

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

*Пландовский А.В.¹, Татур А.А.¹, Скачко В.А.¹, Протасевич А.И.¹, Кардис В.И.²,
Балабанова О.В.², Климович А.Е.², Гончаров А.А.², Михович И.Г.², Жартун С.А.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «10-я городская клиническая больница»², Минск*

Введение. Закрытая травма груди (ЗТГ) в мирное время занимает одно из первых мест по числу летальных исходов и не имеет существенной тенденции к снижению. При травматическом гемотораксе, который встречается у 25–60 % пострадавших, своевременно выполненное дренирование плевральной полости позволяет эвакуировать гемолизат и достигнуть расправления легкого. У 2–12 % пострадавших развивается свернувшийся гемоторакс (СГ), основными факторами образования которого являются массивное внутриплевральное кровотечение и нарушения в системе свертывания крови. Несвоевременное устранение СГ приводит к его организации с развитием фиброторакса или инфицированию с исходом в эмпиему плевры, что ведет к увеличению сроков стационарного лечения пациентов, продолжительности нетрудоспособности и частоты инвалидизации.

Цель. Анализ результатов диагностики и лечения пациентов с СГ с применением видеоторакоскопических (ВТС) технологий.

Методы исследования. В Минском городском центре торакальной хирургии (МГЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ 10-й ГКБ г. Минска в 2011–2019 гг. находилось на лечении 4888 пострадавших с закрытой травмой грудной клетки, из которых у 114 (2,3%) клинико-КТ-рентгенологически диагностирован СГ. ВТС-оперативное лечение проведено у 97 мужчин (82,5 %) и 17 женщин (17,5 %) в возрасте от 25 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 рутинным и

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

наиболее информативным методом его диагностики и выбора персонифицированной лечебной тактики. Лечебная тактика при СГ зависела от его объема, давности развития, возраста и тяжести общего состояния пациента, обусловленного травмой и коморбидной патологией. Традиционными способами ликвидации малого СГ являются пункция или дренирование плевральной полости, антибактериальная терапия, введение протеолитических ферментов, ФТЛ. Мы убедились в малой эффективности применения, как пункционного лечения средних и больших СГ с применением фибринолитиков, так и активного дренирования плевральной полости, которые в 50 % случаев заканчивались инфицированием и развитием эмпиемы. Радикальным методом лечения СГ до 2006 г. в МГЦТХ являлась его ликвидация из широкого травматического торакотомного доступа. В настоящее время торакотомия в центре выполняется по строгим показаниям только в виде конверсии. С 2006 г. методом выбора в лечении СГ является применение ВТС-технологий оптимально на 3-7 сутки после травмы. После выполнения раздельной интубации легких под ВТС-контролем производим аспирацию гемолизата, фрагментацию и удаление сгустков крови и фибриновых наложений на плевре и легких. При наличии разрывов легких проводим их ручное ушивание или степлерную резекцию с достижением гемо-, аэростаза. Острые края отломков ребер, выступающие в полость плевры, резцируем и выполняем остеосинтез при помощи иглы Берси. После реэкспансии легкого, выполнения пробы на аэростаз и санации плевральной полости проводим ее дренирование через наложенные торакопорты двумя трубками и налаживаем активную аспирацию. Дренажи удаляем на 3–5 сутки после операции. У 83,4 % пациентов ВТС выполнена через 3–14 суток после травмы. У 4 пациентов выполнили ВТС-ассистированное вмешательство из миниторакотомного (4–5 см) доступа (3,5 %). У 13,1 % пациентов в сроки от 8 до 34 суток после травмы вследствие массивной организации СГ или его прикорневой локализации выполнить ВТС-коррекцию не удалось и была проведена конверсия на торакотомию с проведением открытой декорткации легкого и плеврэктомии. Применение дифференцированной тактики лечения СГ с применением ВТС-технологий позволило избежать у пациентов развития больших гнойно-септических легочно-плевральных осложнений и летальных исходов.

Выводы. 1) Лечебная тактика при СГ должна быть строго персонифицированной; 2) В ранних сроках (3-7 сутки) развития среднего и большого СГ оптимально применение ВТС-фрагментации и аспирации сгустков крови, санации и дренирования плевральной полости; 3) Показанием к конверсии ВТС на торакотомию у 13,1 % пациентов является необходимость выполнения декорткации легкого и плеврэктомии при поздних сроках диагностики СГ и направления пострадавших в МГЦТХ.