

УДК 616.25 – 072.1

© В.І. ПЕРЦОВ, Я.В. ТЄЛУШКО, О.Ю. МОРЯК, С.Г. ГУЗЬ, М.Г. ЖОВНІРЕНКО

Запорізький державний медичний університет, Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя

Оптимізація хірургічної тактики при закритій травмі грудей

V.I. PERTSOV, YA.V. TELUSHKO, O.YU. MORIAK, S.H. HUZ, M.H. ZHOVNIRENKO

Zaporizhian State Medical University, Zaporozhian City Hospital of Emergency

OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS IN CLOSED CHEST TRAUMA

Наведено аналіз лікування 77 постраждалих із закритою травмою грудей, у лікуванні яких використано торакоскопію. Деталізовано основне значення торакоскопії в діагностично-лікувальному процесі, запропоновано новий спосіб видалення великих субплевральних паракостальних гематом. Встановлено, що торакоскопичні операції є завершальним етапом хірургічного лікування у 85,7 % випадків. Перспективним напрямом подальшої роботи є розробка нових технічних методів із використанням торакоскопії.

An analysis of treatment of 77 patients with closed chest trauma in treatment are used thoracoscopy. It is detailed the basic value thoracoscopy in medical diagnostic and treatment process. A new way to remove large subpleural paracostal hematomas is described. It is found that thoracoscopic operations are the final stage of surgical treatment in 85,7 % of cases. Promising directions for future work is to develop new techniques using thoracoscopy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Метод торакоскопії відомий в хірургії з початку ХХ століття [2]. Широке застосування в останні десятиріччя торакоскопичних операцій значно розширило можливості торакальних хірургів [1, 3, 4]. Разом з тим використання їх при травмі не набуло значного поширення, а роль лишається не до кінця з'ясованою [5]. Проведення торакоскопії при травмі грудей виправдане з діагностично-лікувальною метою та для визначення подальшої тактики лікування постраждалого [6].

Мета роботи: визначити роль торакоскопії в оптимізації хірургічної тактики у постраждалих із закритою травмою грудної клітки.

Матеріали і методи. Оперативні втручання проводилися з використанням торакоскопа “Shtorz” (Німеччина) і відеоендоскопічного комплексу “Еконт” (Росія). Досліджено результати надання хірургічної допомоги 77 постраждалим із закритою травмою грудної клітки, в схемі лікування яких застосовано торакоскопію. Вік хворих коливався у межах від 17 до 80 років, чоловіків – 69 (89,6 %), жінок – 8 (10,6 %). Торакоскопичне дослідження органів плевральної порожнини використано при наявності: травматичного гемотораксу – 13 (16,9 %), пневмотораксу – 23 (29,9 %) і їх поєднання – 23 (29,9 %), згорнутого гемотораксу – 13 (16,9 %), посттравматичного плевриту – 2 (2,6 %), великої субплевраль-

ної паракостальної гематоми – 3 (3,8 %). До проти-показань віднесені: нестабільна гемодинаміка у постраждалого, гостра дихальна недостатність, збуджений стан або неадекватна поведінка пацієнта. Оперативні втручання, що використані під час торакоскопії, включали: дренажування плевральної порожнини під контролем оптики – 44 пацієнти (57,1 %), видалення гемотораксу шляхом аспірації рідкої частини та інструментального руйнування з аспірацією згустків крові, зупинкою кровотечі, що триває, – 28 хворих (36,4 %), випорожнення субплевральної паракостальної гематоми – 3 хворих (3,9 %), вивільнення легені з лінії перелому – 1 пацієнт (1,3 %), ендоскопічне ушивання розриву легені – 1 хворий (1,3 %). Аспірація рідини з плевральної порожнини під час операції проводилася за допомогою стандартного аспіратора-іригатора, для ушивання розриву легені використано безперервний або вузловий шов поліпропіленовою ниткою на атравматичній голці, для зупинки кровотечі застосовано стандартний електрокоагулятор та кліпси. Видалення великих паракостальних субплевральних гематом проведено за власною методикою згідно з Патентом на корисну модель “Спосіб хірургічного лікування великих паракостальних субплевральних гематом” №22133 від 10.04.2007. Спосіб полягає у видаленні гематоми під час торакоскопії за допомогою електровідсмоктувача з робочою частиною у вигляді гнучкої силіконової трубки, керованої ендозатискачем, який про-

водять крізь інший торакопорт. У всіх випадках проводилося ретельне обстеження доступних огляду органів відповідної плевральної порожнини та її дренажування з пасивною аспірацією. З метою диференційного діагнозу для встановлення етіології плевриту виконувалася біопсія парієтальної плеври за уніпортальною методикою з наступним гістологічним дослідженням.

Результати досліджень та їх обговорення.

Торакоскопію за ургентними показаннями виконано у 72 (94,8 %) постраждалих, у 5 хворих (5,2 %), що звернулись із запізненням, відзначено згорнутий гемоторакс та посттравматичний плеврит. У перші години з моменту травми виявлялося джерело кровотечі, що потребувало її зупинки шляхом коагуляції або накладення кліпсів. Визначався характер зміщення уламків ребер у плевральну порожнину, наявність патологічної рухомості сегмента грудної стінки (флотація) при диханні, що використано для встановлення показань до металоостеосинтезу.

Відзначено характерні особливості з боку плеври під час огляду. Плевра в перші 3 доби з моменту травми блискуча, прозора, добре помітні субплевральні структури як на грудній стінці, так і в легені, пізніше, при розвитку запального процесу, прозорість знижується до біло-матового відтінку. Розриви парієтальної плеври прямували в краніально-каудальному напрямку по лінії переломів ребер. Протяжність субплевральних гематом у зоні переломів ребер залежить від калібру пошкоджених судин і кількості переломів. При травматичному пневмотораксі стан парієтальної плеври не відрізнявся від такого в нормі: зберігалася прозорість, поверхня блискуча. На поверхні легені в місці пошкодження уламками ребер наявні субплевральні гематоми, дрібні садна і розриви паренхіми з надходженням повітря, рідше – легеня фіксована в лінії переломів. У деяких випадках причина пневмотораксу – розриви бул при бульозній емфіземі без пошкодження кісткового каркасу. Травматичний гемопневмоторакс мав такі ж самі морфологічні зміни в різному їх поєднанні.

Дренажування плевральної порожнини під час торакоскопії має безперечні переваги перед звичайним торакоцентезом за рахунок оптимального розташування трубки в порожнині та достовірного встановлення причин наявних ускладнень. Згорнутий гемоторакс характерний для хворих із гемотораксом більше 500 мл. Видалення тільки великих згустків не вирішує проблеми, тому що легеня залишається міцно фіксованою до грудної стінки з формуванням залишкової порожнини, що спонукає до виконання декортикації. Із 13 постраждалих для повного видалення згорнутого гемотораксу та декортикації легені у 6 хворих (46,2 %) проведено конверсію в торакотомію, в решті випадків декортикація була технічно можливою шляхом торакоскопії. Подальша тактика лікування хворих визначалася на підставі клінічного та рентгенологічного дослідження, за результатами торакоскопії. Якщо об'єм допомоги при торакоскопії був достатнім (повне видалення гемотораксу, спороження субплевральної гематоми, відсутність значних розривів і бул, вивільнення легені з лінії переломів), призначалася консервативна терапія. Торакоскопія, як завершальний етап хірургічного лікування, використана у 66 хворих (85,7 % випадків). В 11 постраждалих (14,3 %) торакоскопічне обстеження скорегувало план хірургічної операції та деталізувало показання до торакотомії та металоостеосинтезу ребер. Безпосередніх ускладнень, пов'язаних із торакоскопією, не відзначено. Летальних випадків не було.

Висновки. Візуальне обстеження плевральної порожнини при закритій травмі грудей дозволяє достовірно встановити причину патологічних змін і провести їх адекватну корекцію, визначити подальшу хірургічну тактику, віддаючи перевагу малоінвазивним методам. Торакоскопія для більшості потерпілих (85,7 % випадків) є достатньою за обсягом, безпечним та малотравматичним хірургічним втручанням, що дозволяє покращити результати лікування. Перспективним напрямом подальшої роботи є розробка нових технічних методів із використанням торакоскопії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абакумов М.М. Торакоскопія в ліценні внутріплеврального кровотечення при раненнях судин грудної стінки / М.М. Абакумов, О.В. Воскресенський, К.Г. Жестков // *Хірургія*. – 2007. – № 2. – С. 4–9.
2. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопія / В.Г. Гетьман. – К.: “Здоров’я”, 1995. – 208 с.
3. Федоров І.В. Эндокопическая хірургія / І.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. – М., 1998. – 352 с.
4. Черноусов А.Ф. Хірургія пищевода / А.Ф. Черноусов,

- П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М., 2000. – 352 с.
5. Шипулин П.П. Применение торакоскопических операций при ліценні травматических повреждений груди (обзор литературы) / П.П. Шипулин, В.А. Мартынюк, В.В. Сажиенко // *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. – 2003. – № 2. – С. 11–15.
6. Newhguse M.T. Thoracoscopy: diagnostic and therapeutic indications / M.T. Newhguse // *Pneumologie*. – 1989. – Bd. 43, № 2. – P. 48–52.

Отримано 16.08.10