

О НЕОБХОДИМОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Верушкин Ю.И., Кутырев Е.А., Кукушкин А.В., Карпов Д.В., Калинина Н.Ю.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

До сих пор нет единого взгляда в отношении выбора хирургической тактики в случаях оказания экстренной помощи больным с повреждениями органов грудной клетки, осложненных внутриплевральными кровотечениями.

Данная проблема особенно актуальна в практической работе хирургов отделения экстренной и консультативной помощи (санитарной авиации). Так, если тактика хирурга в условиях специализированного торакального отделения (О КБ) носит активно-выжидательный характер, то в условиях хирургического отделения ЦРБ в лечении больных с травматическими повреждениями легких бортхирурги придерживаются активной тактики. Она обуславливалась тяжестью состояния госпитализированных больных на фоне позднего поступления, наличия комбинированных повреждений, отсутствия специалиста на месте. Ретроспективно нами проанализированы истории болезни 124 пациентов, поступивших в хирургическое отделение ЦРБ с травматическими повреждениями органов грудной клетки, осложненных внутриплевральным кровотечением, необходимая медицинская помощь которым была оказана врачами-консультантами отделения санитарной авиации. При этом в 62,2% наблюдениях хирургическая помощь оказывалась бортхирургами, в остальных случаях — специалистами пульмонологического центра.

Хирургическая тактика врача-консультанта определялась состоянием пациента на момент осмотра, квалификацией бортхирурга по вопросам грудной хирургии, условий, в которых оказывалась необходимая помощь, транспортабельность больных. Исходя из этих обстоятельств, определялась организационная тактика хирурга. Она, как правило, сводилась к консервативному лечению на месте (4,8%), проведению экстренного оперативного вмешательства на месте (82,3%), переводу в торакальное отделение ОКБ (12,9%) как в экстренном, так и в отсроченном порядке.

До приезда бортхирурга оперативное вмешательство в условиях ЦРБ сводилось в первично-хирургической обработке раневого канала, при необходимости выполнялось дренирование плевральной полости. В тоже время районными хирургами определялась необходимость и целесообразность выполнения торакотомии с привлечением врача консультанта.

Всего оперировано 102 пациента, из них первично 93 (91,1 %). Повторно, при диагностике послеоперационных осложнений — 9 (8,9%). При двухстороннем повреждении легких (3 наблюдения)

потребовалось проведение торакотомии и ушивания раны легкого (у 1 пациента), устранения источника кровотечения и дренирования плевральной полости (у 1). У 1 пострадавшего выполнялась правосторонняя торакотомия и пульмонэктомия с летальным исходом.

При одностороннем повреждении (57 пациентов) у 43 из них выполнялась торакотомия на стороне повреждения, диагностировалась причина кровотечения и ее ликвидация путем наложения швов на рану легкого, у 19 — клиновидного иссечения ткани легкого, в остальных случаях проводился гемостаз путем прошивания выявленных кровоточащих сосудов, чаще межреберных артерий.

У 22 больных внутриплевральное кровотечение было обусловлено ранением сердца, у 11 оно явилось осложнением раннее проведенного оперативного вмешательства выполненного районными хирургами.

Торакальный хирург чаще всего оказывал хирургическую помощь больным с торакоабдоминальными ранениями и сочетанными травмами (9 больных). Операцию начинали с выполнения торакотомии как первого этапа. Показанием к широкой торакотомии, по нашим данным, явилось наличие клиники продолжавшегося внутриплеврального кровотечения, повреждение органов средостения, напряженный пневмоторакс, предполагаемое ранение крупных сосудов. При проведении лапаротомии, как второго этапа операции, в 2 наблюдениях диагностировано повреждение селезенки, в 7 — ранение петель тонкого кишечника (3 случая), желудка и поперечно-ободочной кишки (2), нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (2).

Послеоперационная летальность составила 23,5% (умерли 24 пациента). Столь высокая летальность обуславливается тяжестью повреждения на фоне массивной кровопотери, не восполненной как в до-, так и в послеоперационном периоде, поздним вызовом врача консультанта областного учреждения.

Таким образом, в практики хирурга отделения экстренной и планово-консультативной помощи удельный вес консультированных больных с травматическими повреждениями органов грудной клетки довольно высок до сих пор. При диагностике внутриплеврального кровотечения различного генеза требуется своевременное проведение оперативных вмешательств на месте, при необходимости с привлечением специалистов областного центра.