ОПЕРАЦІЯ, ЯКА ПОПЕРЕДНЬО НЕ БУЛА ОБУМОВЛЕНА БУТИ НАДТО СКЛАДНОЮ (ВИПАДОК З ХІРУРГІЧНОЇ ПРАКТИКИ)

Кузьмін В.Ю., Кириляк С.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Резюме. Акцентовано увагу на адекватній вибір лікувально-діагностичної тактики при наданні медичної допомоги постраждалим з локалізацією рани в області серця, складність діагностики, невідповідність вхідного отвору об'єму цього пошкодження та об'єму оперативного втручання.

Ключові слова: вогнепальне поранення, локалізація рани, первина хірургічна обробка рани.

ОПЕРАЦИЯ, КОТОРАЯ ИЗНАЧАЛЬНО НЕ ДОЛЖНА БЫЛА БЫТЬ ДОСТАТОЧНО СЛОЖНОЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Кузьмин В.Ю., Кириляк С.В.

Резюме. Акцентировано внимание на адекватный выбор лечебно-диагностической тактики при оказании медицинской помощи пострадавшим с локализацией раны в области сердца, сложности диагностики, несоответствие входного отверстия объёму повреждения и объёму оперативного вмешательства.

Ключевые слова: огнестрельное ранение, локализация раны, первична хирургическая обработка.

OPERATION WHICH WAS NOT TO BE ENOUGH DIFFICULT (A CASE OF SURGICAL PRACTICE)

Kuzmin V., Kyrylyak S.

Summary: By focusing on an appropriate choice of therapeutic and diagnostic tactics in providing medical assistance to the localization of the wounds of the heart, difficulty of diagnosis, inconsistency inlet volume of damage and volume of surgical intervention.

Key words: shot, localization of the wound, primary surgical treatment.

Вступ. Не зважаючи на більш, ніж вікову історію, пов'язану з питаннями оперативного лікування постраждалих з пораненням серця, - ці питання

залишаються одними з найскладніших в невідкладної хірургії сьогодення [1, 2]. Водночас, якщо питання пов’язані з оперативною тактикою при пораненнях серця для хірургів є зрозумілими, то пошук ефективних методів діагностики пошкоджень серця та перикарда продовжується і надалі [4]. Це, насамперед, пов’язано з особливістю клінічної картини, яка спостерігається у даної категорії постраждалих, яка складається з швидко зростаючих ознак внутрішньої кровотечі, тампонади серця та шоку [3]. Однак іноді, лише зовнішня рана достеменно вказує на можливе поранення серця.

В наукової медичної літературі дуже чітко висвітлені основні ознаки, які дозволяють з високою долею вірогідності припустити пошкодження серця та перикарду у постраждалого. До них відносяться:

- локалізація рани в зоні Грекова (зверху – II ребро; знизу – ліве підребір’е та regio epigastricus; ліворуч – l. axillaris media; праворуч – l. parasternalis);

- тріада Бека (зниження артеріального тиску, швидке та значне підвищення центрального венозного тиску, відсутність пульсації серця при рентгеноскопії грудної клітки).

Водночас не тільки зовнішні ознаки дозволять запідозрити пошкодження серця у постраждалого. Для уточнення діагнозу у постраждалих зі сумнівною симптоматикою та стабільною гемодинамікою виконується рентгенологічне дослідження грудної клітини, ехо- та електрокардіографія. Так збільшення тіні серця, її кулеподібна форма та зваженість дуг по її контурам – є одними з переконливих рентгенологічних ознак поранення серця; розходження листків перикарду (наявність ехонегативного простору більше 4-5 мм) або наявність у порожнині перикарду крові - вважається достовірними ехокардіографічними ознаками; зниження вольтажу зубців зміщення інтервалу S – T від ізоелектричної лінії та згладження або інверсія зубця Т на електрокардіограмі свідчать про пошкодження коронарних артерій та тампонаду серця.

Однак, не зважаючи на те, що є достатня кількість допоміжних методів дослідження, яки дозволяють встановити цій загрозливий діагноз, але важливу

роль, при наданні медичної допомоги постраждалим з пошкодженням серця, відведено саме адекватному вибору лікувально-діагностичної тактики [2, 4, 5].

Мета дослідження. Акцентувати увагу на необхідність адекватного вибору лікувально-діагностичної тактики при наданні медичної допомоги постраждалим з локалізацією рани в області серця, звернути увагу на складність діагностики пошкодження серця незважаючи на наявність необхідної діагностичної апаратури, та невідповідність вхідного отвору об'єму цього пошкодження та об'єму оперативного втручання на прикладі власного випадку з хірургічної практики.

Матеріали і методи дослідження. До уваги пропонується випадок з хірургічної практики лікування постраждалої з вогнепальним пораненням грудної клітки, складність операції у котрої, попередньо не була обумовлена бути надто складною.

Результати дослідження та їх обговорення. Постраждала Ч. (медична карта стаціонарного хворого №38367), 34 років була доставлена в ургентному порядку бригадой ШМД 3.12.2004 р. з вогнепальним пораненням грудної клітини зліва. Зі слів постраждалої, - поранення було нанесено вогнепальною зброєю з відстані 1-1,5 м.

На момент огляду скаржиться на біль в лівій частині грудної клітини, яка посилюється під час глибокого дихання та незначного фізичного навантаження.

У приймальному відділенні постраждалій проведене наступне клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження:

Об'єктивно: артеріальний тиск 95/60 мм.рт.ст. (при робочому тиску 100-110/70 мм.рт.ст.), пульс 86 уд. за 1 хв. задовільного наповнення, ритмічний.

Аускультативно: дихання справа без особливості, зліва – жорстке, значно послаблене. При пальпації грудної клітини відзначається посилення болю в передньо-задньому напрямку.

При огляді: рана d ≈ 0,5–0,7 см, знаходиться в III міжреберному просторі на 1,5–1,7 см ззовні від l. mediaclavicularis sinistra, слабо кровоточить.

Рентгенографія органів грудної клітини (оглядова): костно-травматичної патології немає, легені прозорі, розправлені, синуси вільні, в ділянці проекції тіні серця визначається рентген-контрастнє стороннє тіло (рис. 1).

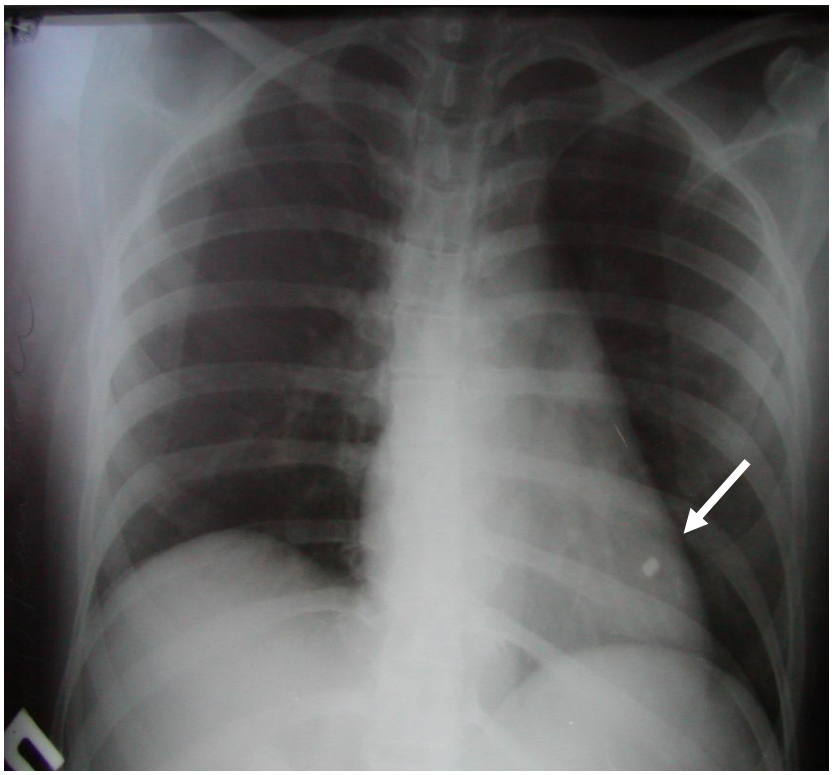

Рисунок 1. Стороннє тіло в проекції серця.

Аналіз крові на етанол № 13859 – 0,65 ‰.

Загальний аналіз крові: Er – 5,4x10^{12} г/л, Hb – 96 г/л, L - 4,0x10^{9} г/л.

Біохімічний аналіз крові: білок – 67 г/л, загальний білірубін – 35,8 мкммоль/л, АлАТ – 0,56 ммоль/ч.л, АсАТ - 0,50 ммоль/ч.л, α - амілаза крові – 33,6 г/г.л., сечовина – 5,3 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбіновий індекс – 105%, активний час рекальцифікації – 52 с, фібриноген – 2,42 г/л, продукти деградації фібрину – 11.

На електрокардіограмі визначається порушення реполяризації сегменту V_2-V_4 (при проведенні кардіологічних тестів в післяопераційному періоді тропоніновий тест є негативним, МБ креатинин-фосфокіназовий тест – 150 од./л.).

В зв’язку з вищевказаними даними та враховуючи характер травми, - постраждала спрямована в операційну для подальшого оперативного лікування –

проведення первинної хірургічної обробки (ПХО) вогнепальної рани грудної клітини.

Операція: ПХО рани грудної клітини зліва. Торакотомія. Видалення стороннього тіла з міокарду. Ушивання серця. Дренування перикарду. Дренування лівої плевральної порожнини за Бюлау.

Після обробки операційного поля двічі, під місцевою анестезією розчином новокаїну 0,5% - 80 мл. Проведено ПХО рани грудної клітини. Рана d=0,4 см знаходиться на 2,5 – 3 см від груднини на рівні III міжреберного простору. Края рани висічені. При ревізії ранового каналу визначено хід останнього: справа на ліва, з переду на зад, зверху - вниз. В операційну викликана бригада анестезіологів. При подальшій ревізії, - рановий канал по верхньому краю IV ребра проникає в плевральну порожнину. Стороннє тіло в проекції рани – не визначається. Проведено пункцію плевральної порожнини зліва – повітря або рідини не отримано.

Для деталізації місця знаходження стороннього тіла, в ділянці ранового каналу, було встановлено 4 рентген-контрастні мітки (металеві маркери – голки та ґудзикуватий зонд). Інтраопераційно було виконано рентгенографію ОГК в двох проекціях. Встановлено, що стороннє тіло знаходиться в лівої плевральної порожнині, в ділянці серця, а не в міжреберному проміжку, як передбачалось спочатку.

Проведено торакотомію зліва, під час котрої встановлено пошкодження перикарду (останній розсічено на 3,5 см. вище та 2,5 нижче від вхідної рани). Виявлено, що стороннє тіло (куля) знаходиться в міокарді (лівий шлуночок), в проекції міжшлуночкової перетинки). При видаленні кулі виникла кровотеча з дна ранового каналу. Стовбур кровотечі носив пульсуючий характер, багряного кольору. Місце кровотечі було ушито 3-мя «П» - подібними швами - кровотечу зупинено. Виконано санування серцевої сумки, її дреновано та ушито. Операцію закінчено дренуванням лівої плевральної порожнини за Петровського-Бюлау. Пошарові шви на операційну рану.

Видалене стороннє тіло (куля) мала форму «елінки», l = 1,0 см (рис. 2).

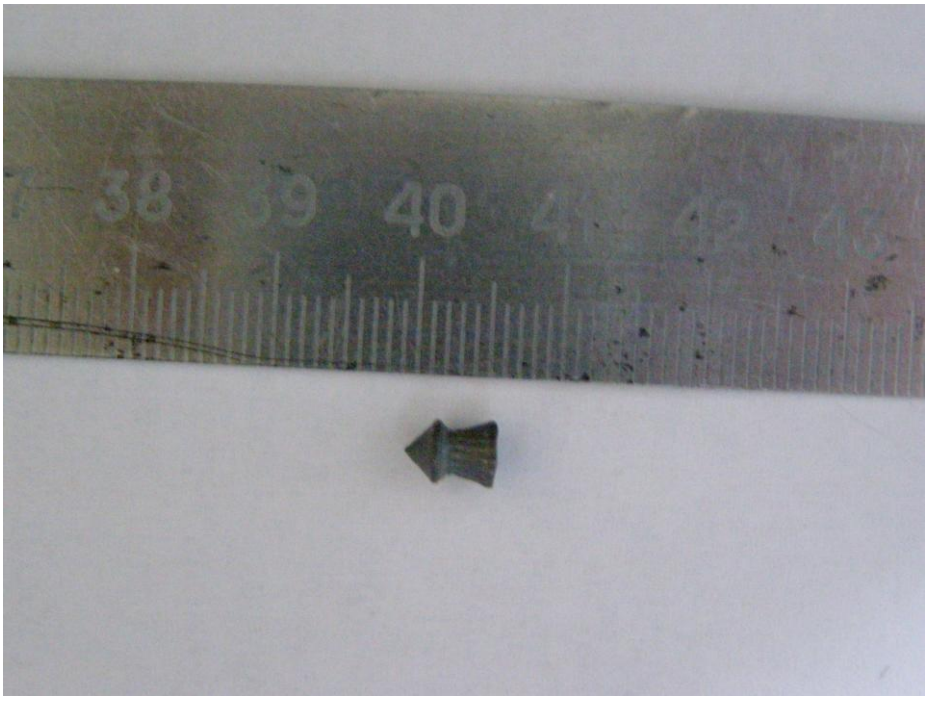

Рисунок 2. Стороннє тіло (куля) видалене з міокарду.

Під час перебування в стаціонарі, постраждала знаходилась під наглядом кардіолога; отримувала антибактеріальне лікування, протизапальну та інфузійну терапію. Дренаж з перикарду було видалено на 2 добу, з плевральної порожнини - на 3 добу після операції (після попереднього рентген-контролю).

Постраждала виписана додому для подальшого нагляду кардіолога поліклініки за місцем проживання з одужанням на 8 добу без ускладнень.

ВИСНОВКИ:

1. Даний клінічний випадок ще раз нагадує про можливу недооцінку складності оперативного втручання, що планується на ранньому госпітальному етапі лікування постраждалих, якщо обсяг обстеження обмежено.

2. Всі рани грудної клітки, яки знаходяться в зоні Грекова підлягають негайної первинної хірургічної обробці, а в разі встановлення проникаючого характеру рани - підлягають невідкладній торакотомії.

3. Для запобігання непередбаченої крововтрати (для зменшення ризику виникнення кровотечі) в подібних випадках, - потрібно перед видаленням стороннього тіла (в даному випадку - кулі, яка знаходилась в міокарді), потрібно

проводити попереднє прошивання вище та нижче місця знаходження стороннього тіла, з послідуючим видаленням останнього.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н., Кочергаев О.В. Хирургическое лечение торакоабдоминальных ранений с позиции торакального хирурга. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 1998. - № 6. - С. 43-46.

2. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди, руководство для врачей. - 2000. - 198 с.

3. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимом В.М., Шалаев С.А., Ищенко Б.И. Неотложная хирургия груди и живота. – 2002. – 510 с.

4. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Радченко Ю.А. Диагностика и лечение ранений сердца и перикарда // Хирургия. - 2001. - №1. - С.18-21.

5. Маньков А.В., Илюшенко Г.А., Портнов А.Н. Хирургическая тактика при проникающих ранениях сердца // Хирургия. - 2002. - №5. - С.34-35.