

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

Татур А. А., Пландовский А. В.

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

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

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

Введение. Ранения сердца и перикарда относятся к категории жизненно опасных повреждений, которые в мирное время встречаются у 10–15 % пострадавших с проникающими ранениями грудной клетки

(ПРГК) и сопровождаются высокой летальностью на всех этапах оказания медицинской помощи.

Цель. Анализ 27-летнего опыта лечения 310 пострадавших с ранениями сердца и перикарда в условиях специализированного стационара.

Материал и методы. В Минском городском центре торакальной хирургии (МГЦТХ) на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 1989–2015 гг. находились на лечении 2784 пострадавших с ПРГК, у 310 из которых были диагностированы ранения сердца или перикарда (11,1 %). За весь период нашей работы 307 пациентов (99 %) были оперированы из торакотомного доступа, 20, в основном дежурными, хирургами с различным опытом и квалификацией. У одного пациента с касательным ранением правого желудочка и гемоперикардом была эффективна субкисфоидальная перикардиотомия, у двух с дробовыми ранениями сердца без гемоперикарда проведено консервативное лечение.

Результаты и обсуждение. Превалировали (98 %) колото-резаные ПРГК. Наличие раны в «опасной зоне» Грекова, нестабильная гемодинамика вследствие внутриплеврального кровотечения и тампонады сердца явились показанием к экстренному оперативному вмешательству у 95 % оперированных пациентов. При наличии терминального состояния или тяжелого шока пострадавшие, минуя приемный покой, сразу доставлялись в подготовленную к работе операционную в сопровождении реаниматолога и дежурного хирурга. У 5 % пациентов со стабильной гемодинамикой диагноз был верифицирован при ЭХО-кардиографии (ЭХОЭКГ) и диагностической видеоторакокопии (ВТС). Диагностическую пункцию перикарда считаем нерациональной и опасной методикой. Она оправдана с декомпрессивной целью только при явной тампонаде сердца (триада Бека, данные ЭХО-КГ) в случае невозможности выполнить экстренную торакотомию, что в нашей практике было лишь однажды. Оптимальным операционным доступом считаем переднебоковую торакотомию в IV или V межреберье, которая у 90 % оперированных была выполнена слева. Правосторонний доступ оправдан при ранении правого гемиторакса в «опасной зоне» и профузном внутриплевральном кровотечении, поскольку источником его кроме раны сердца могут быть крупные сосуды грудной стенки, средостения или легкого. Передне-боковой торакотомный доступ позволяет: 1) провести его быстрое расширение путем пересечения хрящевых отрезков выше- и нижележащих ребер; 2) выполнить одновременную лапаротомию при торакоабдоминальном ранении; 3) быстро обнажить всю переднюю поверхность сердца, корень легкого, легочной ствол и восходящую аорту; 4) провести поперечную стернотомию и выполнить чрездвуплевральный доступ; 5) при сочетанных ранениях шеи быстро приступить к цервикотомии. Положение пациента на спине с приподнятым боком облегчает выполнение анестезиологического пособия, которое при терминальном состоянии проводили параллельно с «реанимационной» торакотомией. Перикардиотомию выполняли максимально широко в продольном направлении впереди от диафрагмального нерва. У 80 % раненых при проникающем ранении в камеру сердца после удаления сгустков крови кровотечение остано-

ливали прижатием раны большим пальцем. При асистолии проводили комплекс кардиореанимационных мероприятий после кардиорафии. Кровь из плевральной полости реинфузировали. Раны сердца, включая непроникающие, ушивали узловыми или П-образными швами. При больших дефектах (2–3 см) вначале по центру накладывали узловой шов, а затем – П-образные швы на углы раны. Крестообразные разрывы предсердий ушивали с использованием перикардального лоскута. При ранении ушка сердца его основание перевязывали лигатурой с обязательным наложением под ней двух П-образных швов. При наличии раны сердца в близости от как правило межжелудочковой ветви левой коронарной артерии кардиорафию выполняли путем наложения П-образного шва под ней, а при ее пересечении лигировали сосуд. После достижения надежного гемостаза в зоне кардиорафии проводили тщательную ревизию задней поверхности сердца, поскольку ранение у 9 пациентов было сквозным. Перикардотомную рану ушивали редкими швами с выполнением фенестрации перикарда, к которой подвели базальную дренажную трубку. Если в 1989–2002 гг. было оперировано 176 пострадавших с летальностью 12,5 %, то в 2003–2015 гг. – 134 пациента с летальностью 8,9 %. Все пациенты умерли либо на операционном столе, либо в раннем послеоперационном периоде вследствие массивной кровопотери и тампонады сердца, острой сердечной недостаточности, разрыва сердца в области ушитой раны левого желудочка с перевязкой венечной артерии.

Выводы.

1. Диагностирование ранения сердца у 99 % пострадавших требует выполнения экстренной передне-боковой торакотомии, перикардотомии и кардиорафии.

2. У 5 % пациентов со стабильной гемодинамикой для верификации ранения сердца показаны ЭХО-КГ и ВТС.

3. Оптимизация оказания помощи пострадавшим с ранениями сердца в условиях МГЦХ позволила достигнуть выздоровления у 91,1 % пострадавших.