

П.Т. Жиго, Н.Д. Томнюк, А.Н. Черных, Е.А. Чихачев

ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА*Городская клиническая больница № 6 (Красноярск)***ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ результатов диагностики закрытой травмы сердца

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пострадавшие с закрытой травмой сердца

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический осмотр, электрокардиограмма (ЭКГ), сцинтиграфия миокарда, эхокардиография, холтеровское мониторирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 128 пострадавших с закрытой травмой сердца в возрасте от 3 до 84 лет. Средний возраст составил $45,3 \pm 1,5$ лет. Мужчин было 104 (81,25 %), женщин — 24 (18,75 %). Причинами травмы были: автодорожные происшествия, падения с высоты, избиение, бытовая травма, железнодорожная травма, сдавление грудной клетки, непрямой массаж сердца, взрывная травма. Наиболее частой причиной была автодорожная травма — 59 случаев (46,09 %). Умерло 62 пострадавших. Госпитальная летальность при закрытой травме сердца составила 48,43 %.

Изолированная травма груди с повреждением сердца отмечена у 32 больных (25 %), сочетанная — у 96 (75 %).

У большинства больных с закрытой травмой сердца ясная клиническая картина такого повреждения не выявляется. Особенно большие трудности возникают при тяжелой сочетанной травме, когда нередко у пострадавших отсутствует сознание, имеются дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность. На таком фоне определить клинические признаки закрытой травмы сердца достаточно сложно. Поэтому больным с подозрением на закрытую травму сердца необходимо проводить допол-

нительные методы исследования: электрокардиограмму, перфузионную сцинтиграфию миокарда, эхокардиограмму, холтеровское мониторирование.

При учетывании клинической картины и ЭКГ диагноз травмы сердца был выставлен у 78 больных (60,93 %).

Нарушение перфузии миокарда выявлены у 23 из 47 обследованных больных (48,93 %), что связано с травматическим воздействием на миокард.

У 7 из 128 травмированных (5,46 %) диагноз был выставлен после проведения эхокардиографии и холтеровского мониторирования.

У 25 больных (19,53 %) диагноз был выставлен только на аутопсии.

Следует заметить, что ни один отдельно взятый метод не позволяет абсолютно точно диагностировать закрытую травму сердца. Эта проблема еще более обостряется в системе тяжелой сочетанной травмы, при которой симптомы ушиба сердца «перекрываются» и маскируются симптомами геморрагического и травматического шока и признаками повреждений других анатомических областей. Кроме того, все обследования (сцинтиграфию миокарда, холтеровское мониторирование и т.д.) невозможно провести экстренно в первые сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика закрытой травмы сердца остается трудной задачей, особенно у больных с тяжелой сочетанной травмой тела. Необходимо максимально быстро использовать все доступные методы: электрокардиографию, эхокардиографию, перфузионную сцинтиграфию миокарда, холтеровское мониторирование. Очень важно учитывать характер травмы и проводить профилактическую терапию. Улучшение качества диагностики и лечения мы видим в создании диагностического математического алгоритма.

М.М. Олохоев, В.Е. Хитрихеев, Н.Б. Горбачев, Э.З. Гомбожапов, М.П. Николаев

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Лечение ранений сердца и перикарда остается актуальной проблемой неотложной хирургии, что объясняется увеличением частоты этого вида ранений, тяжестью повреждения и такими социальны-

ми факторами как алкоголизация населения и ухудшение криминогенной обстановки в обществе. Летальность при ранениях сердца и перикарда, по данным многих авторов составляет от 12,0 до 23,9 %.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выработать оптимальный диагностический и лечебный алгоритм при ранениях сердца и перикарда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 1988 – 2004 гг. в хирургическом отделении ГК БСМП им. В.В. Ангапова находилось на лечении 185 больных с ранениями сердца и перикарда, из них 176 мужчин и 9 женщин. В структуре всех травм грудной клетки частота ранений сердца и перикарда составила 4,8 % (табл. 1, 2).

Колото-резаные ранения (175) преобладали над огнестрельными (10). При поступлении 108 (58,4 %) больных находились в состоянии алкогольного опьянения. В течение 1 часа от момента получения травмы доставлено 109 (58,9 %) человек, позднее 2-х часов – 72 (38,9 %). В состоянии клинической смерти поступили 13 (7,0 %) пациентов. Геморрагический шок I степени отмечался в 25 (13,5 %) случаях, II степени – в 64 (34,6 %) и III степени – в 96 (51,9 %) случаях. Открытый пневмоторакс диагностировался у 27 (14,6 %) человек, гемоторакс – у 51 (27,5 %). У 25 (13,5 %) пациентов выявлены изолированные ранения перикарда, у 102 (55,1 %) – ранения левого желудочка, у 25 (13,5 %) – ранения правого желудочка, ранения миокарда, не проникающие в полости сердца в 7 (3,7 %) случаях, у 4 (2,1 %) больных – ранения перегородочной области. Торакоабдоминальные ранения были у 14 (7,5 %) больных, повреждения легкого – у 56 (30,2 %) больных.

Стоит отметить, что 14 (7,5 %) больным с остановкой сердца, проведена хирургическая реанимация, минуя приемное отделение, без анестезии и обработки операционного поля. 38 (20,5 %) больным проводился прямой массаж сердца. Оперативным доступом в наблюдаемых случаях была переднебоковая торакотомия в V – VI межреберье, выполненная в 12 (6,5 %) случаях справа и в 173 (93,5 %) случаях слева. Перикардотомия производилась параллельно диафрагмальному нерву. Ушивание ран сердца производилось узловыми или П-образными швами через всю толщу миокарда с учетом расположения коронарных сосудов. В 6 случаях использовались протекторы (аутотрансплантат перикарда) для профилактики прорезывания швов.

Обязательно проводился ЭКГ-мониторинг, особенно в момент затягивания наложенных швов, для исключения повреждения проводящей системы сердца. При нарушении сердечного ритма немедленно снимали ранее наложенные швы и ушивали рану заново.

Интраоперационная реинфузия крови выполнена у 102 (55,1 %) больных. Перикард ушивался редкими швами с наложением задней контрапертуры. После снятия ранорасширителя проводился тщательный осмотр операционной раны у грудины для исключения повреждения межреберной артерии. Плевральная полость дренировалась в VIII межреберье ПХВ-трубкой диаметром не менее 1,0 см с последующей активной аспирацией.

В послеоперационном периоде в первые сутки выполнена реторакотомия 8 (4,3 %) больным из-за продолжающегося внутриплеврального кровотечения. У 9 (4,8 %) больных диагностирован перикардит, у 7 (3,7 %) – эмпиема плевры, у 18 (9,7 %) – пневмония.

На операционном столе умерло 9 (4,9 %) больных из-за тяжести повреждения внутрисердечных структур, декомпенсированного геморрагического шока, полиорганной недостаточности. Всего умерло 25 (13,5 %) больных.

Послеоперационная интенсивная терапия проводилась в условиях реанимации, включая постоянный ЭКГ-контроль, рентгенографию грудной клетки 1 – 2 раза в первые двое суток, в последующие 3 – 4 сутки – 1 раз. Антикоагулянты не назначались из-за опасности вторичного кровотечения.

Таким образом, ухудшение социального статуса населения, криминогенная обстановка создают предпосылки для увеличения числа ранений сердца и перикарда. Успех в лечении ранений сердца и перикарда зависит от адекватной медицинской помощи на догоспитальном этапе, как можно ранней доставки раненого в стационар, выполнения неотложной торакотомии, при тампонаде сердца – минимизации объема диагностических мероприятий, а в некоторых случаях и отказа от их проведения. Немаловажную, а порой решающую роль играет квалификация хирурга и анестезиолога.

Таблица 1

Количество ранений сердца и перикарда за 1988–2004 гг.

Год	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Число случаев	2	11	6	9	11	11	12	20	17	13	8	13	10	4	20	11	7

Таблица 2

Количество ранений сердца и перикарда по возрастным группам

Возраст	16–20	21–30	31–40	41–50	старше 50
Число случаев	13	63	51	46	12