

РАНЕНИЯ СЕРДЦА — ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

А.В.Белов, В.В.Васильченко, А.Н.Соколенко

Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск, Украина

Несмотря на наметившуюся тенденцию к уменьшению бытовых ранений грудной клетки, ранения сердца остаются одной из актуальных и острых проблем неотложной хирургии, сопровождающиеся высокой летальностью — до 43%.

Проведен анализ 52 случаев ранений сердца пациентов, поступивших в период с 2000 по 2010 г. в торакальное отделение 16 ГКБ Днепропетровска. Из 545 проникающих ранений грудной клетки ранения сердца составили 9,5%. Средний возраст больных составил $34,5 \pm 1,5$ года. В 44 случаях (83,7%) наблюдались проникающие ранения в полость сердца. В 9,6% случаев наблюдались огнестрельные ранения, 1 случай — сквозное ранение, в 4 — непроникающие ранения резиновыми пулями. В 6 случаях пострадавшими были женщины (11,5%), мужчины — 46 (88,5%). Рана стенки левого желудочка сердца отмечена в 31,8% наблюдений (14 больных), встречались ранения верхушки — 5 (11,4%), правого желудочка — 12 (27,2%), правого предсердия — 4 (9,0%), левого предсердия — 4 (9,0%), основания — 3 (6,8%), сквозные ранения — 2 (4,5%). По степени тяжести больных на момент госпитализации можно разделить: со средней степенью тяжести — 15 (28,8%), в тяжелом состоянии — 21 (40,4%) и крайне тяжелом — 16 (30,8%).

Диагностика ранения начиналась в приемном отделении, где основной задачей была оценка гемодинамики, локализации раны, определение шокового индекса. При состоянии больного средней тяжести или тяжелом, но стабильном состоянии выполнялась рентгенограмма. При тяжелом состоянии больного дальнейшие реанимационные и диагностические мероприятия проводились в условиях операционной. Проводилась ревизия раневого канала и пункции плевральной полости. Пункция перикарда не проводилась, так как расположение раны и тяжелое состояние больного нами рассматри-

вались как показания к оперативному лечению. Любые сомнения в диагнозе решались в пользу оперативного лечения. Интраоперационный диагноз ранения сердца был поставлен в 61,3% случаев. Большинству больных была выполнена левосторонняя переднебоковая торакотомия в IV-V межреберье, в 6 (11,5%) случаях — правосторонняя торакотомия, в 1 (1,9%) случае — стернотомия, и в 1 (1,9%) случае рана была ушита из трансдиафрагмального доступа при выполнении лапаротомии. Перикард вскрывался широко от верхушки сердца на 10-12 см. Раны ушивали узловыми швами, используя П-образный шов только вблизи коронарных сосудов, в 5 случаях были применены прокладки из перикарда. Перикард дренировался путем наложения «окна» до 1-1,5 см в задненижних отделах перикарда и редком ушивании. Дренирование полости перикарда катетерами нами не применялось. Плевральная полость дренировалась 1-2 дренажами в зависимости от сопутствующих повреждений.

Общая летальность составила 28,8%. 13 больных умерло на операционном столе из-за остановки сердца при острой кровопотери, 2 — в послеоперационном периоде в результате осложнений, связанных с ранениями брюшной полости. Послеоперационные осложнения возникли у 10 (19,2%) больных: перикардит — у 3, эмпиема плевры — у 1, пневмония — у 3, нагноение раны — у 3.

Диагностические мероприятия при подозрении на ранение сердца, что должно являться показанием к оперативному лечению, должны быть ограниченными и проходить в условиях операционной с одновременным выполнением реанимационного пособия. Выбор доступа должен учитывать расположение раны, направление раневого канала и наличие крови в плевральной полости. Успех в оказании помощи таким больным зависит от четкого взаимодействия всех служб: бригады СМП, приемного отделения и операционной бригады.