

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Пландовский А. В., Татур А. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

*Кардис В. И., Балабанова О. В., Скачко В. А., Климович А. Е.,
Гончаров А. А., Михович И. Г., Жартун С. А.*

*УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Закрытая травма груди (ЗТГ) в мирное время занимает одно из первых мест по числу летальных исходов и не имеет существен-

ной тенденции к снижению. При травматическом гемотораксе, который встречается у 25–60 % пострадавших, своевременно выполненное дренирование плевральной полости позволяет эвакуировать лизированную кровь и расправить легкое. У 2–12 % пострадавших развивается свернувшийся гемоторакс (СГ), основными факторами образования которого являются нарушения в системе свертывания крови, недостаточный гемостаз и массивное внутривнутриплевральное кровотечение. Основной причиной СГ являются повреждения сосудов грудной стенки в зоне переломов ребер и контузионные разрывы легкого. Несвоевременное устранение СГ приводит к его организации, инфицированию и фибротораксу, что ведет к увеличению сроков лечения пациентов в стационаре и длительной нетрудоспособности, а развитие плевропневмоцирроза сопровождается грубыми нарушениями функции внешнего дыхания и может приводить к инвалидизации.

Цель. Анализ результатов лечения пациентов со СГ путем применения видеоторакоскопических (ВТС) технологий в зависимости от сроков его развития.

Материалы и методы. В Минском городском центре торакальной хирургии (МГЦГХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ 10-й ГКБ г. Минска хирургии в 2011–2015 гг. находилось на лечении 2850 пациентов с закрытой травмой грудной клетки. Среди госпитализированных у 57 пациентов (2 %) диагностирован СГ, наличие которого потребовало выполнения оперативных вмешательств. Среди оперированных было 47 мужчин (82,5 %) и 10 женщин (17,5 %) в возрасте от 28 до 82 лет.

Результаты и обсуждение. Верификация СГ у пострадавших с ЗТГ предусматривала выполнение полипозиционной рентгеноскопии ОГК, УЗИ плевральной полости, оценку результатов плевральной пункции и дренирования плевральной полости, а также проведения КТ, которая является наиболее информативным методом его диагностики и выбора оптимальной лечебной тактики. Лечебная тактика при СГ зависела от его объема, времени существования, тяжести общего состояния пациента. Традиционными способами ликвидации малого СГ являются пункция или дренирование плевральной полости, антибактериальная терапия, введение протолитических ферментов, лазеромагнитотерапия. Мы убедились в малой эффективности применения, как пункционного лечения средних и больших СГ с применением фибринолитиков, так и традиционного дренирования плевральной полости, которые в 50 % случаев заканчивались инфицированием и развитием эмпиемы. Радикальным методом лечения СГ до 2006 г. в МГЦГХ являлась его ликвидация из широкого торакотомного доступа, которая из-за своей травматичности, особенно у пожилых и ослабленных больных, и сегодня нами выполняется только в виде конверсии.

С 2006 г. методом выбора в лечении СГ в нашем центре является малоинвазивная ВТС-санация плевральной полости с расправлением легкого в ранние сроки после травмы. После выполнения раздельной интубации легких под ВТС-контролем производим удаление жидкой части крови электроотсосом, фрагментируем сгустки крови и аспи-

рируем их. Фибринозные наложения на плевре и легких удаляем тупферами и зажимами. После пневмолиза проводим степлерное или ручное ушивание имеющихся разрывов легкого с достижением аэростаза. Свободнолежащие осколки и острые края отломков ребер, выступающие в полость плевры, резизируем. Наводим окончательный гемостаз. После реэкспансии легкого проводим пробу на аэростаз. Плевральную полость промываем растворами антисептиков и дренируем двумя дренажными трубками через наложенные видеопорты. В послеоперационном периоде проводим активную аспирацию. Дренажи удаляем на 3–5 сутки после операции. Подобные оперативные вмешательства с хорошим эффектом нами выполнены у 47 пациентов через 3–7 суток после травмы (82,5 %). У одного пациента при невозможности проведения однологочной интубации выполнили видеоторакоскопическую санацию плевральной полости из миниторакотомного доступа длиной 4–5 см (1,7 %). У 9 пациентов (15,8 %) при развитии организации СГ с плотной фиксацией обширных плевральных наложений, их локализации у корня легкого в сроки 8–30 суток после травмы выполнить ВТС-коррекцию СГ не удалось. У них была проведена конверсия на торакотомию с выполнением декорткации легкого и плеврэктомии. Применение дифференцированной тактики лечения СГ с применением ВТС-технологий позволило избежать у пациентов развития гнойно-септических легочно-плевральных осложнений и летальных исходов.

Выводы. Лечебная тактика при СГ должна быть персонафицированной. В ранних сроках (3-7 сутки) развития среднего и большого СГ оптимально применение ВТС-фрагментации и аспирации сгустков крови, санации и дренирования плевральной полости. Показанием к конверсии ВТС на торакотомию у 15,8 % пациентов является необходимость выполнения декорткации легкого и плеврэктомии при поздних сроках их поступления.