

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ ОСЛАЖНЁННОЙ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСОМ

¹Иванов А.Н., ^{1,2}Ротару М.М., ²Колтук О.И., ^{1,2}Гургиш Р.И.

¹Университет Медицины и Фармации "Николае Тестимицану", Молдова

²Институт Скорой Медицинской Помощи, Кишинев, Молдова

Введение. Около 2/3 из всех закрытых травматизмов относятся к травме грудной клетки (ТГ). Приблизительно 70 % из пациентов с политравматизмом представляют ТГ различной степени тяжести, плевропульмональные осложнения достигают 30-45%. **Цель.** Оценка хирургического ведения пациентов с закрытой ТГ осложненной гемо-пневмотораксом (ГПТ), госпитализированных в течение года в Институте Скорой Медицинской Помощи. **Материалы и методы.** 86 пациентов с ГПТ госпитализированных в 2019 г. Проанализированы: эпидемиология, период от травмы до госпитализации, госпитализация - торакоцентез, шкала ISS, структура политравмы, время ИВА, причина торакоцентеза и частота повторного дренирования. Соотношение М:Ж//3,5:1, средний возраст—51,2±1,8 лет, изолированная ТГ—65(75,6%) случаев, ТГ у пациентов с политравматизмом в 21(24,4%) случае.

Результаты. В 39(45,3%) случаях - ТГ в результате спотыкания, в 27(31,4%) случаях —нападения, 14(16,3%) — дорожно-транспортных происшествий и 6(7%)— падение с высоты. Рентгенография грудной клетки(ГК) была выполнена у 83(96,5%) пациентов с травмами, в 27(32,5%) случаях без ГПТ при госпитализации, УЗИ-F.A.S.T. было выполнено в 79(91,9%), в 10(12,7%) случаях была выявлена эмфизема и/или гидроторакс. Компьютерная томография (КТ) произведена в 19(22,1%) случаях, включая 3 без рентгенографии ГК, выявляя ГПТ в 100%. У пациентов с политравмой и с ГПТ —21(24,4%) выявлена закрытая травма живота в 4(19%) случаях, черепно-мозговая травма(ЧМТ)-14(66,6%)—2 с GCS≤10, травма опорно-двигательного аппарата в 12(57,1%) случаях, травма позвоночника в 4(19%) случаях. Гемодинамически нестабильные были 3 пациента с ISS>25. Переведены в реанимацию 16(18,6%) пациента, 2 подключены к ИВА при госпитализации (с GCS 9 и 15), 4(25%) были подключены к ИВА при развитии ОРДС, у 4(25%) травмированных обнаружили ЧМТ, 2 из которых с GCS<10. Длительность ИВА составила от 2 часов до 12 дней, в 2 случаях была наложена трахеостома. Односторонняя ТГ—84(97,7%), из которых 12(14%) были политравматизированы, у 19(22,6%) был гемоторакс, у 42(50%) пневмоторакс и у 23(27,4%) был гемо-пневмоторакс. Двусторонняя ТГ в 2(2,3%) случаях, из которых в 1 случае флотирующий перелом с ГПТ и во втором гемоторакс, в обоих случаях ISS>20. При госпитализации торакоцентез был выполнен у 64(74,4%) пациентов, до 24ч у 12(14%) пациентов и спустя 24ч у 10(11,6%). У 53(61,1%) было проведено дренирование плевральной полости в 5 межреберье, включая 2 пациентов с двусторонним дренированием, 27(31,4%) дренированы во 2 межреберье при пневмотораксе, и 6(6,%) во 2 и 5 межреберье. В 1 случае была проведена видеоторакокопия с целью гемостаза спустя 17ч после дренирования. Повторное дренирование произведено у 3(3,5%) пациентов, в среднем длительность плеврального дренажа в реанимации была 7,9 дней, в отделении 4,2 дня. Операции на опорно-двигательный аппарат были проведены 6 пациентам (на 5-19 день). Произведенные 2 операции по поводу травмы живота (лапароскопия-1, спленэктомия-1). Средняя длительность госпитализации составила 8,34±6,6 дней и зависела от типа сочетанных травм и длительности ИВА. Смертность составила 3,5% (n=3) — на первый, 4-й и 19 дни, из-за гиповолемического шока и СПОН. **Выводы.** Диагностирование ГПТ у пациентов с закрытой ТГ строго зависит от стабильности гемодинамики, нарушения сознания и сочетанных травм. Приблизительно в ¼ случаев первичная рентгенограмма — неинформативна, в то время как повреждение внутригрудных органов является потенциально опасным для жизни. УЗИ-FAST у пациентов с политравмой может выявить ГПТ при госпитализации, что определяет необходимость в производстве КТ.