е.Г.Педаченко, В.Г.Гетьман, Г.Г.Рощин Политравма. - Киев: ВСИ «Медицина», 2012. - С. 202-211.
3. Кравченко В.І. Хірургічне лікування посттравматичних аневризм грудної аорти: автореф. дис... канд. мед. наук. – Київ, 2011. – 23 с.
4. Ситар Л.Л. Багаторічний досвід хірургічного лікування хворих з травматичною аневризмою грудної аорти. // Ж. Серце і судини. – 2008. - №1. - С.46-48.

В.Н.Гончарук, О.М.Гагаловский

Разрывы аорты при закрытой травме грудной клетки

**Волынская областная клиническая больница,
Луцкая городская клиническая больница**

Резюме. Наведены результаты лечения двух больных с разрывом аорты при закрытой травме грудной клетки. Учет механизма травмы: падение с высоты, авто авария. Использование спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки с контрастированием, эхокардиоскопии, аортографии позволяют установить правильный диагноз. Хирургическое лечение в остром периоде травмы только при продолжающемся кровотечении и в специализированном отделении где имеется аппарат искусственного кровообращения. Отсрочка оперативного вмешательства до формирования аневризмы и протезирование аорты дают лучший результат. Новые возможности открывает эндоваскулярное протезирование аорты.

Ключевые слова: закрытая травма грудной клетки, разрыв аорты, диагностика, лечебная тактика.

V.N. Goncharuk, O.M. Gagalovsky

Aortic rupture while closed chest trauma

Volyn Regional Clinical Hospital, Lutsk Municipal Clinical Hospital

Summary. There are shown two cases of treatment of aortic rupture by closed chest injury. The reason of injury was a fall from a height and a car accident. The use of

contrast computed tomography of the thorax, echocardiography, aortography allow us to establish the correct diagnosis. Surgical treatment at the stage of acute injury is reasonable only during continuous bleeding and in specialized hospital units equipped with heart-lung machine. Delaying surgery until the formation of aneurysms and aortic prosthesis will provide the best result. Endovascular aortic prosthesis opens us new possibilities.

Key words: closed chest injury, aortic rupture, diagnostics, disease management.

Відомості про авторів:

Гончарук Володимир Ніконович - завідувач відділення торакальної хірургії Волинської обласної клінічної лікарні.

Гагаловський Олександр Миколайович - ординатор відділення ургентної хірургії Луцької міської клінічної лікарні.

УДК 616.24-002.5-007.272-089.81

© І.В.КОРПУСЕНКО, 2015

І.В.Корпусенко

ВІДЕОАСИСТОВАНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДВОБІЧНИЙ ДЕСТРУТИВНИЙ ТУБЕРУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ»

Мета. Підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів з двосторонніми деструктивними формами туберкульозу легень шляхом використання нових міні-інвазивних способів оперативних втручань.

Матеріал і методи. У торакальному відділенні Дніпропетровського обласного комунального клінічного лікувально-профілактичного об'єднання «Фізіатрія», були вивчені історії хвороби 259 пацієнтів з двобічним деструктивним туберкульозом легень за період 2008-2013 роки. Пацієнти були розділені на дві групи: основну (129 хворих) з використанням міні-інвазивних методів хірургічного лікування, і групу порівняння (130 хворих) оперованих за загальноприйнятими методиками. Обидві групи були поділені на 3 підгрупи: радикальні міні-інвазивні двосторонні одночасні або етапні резекції легені (1), одно- або двосторонні міні-інвазивні колапсхірургічні втручання (2), хворі на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень з наявністю показань до виконання плевропневмонектомії (3). У групі порівняння також виділяли аналогічні підгрупи.

Результати. Інтраопераційні ускладнення при виконанні міні-інвазивних втручань виникли у 2 (1,6%) хворих, проти 7 (5,3%) у хворих групи порівняння. Середня післяопераційна крововтрати у хворих основної групи склала (394,2 ± 18,7) мл і була в 1,4 рази нижче середньої крововтрати у групі порівняння (550,8 ± 21,4) мл. Післяопераційні ускладнення розвинулися у 13 (10,1 ± 2,1)% хворих основної групи і у 32 (24,6%) в групі порівняння. Післяопераційна летальність склала 1 (0,8%) в основній і 7 (5,4%) у групі порівняння. В результаті виконаних операцій і подальшого лікування вдалося досягти припинення бактеріовиділення і закриття порожнин розпаду у 113 (87,5 ± 2,7%) хворих основної групи в порівнянні з 82 (63,0 ± 2,3%) у групі порівняння.

Висновок. Застосування міні-інвазивних методів хірургічного лікування хворих двобічним деструктивним туберкульозом легень дозволяє підвищити клінічну ефективність лікування в 1,4 рази, при цьому повний клінічний ефект на момент виписки відзначався у 87,5% пацієнтів основної групи.

Ключові слова: двобічний туберкульоз легень, оперативне лікування, міні-інвазивний.