

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.12-001.4-089

М.П. Королёв, Ш.К. Уракчеев, Н.К. Пастухова, Р.С. Сагатинов, Г.Е. Старков

К ВОПРОСУ О РАНЕНИИ СЕРДЦА

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М.П. Королёв) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии; Мариинская больница (главврач — О.В. Емельянов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: ранение сердца, хирургическая тактика, интенсивная терапия.

Введение. Ранения сердца остаются одной из актуальных проблем неотложной хирургии. Результаты лечения этой категории пострадавших зависят от качества оказания неотложной помощи на этапах медицинской эвакуации, организации специализированной хирургической помощи в условиях стационара и интенсивной терапии [3,6]. На догоспитальном этапе наиболее эффективной является помощь, оказываемая реанимационно-хирургической бригадой (РХБ), включающей врача — анестезиолога-реаниматолога и двух медицинских сестер-анестезистов, которые проводят интенсивную терапию и реанимационные мероприятия (интубация трахеи, перевод пациентов на искусственную вентиляцию легких, катетеризация центральных вен, инфузионно-трансфузионная коррекция и другие мероприятия при необходимости) [5]. Пострадавших доставляют непосредственно в операционную, где им осуществляют как диагностические (клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования), так и лечебные мероприятия, включающие противошоковую терапию и оперативное вмешательство [1]. В различных публикациях, посвященных этой проблеме, сообщается о довольно широком интервале показателя летальности от 8 до 42%, а порой и выше, что обусловлено, вероятнее всего, неоднородностью клинического материала и различными подходами к выбору лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах лечения [2, 4]. Многолетний опыт лечения ранений перикарда и сердца показывает, что в настоящее время можно оказать эффективную помощь большей части пострадавших.

Цель нашего исследования — поиск оптимальных путей организации специализированной помощи и разработка адекватного объема программы лечебно-диагностических мероприятий.

В настоящем исследовании представлен анализ пациентов, поступивших в отделение травмы груди и живота Мариинской больницы Санкт-Петербурга с диагнозом ранение сердца.

Материал и методы. За 27 лет существования отделения помощь оказана 280 пострадавшим, из них: с направительным диагнозом ранение сердца — 194 (69,29%) пациента, ранение перикарда — 86 (30,71%).

Из них мужчин — 271 (96,79%), женщин — 9 (3,21%), в возрасте от 18 до 56 лет. Колото-резаные ранения составили большинство — 264 (94,3%) пациента. Изолированные ранения груди зарегистрированы у 216 (77,14%), множественные — у 14 (5%), сочетанные ранения груди и живота — у 50 (17,85%) пострадавших. В алкогольном опьянении доставлены 257 (91,78%) пациентов. Бытовая травма наблюдалась у 106 (37,85%), суицидальная попытка — у 46 (16,43%) пациентов.

Диагностика ранения сердца основывалась на следующих клинических признаках: локализация раны в проекции сердца, признаки наружного или внутреннего кровотечения, симптомы тампонады перикарда. Кроме того, обращали внимание на характеристику пульса: его наличие на периферических сосудах, частоту, ритмичность, при перкуссии грудной клетки — на расширение границ сердца, при аускультации — на глухость сердечных тонов. Также оценивали уровень сознания по шкале Глазго, уровень кровопотери, данные ЭКГ и рентгенографии грудной клетки, выполнявшихся непосредственно в операционной, показатели кислотно-основного обмена. У пациентов в стабильном состоянии осуществляли эхокардиографию сердца для установления наличия жидкости, экзонегативных образований в перикарде, расхождения его листков, зон акинезии в области миокарда, снижение его сократительной способности. Инфузионно-трансфузионная терапия, продолжающаяся в течение всего периоперационного периода, была направлена на коррекцию волеических нарушений, стабилизацию гемодинамики, профилактику нарушений в системе гемостаза и острой почечной недостаточности.

Результаты и обсуждение. Основное количество пострадавших — 205 (73,21%) — поступили в стационар в течение первых 2 ч от момента получения травмы. В состоянии геморрагического шока доставлено 102 (36,42%) пациента.

Оперированы 225 (80,35%) пациентов, из них в течение первых 20 мин от момента поступления — 65 (28,9%), а в течение 2 ч — 160 (71,1%). У 34 (12,14%) — отмечалась выжидательная тактика и консервативное лечение, 3 пациента доставлены в состоянии клинической смерти и погибли в течение 15 мин.

При оперативном лечении раны сердца зарегистрированы у 156 (55,71%) госпитализированных, из них с проникновением в камеры сердца — 132 (84,61%) пациента, сквозные и множественные ранения — у 24 (15,39%) пострадавших. Объем операции зависел от характера повреждений. Коррекция гиповолемии в течение операции осуществлялась коллоидными препаратами на основе гидроксиэтилкрахмала, проводилось переливание плазмы и гемотрансфузия.

В послеоперационном периоде пациенты продолжили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение $(3,4 \pm 1,2)$ сут. В этот период времени они получали антибактериальную, сосудистую и нормоволемическую инфузионную терапию. Для профилактики перикардита применяли преднизолон в общей суточной дозе $(90,8 \pm 30,2)$ мг внутривенно в течение 3–4 сут. Для профилактики тромбоэмболических осложнений — фраксипарин по 2850 МЕ/0,3 мл начиная со 2-х суток послеоперационного периода под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). При анемии [Hb менее $(90,8 \pm 8,5)$ г/л] осуществляли гемотрансфузию фильтрованной эритроцитарной массой.

Из 156 пациентов погибли 41 (26,28%), в основном это те, кто был оперирован в период от 80 до 100 мин от момента получения травмы.

Основными причинами летального исхода явились острая тампонада перикарда, острая кровопотеря, прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность.

В структуре проникающих ранений груди, повреждения сердца и перикарда госпитализированные больные составили 10,25%. Анализ особенностей клинического течения и оценка патофизиологических проявлений с учетом временного фактора позволили нам установить, что развитие органной несостоятельности при ранениях сердца носит стадийно-фазовый характер, и крайне важным является раннее оперативное вмешательство в период до 80 мин от момента получения травмы.

Выводы. 1. Догоспитальный этап является важным этапом в цепи оказания экстренной и неотложной помощи, поскольку именно в это время наблюдается наиболее критическая ситуация с возможным развитием терминального состояния пострадавшего.

2. Улучшение результатов лечения пациентов с ранением сердца связано со своевременной диагностикой, быстрой доставкой в специализированное хирургическое отделение по лечению пострадавших с травмами груди и живота, срочным оперативным вмешательством.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баешко А.А., Крючок А.Г., Корсак С.И. и др. Лечение ранений сердца // Хирургия. — 2000. — № 11. — С. 4–7.
2. Гринев М.В., Чуприс В.Г. Ранения сердца // Вестн. хир. — 1998. — № 2. — С. 37–42.
3. Кутушев Ф.Х., Королёв М.П., Сагатинов Р.С. и др. Диагностика и хирургическая тактика при ранениях сердца и перикарда // Вестн. хир. — 1994. — № 1. — С. 72–74.
4. Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Кизявка М.И. Диагностика и хирургическая тактика при ранении сердца и перикарда // Вестн. хир. — 2001. — № 5. — С. 102–109.
5. Топольницкий Е.Б. Результаты и основные принципы хирургического лечения ранений сердца // Вестн. хир. — 2010. — № 2. — С. 85–89.
6. Шапкин Ю.Г., Мухина В.М. Исходы хирургического лечения при ранениях сердца // Анн. хир. — 2008. — № 1. — С. 33–34.

Поступила в редакцию 02.02.2011 г.

M.P.Korolev, Sh.K.Urakcheev, N.K.Pastukhova,
R.S.Sagatinov, G.E.Starkova

ON THE QUESTION OF HEART INJURIES

The work is devoted to an analysis of hospitalized patients to the specialized department of injuries of the chest and abdomen of the Mariinskaja hospital at the period from 1993 through 2010. The diagnosis of injury of the pericardium and heart had 280 patients, during the operative treatment heart injuries were detected in 156 (55.71%) patients. Penetration to the heart chambers was found in 132 (84.61%) of them, with perforating and multiple injuries there were 24 (15.39%) patients. Operations were performed during 20 minutes after admission on 65 (28.9%), and during the following two hours on 160 (71.1%) patients. Expectant management and conservative treatment were used in treatment of 34 patients (12.14%), three patients were admitted in the state of apparent death and died during 15 minutes. The lethality of 41 patients was 26.28%, mainly it was those who were operated at the period from 80 to 100 minutes from the moment of injury. The success of treatment depends on the early hospitalization, correct diagnosis and emergent surgery.