

Пятаха Н.А., Сухоруков В.П., Ваганов А.В.,
Кондратьев В.А.

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ
В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ
ПОЛНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА
ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА И
30 ПОСЛЕДУЮЩИХ ЛЕТ ЖИЗНИ
БОЛЬНОГО**

*Департамент здравоохранения Кировской области,
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Рассматривается случай хирургического лечения полного травматического разрыва правого главного бронха с хорошим отдаленным (через 30 лет) результатом.

Больной К., 23 лет 19 августа 1976 года поступил в районную больницу через 30 минут после дорожной травмы: на повороте дороги выпал из коляски перевернувшегося на большой скорости мотоцикла и сильным ударом коляски по груди был прижат к полотну дороги. При поступлении жалобы на боли в грудной клетке, удушье и одышку, затруднение при дыхании.

После клинического и рентгенологического обследования выявлен правосторонний пневмоторакс. Устранить пневмоторакс посредством торакоцентеза с аспирацией воздуха не удалось. Состояние больного неуклонно ухудшалось, прогрессировала дыхательная недостаточность, появилась и быстро нарастала напряженная подкожная эмфизема шеи, лица и грудной клетки.

Вызванная 20.08.76. бригада санитарной авиации в составе торакального хирурга (Н.А.Пятаха) и анестезиолога (В.П.Сухоруков) застала больного примерно через 24 часа после травмы в крайне тяжелом состоянии. Сознание спутано, лицо, шея, грудь и верхние конечности в результате сильнейшей напряженной эмфиземы резко одутловаты, багрово-синей окраски; глаза не открываются, выраженная эмфизема век, губ, слизистых рта. Дыханий 40 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Слева дыхание жесткое, выслушиваются грубые сухие хрипы. Справа дыхание не выслушивается. Пульс ритмичный, слабого наполнения, свыше 140 ударов в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Рентгенологически правое легкое коллабировано, эмфизема средостения, в костно-диафрагмальном углу жидкость, органы средостения смещены влево.

Диагностирован напряженный пневмоторакс справа и распространенная напряженная подкожная эмфизема органов грудной клетки в результате повреждения крупного бронха справа. Напряженность пневмоторакса и эмфиземы сохраняются, несмотря на аспирацию электротсосом воздуха из плевральной полости и введения под кожу груди и шеи игл большого диаметра.

Без особого эффекта больной спонтанно дышит кислородом через маску. Попытки провести легкую вспомогательную вентиляцию легких кислородом сразу же ухудшает состояние больного. Больной взят в операционную.

Операция требовала миорелаксации, эндобронхиальной интубации левого легкого имеющейся в на-

личии лишь однопросветной трубкой и проведения однолегочного наркоза с искусственной вентиляцией. В этой связи возник реальный риск гибели больного на вводном наркозе, который требует проведения после введения миорелаксантов искусственной вентиляции легких под давлением через маску. У больного с повреждением крупного бронха каждый искусственный вдох через маску неизбежно сопровождается большим сбросом под давлением вдыхаемого воздуха в плевральную полость, что мгновенно увеличивает напряженность пневмоторакса и подкожной эмфиземы со смещением средостения в здоровую сторону, перегибом и сдавлением его сосудов. Одновременно закономерно происходит ослабление вентиляции здорового легкого. У данного больного, находящегося в крайне тяжелом состоянии, эти изменения создают реальную угрозу остановки сердца.

Для предотвращения указанных осложнений были предприняты следующие действия. После премедикации с использованием опиатного анальгетика больной введен в наркоз тиопенталом натрия (внутривенно 50 мл 1% раствора) на фоне постоянной ингаляции кислорода в смеси с закисью азота (1 : 2). Сразу после введения в наркоз выполнена широкая передне-боковая торакотомия в пятом межреберье, что полностью устранило напряженность пневмоторакса.

По мере углубления наркоза спонтанное дыхание постепенно усиливалось вспомогательной вентиляцией легких, которая после торакотомии и внутривенного введения миорелаксанта (сукцинилхолин 2 мг/кг) заменена форсированной искусственной вентиляцией легких через маску. Интубация трахеи однопросветной трубкой. Основной наркоз эфиром.

При ревизии правой плевральной полости обнаружено полностью спавшееся правое легкое, наличие в синусе плевральной полости до 300 мл жидкой крови и ее сгустков, сильное продувание из средостения воздуха при его нагнетании в трахею и полный перерыв правого главного бронха на расстоянии 1 см от бифуркации трахеи. Крупные сосуды корня легкого не повреждены. Сразу же после обнаружения полного перерыва правого главного бронха хирургом перекрыт его просвет пальцами, что сопровождалось резким улучшением вентиляции левого легкого и состояния больного. Интубационная трубка переведена в левый главный бронх. В дальнейшем течение операционного периода стабильное с АД 120/70 – 130/80 мм рт.ст. и ритмичным пульсом 80-100 ударов в минуту.

После стабилизации наркоза (наркозный аппарат УНА-1) хирургом мобилизованы концы правого главного бронха, из просвета бронха электроотсосом удалены слизь и сгустки крови. Отдельными узловыми капроновыми швами наложен межбронхиальный анастомоз конец в конец. После создания бронхоанастомоза интубационная трубка осторожным потягиванием извлечена из левого главного бронха и фиксирована в трахее. Большим объемом кислорода расправлено правое легкое. После этого оно равномерно участвует в дыхании при обычном режиме искусственной вентиляции. Дренаж плевральной полости в седьмом и во втором межреберье. Послойные швы на рану. Раздувание правого легкого и аускультативное подтверждение его активного участия в ды-

хании. Выход больного из наркоза через 40 минут после окончания операции. Больной в сознании, полностью выполняет инструкции врача, экстубирован, дыхание самостоятельное, достаточное, не истощающееся.

Течение послеоперационного периода без осложнений (ведение больного хирургом В.А. Кондрачевым). 27 сентября 1976 года больной выписан домой в хорошем состоянии. Жалоб нет. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание, рентгенологически в легких патологии нет. Осмотрен через 2 месяца после травмы: здоров, жалоб нет, занимается физическим трудом.

В последующем в течение 30 лет больной за медицинской помощью практически не обращался, на вызовы для осмотра не являлся.

В марте 2006 года пациент уступил настойчивой просьбе хирурга и прошел обследование в Кировском областном клиническом онкологическом диспансере (торакальный хирург А.В. Ваганов).

Жалоб нет. Занимается физической работой.

Рентгенологическое обследование (14.03.06.) органов грудной клетки. На ККФ справа легкое над диафрагмой неоднородно затемнено за счет плевральных наложений, наружный ребернодиафрагмальный синус запаян, пристеночные наложения. Слева в легком без особенностей. Тень средостения не расширена. Корни легких структурны. Диафрагма справа стоит высоко. Заключение: массивные плевральные наложения справа.

Фибробронхоскопия (14.03.06.): правый главный бронх несколько расширен, просвет незначительно рубцово деформирован за счет задней мембранозной стенки.

Общее заключение о физическом состоянии: здоров.

Таким образом, представленное наблюдение демонстрирует эффективное хирургическое лечение крайне тяжелой торакальной травмы с полным разрывом правого главного бронха, напряженными гемопневмотораксом и эмфиземой, описывает методику однобронхиальной интубации, успешно примененную в условиях минимального технического оснащения в условиях районной больницы и показывает через 30 лет после операции хороший клинико-рентгенологический результат.