

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.233-001-089

**ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЗДНЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПОЛНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТРЫВА ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА***П. П. Шипулин\*<sup>1</sup>, В. А. Мартынюк<sup>2</sup>, С. В. Агеев<sup>1</sup>*<sup>1</sup>Одесская областная клиническая больница, Украина; <sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет, Украина

Представлено клиническое наблюдение редкого осложнения закрытой травмы грудной клетки в виде полного отрыва правого главного бронха.

Показана возможность отсроченного хирургического лечения (реимплантация правого главного бронха в трахею на уровне отхождения правого верхнедолевого бронха) данного осложнения с полным восстановлением функции легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 11-е сутки.

Данное наблюдение представляет интерес в связи со стертой клиникой отрыва главного бронха, отсутствием выраженного газового синдрома и дыхательной недостаточности в остром периоде травмы.

Ключевые слова: осложненная закрытая травма грудной клетки, отрыв главного бронха.

**The possibility of delayed surgery of complete traumatic removal of the right main bronchus****P. P. Shipulin<sup>1</sup>, V. A. Martynuk<sup>2</sup>, S. V. Ageev<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Odessa National Medical University; <sup>2</sup>Regional Clinic Hospital, Odessa

The article describes a rare complication of closed chest injuries in the form of complete removal of the right main bronchus.

The possibility of delayed surgery (reimplantation of the right main bronchus to the trachea at the level of origin of the right upper lobe bronchus) of the complication with full recovery of lung function was shown. The postoperative period was uneventful, patient was discharged on day 11.

This observation is of interest in connection with subclinical form of main bronchus separation and the absence of express gas syndrome and respiratory failure during acute period of trauma.

Key words: complications of trauma to the chest, the gap between the main bronchus.

Разрыв или полный отрыв главных бронхов является очень грозным осложнением закрытой травмы груди, к счастью, встречающимся достаточно редко (не более чем у 0,6% пострадавших) [1]. Тактика хирурга в этом случае активная и требует немедленного восстановления просвета и герметичности дыхательных путей [1, 2].

Больной Г., 22 лет, поступил в клинику 04.07.2012 г. с жалобами на выраженную одышку и боли в правой половине грудной клетки. 27.05.2012 г. в результате автомобильной аварии получил сильный удар рулем в грудную клетку. Поступил в районную больницу, где были диагностированы закрытый перелом левой ключицы, I ребра слева и II–IV ребер справа, осложненные пневмотораксом и подкожной эмфиземой. Также был диагностирован закрытый перелом костей таза без смещения. После срочного дренирования плевральной полости состояние больного стабилизировалось, исчезла эмфизема, легкое расправилось. 02.06.2012 г. пациент был выписан на амбулаторное лечение с расправленным легким и удовлетворительной пневматизацией всех легочных полей. 22.06.2012 г. отмечено резкое ухудшение со-

стояния больного с появлением одышки и сильных болей в грудной клетке, что послужило поводом для повторной госпитализации. При рентгенологическом обследовании было выявлено тотальное затемнение правого гемиторакса и смещение органов средостения вправо, потребовавшее немедленного дренирования плевральной полости. Однако при последнем было получено всего 100 мл серозно-геморрагического экссудата. После консультации торакального хирурга с диагнозом «ателектаз правого легкого» больной был переведен в областную клиническую больницу. При поступлении: состояние средней тяжести, одышки в покое нет. Правая половина грудной клетки в акте дыхания не участвует. Межреберные промежутки сближены, западают. Перкуторно: притупление над всей поверхностью правого легкого. Дыхание не проводится. Слева – везикулярное. Тоны сердца приглушены, границы сердца резко смещены вправо, умеренная тахикардия до 100 уд/мин. Компьютерная томография органов грудной клетки от 04.07.2012 г.: в плевральной полости справа свободная жидкость толщиной от 4 до 55 мм, правое легкое уменьшено в объеме, в состоянии ателектаза. Бронхи

\*Шипулин Павел Павлович, канд. мед. наук, зав. отделением торакальной хирургии. 65025, Украина, г. Одесса, ул. Ак. Заболотного, д. 26.



Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки (а, б). Полный отрыв правого главного бронха на уровне карины, ателектаз правого легкого

его не визуализируются, начиная с бифуркации (рис. 1). Высокое стояние правого купола диафрагмы со смещением органов средостения вправо. Определяется перелом I ребра слева и II–IV ребер справа, а также левой ключицы. Бронхоскопия от 04.07.2012 г. – просвет трахеи четкий, на уровне бифуркации правый главный бронх отсутствует. Имеется короткая культя с конусообразным сужением. Предварительный диагноз: закрытая травма груди с двусторонним переломом ребер и травматической ампутацией правого главного бронха на уровне бифуркации трахеи, ателектазом правого легкого; перелом левой ключицы и костей таза.

10.07.2012 г. выполнена операция: реимплантация правого главного бронха в трахею. Легкое в состоянии ателектаза, в плевральной полости – скудное количество серозного экссудата. После пересечения непарной вены из рубцов выделена культя правого главного бронха и бифуркация трахеи (рис. 2). После иссечения рубцовых тканей произведена реимплантация правого главного бронха в бифуркацию трахеи на уровне деления главного бронха на промежуточный и верхнедолевой узловыми швами нитью PDS (3/0). Зона анастомоза укреплена пластиной тахокомба. После санации дыхательных путей правое легкое полностью расправилось, выполнив гемиторакс. Гладкий послеоперационный период с проведением ежедневных санационных фибробронхоскопий в течение 11 дней. При контрольной компьютерной томографии от 19.07.2012 г.: легкое полностью расправлено с восстановлением его воздушности и наличием небольшого количества свободной жидкости в междолевой щели (рис. 3). Просвет трахеи, главных и сегментарных бронхов четкий, хорошо прослеживается с обеих сторон. Контрольная фибробронхоскопия от 19.07.2012 г.: трахея свободно проходима, справа определяется широкий анастомоз между трахеей и главным бронхом, располагающийся на карине и по краю отхождения правого верхнедолевого бронха. Все

бронхи проходимы до субсегментов и содержат скудное количество слизистой мокроты. Слизистая без признаков воспаления, бледная, отмечается умеренная инъекция сосудов. Линия анастомоза ровная, без выраженной воспалительной реакции.

20.07.2012 г. больной в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение.

Данное наблюдение представляет интерес в связи со стертой клиникой отрыва главного бронха, отсутствием выраженного газового синдрома и дыхатель-

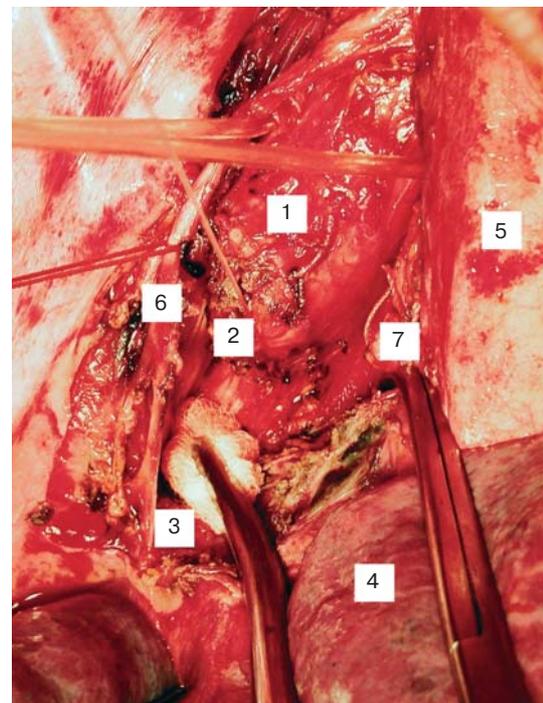


Рис. 2. Интраоперационная фотография: 1 – трахея; 2 – проксимальная культя правого главного бронха; 3 – дистальная культя правого главного бронха; 4 – легкое; 5 – верхняя полая вена; 6 – блуждающий нерв; 7 – культя *v. azigos*

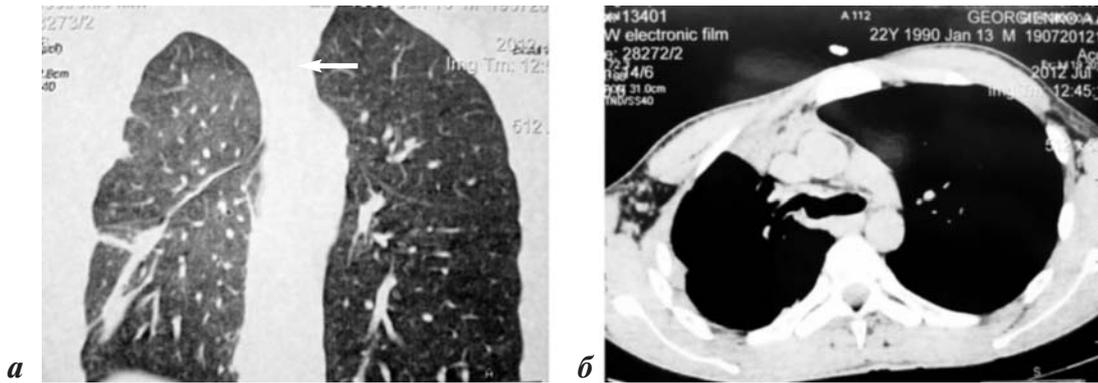


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки (а, б). Реимплантированный правый главный бронх в бифуркацию трахеи на уровне деления верхнедолевого и промежуточного бронхов

ной недостаточности в остром периоде травмы, а также возможности успешного отсроченного восстановления проходимости дыхательных путей с полным восстановлением функции легкого спустя 1,5 мес после травмы и отсутствием деструктивных изменений в последнем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Е. А., Перельман М. И., Кузьмичев А. П. и др. Разрывы бронхов. Пермь, 1985. 186 с.
2. Шипулин П. П., Поляк С. Д., Мартынюк В. А. Хирургическое лечение полного отрыва правого главного бронха при закрытой травме груди без повреждения ребер // Клінічна хірургія. 2008. № 2. С. 59–60.

Поступила 26.10.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.134.1-003.94-089

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Е. В. Кунгурцев\*, И. П. Михайлов, Ю. А. Виноградова, А. Н. Бондаренко

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Москва

В связи с неуклонным ростом количества интервенционных эндососудистых вмешательств в сосудистой хирургии все большее значение приобретает проблема ятрогенных повреждений периферических артерий и их лечения. Наиболее характерно для ятрогенного повреждения артерий формирование ложной аневризмы, представляющей собой организовавшуюся пульсирующую гематому. В литературе встречаются единичные сообщения о наличии ложных аневризм подмышечной артерии после рентгенэндоваскулярных вмешательств с лечебной целью. Открытая хирургическая реконструктивная операция до настоящего времени остается «золотым стандартом» в лечении данной патологии и обычно заключается в наложении сосудистого шва в области пункционного отверстия. Однако, наряду с применением традиционного хирургического лечения, все большее внимание уделяется использованию малоинвазивных методик лечения ложных аневризм — стентирования, эмболизации под ультразвуковым контролем, особенно в эру расцвета рентгенэндоваскулярной хирургии.

В статье представлен клинический случай хирургического лечения ложной аневризмы левой подмышечной артерии после стентирования подключичной артерии левой верхней конечности и обоснование выбора открытого хирургического вмешательства.

Ключевые слова: ложная аневризма, подмышечная артерия, стентирование, ятрогенное повреждение.

\*Кунгурцев Евгений Вадимович, доктор мед. наук, старший научный сотрудник.  
129090, Москва, Б. Суваревская пл., д. 3.