

УДК 616.12+616.11+616-001.4

© Коллектив авторов, 2011.

ПОРАНЕННЯ ПЕРИКАРДУ**С.А. Асланян¹, О.В. Воробей³, Ф.М. Новіков², І.О. Воробей², О.В. Допіряк²,
Г.А. Рыбіцький³, Л.С. Асланян¹**¹Українська військово-медична академія; ²Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; ³Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги.**PERICARDIAL INJURY****S.A. Aslanyan, O.V. Vorobei, F.M. Novikov, I.O. Vorobei, O.V. Dopiryak, G.A. Rybizkii, L.S. Aslanyan****SUMMARY**

The article is devoted to the diagnosis and treatment of pericardial injury. Analyzed the results of treatment of 187 patients with open chest injuries in the period from 2000 to 2010. In 34 it was revealed isolated damage to the pericardium. Established that isolated pericardial injuries cause adaptive reactions of organs and systems.

РАНЕНИЯ ПЕРИКАРДА**С.А. Асланян, О.В. Воробей, Ф.М. Новиков, І.О. Воробей, О.В. Допіряк, Г.А. Рыбіцький, Л.С. Асланян****РЕЗЮМЕ**

Статья посвящена вопросам диагностики и лечения ранений перикарда. Проанализировано 187 результатов лечения пострадавших с открытой травмой грудной клетки в период с 2000 по 2010 год. У 34 было выявлено изолированное повреждение перикарда. Установлено, что изолированные повреждения перикарда вызывают адаптационную реакцию органов и систем.

Ключові слова: поранення перикарду, діагностика, лікування, адаптаційна реакція організму.

Відкрита травма грудної клітки з підозрою на поранення серця або крупних судин грудної клітки залишається однією з найбільш актуальних проблем невідкладної хірургічної допомоги. Слід відмітити, що лише невеликий контингент хірургів повноцінно володіє оперативними втручаннями як на черевній порожнині, так і на органах грудної клітки. На сучасному етапі летальність при пораненнях серця коливається в межах від 10 до 39% і значної тенденції до зниження не відмічається [1, 3]. Це пояснюється тим, що при пораненнях серця і при гострій тампонаді серця відбуваються швидкі негативні зміни гемодинаміки, в першу чергу в корі головного мозку, геморагічний шок (при пораненнях) до рівня незворотного або поєднання цих факторів.

Мета роботи - провести аналіз на основі результатів хірургічного лікування постраждалих з відкритою травмою грудної клітки і пораненням перикарду з метою удосконалення хірургічної тактики у цієї категорії постраждалих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення даної задачі нами був проведений ретроспективний аналіз медичних карт 187 постраждалих з відкритими пошкодженнями грудної клітини і пораненнями серця у період з 2000 по 2010 рік, що були госпіталізовані у відділення політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) і у 34 (18,2%) з яких були вияв-

лені випадки ізолюваного поранення перикарду. У всіх постраждалих травма мала кримінальний характер. Вік постраждалих коливався від 17 до 64 років. Середній вік постраждалих склав 33,5 роки. Осіб чоловічої статі було 162 (86,6%), жіночої статі – 25 (13,4%). В стані алкогольного сп'яніння знаходилось 142 (75,9%) пацієнта. У всіх постраждалих рани локалізувались в зоні Грекова. Постраждали, у котрих при оперативному втручанні були виявлені ізолювані поранення перикарду, були доставлені: в стані шоку І ступеня – 21 (61,8%), без шоку – 13 (38,2%). Постраждали з даною патологією поступили у вечірньо-нічний час. Переважна більшість постраждалих, – 154 (82,4%), поступили в лікувальний заклад протягом 1 години з моменту нанесення травми, 27 (14,4%) постраждалих – в термін до 2 годин і 6 (3,2%) – у термін понад 2 години. Початок передопераційних лікувально-діагностичних заходів виконувався в протишоківій палаті, де постраждалим проводилось первинне обстеження раннього госпітального етапу відповідно протоколу [5, 6]. Стан постраждалих з шоком І ступеня та без шоку дозволив проводити рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, під час котрого було виявлено рентгенологічні ознаки ураження органів грудної клітки, а в деяких випадках, при рентгеноскопії ОГК – збільшення границь серця і навіть наявність рідини в порожнині перикарду [4, 6]. Після проведених діагностичних заходів постраждалим виконувалась первинна хірургічна обробка рани, яка підтвер-

джувала проникаючий характер пошкодження, що служило імперативним показом до виконання оперативного втручання – торакотомії. Оперативні втручання у постраждалих з ізольованими пошкодженнями перикарду були виконані в термін від 1 до 2 годин з моменту поступлення.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі медичних карт стаціонарного хворого встановлено, що лише у 34 (18,2%) постраждалих, які поступили в приймальне відділення КМКЛШМД, на догоспітальному етапі лікарями швидкої медичної допомоги було діагностовано або встановлено ознаки поранення серця. Це, як правило, були постраждалі, у котрих за наявністю рани в зоні Грекова переконливо визначались прояви гострої тампонади серця (ціаноз обличчя та верхніх відділів тулуба, пульсація вен шиї) [2]. Окрім того, в 124 (66,3%) випадках відмічалось зниження артеріального тиску, у тяжких випадках – нижче граничної межі фільтрації нирок (60-70 мм.рт.ст.). На ранньому госпітальному етапі у 63 (33,7%) постраждалих артеріальний тиск визначався в межах норми, в тому числі у 34 (18,2%) випадках, у яких в подальшому було діагностовано поранення перикарда. Постраждалі цієї групи були доставлені в стані свідомості: 14-15 балів за шкалою Глазго. У постраждалих з ізольованим ушкодженням перикарда з нормальним артеріальним тиском визначено термін госпіталізації з моменту поранення: до 1 години – 28 (82,4%) хворих; 5 (14,7%) – в термін до 2 годин, та 1 (2,9%) – в термін до 6 годин.

Діагностика у постраждалих з пораненнями серця на теперішній час ґрунтується на наявності класичних клінічних ознак:

1. Наявність рани в зоні Грекова (зона, при якій можливо поранення серця або перикарда);
2. Симптоми внутрішньої або подеколи зовнішньої кровотечі з проявами геморагічного шоку;
3. Ознаки гострої тампонади серця.

Комбінація цих трьох факторів свідчить про наявність поранення серця та змушує приймати негайні рішення про невідкладність оперативного втручання, часто без допоміжних методів дослідження, а у випадках переагонального або агонального стану – іноді навіть в умовах протишокової палати.

У постраждалих, котрі поступали з наявністю рани в зоні Грекова, але без наявності симптомів шоку та гострої тампонади серця, можна було запідозрити поранення перикарду. Наявність стабільного стану постраждалого дозволяє провести весь комплекс діагностичних досліджень (загальний аналіз крові, біохімічні дослідження крові, рентгенологічні дослідження органів грудної клітки, ЕКГ). У 34 постраждалих з пораненнями перикарду рентгенологічні дослідження грудної клітки в 26 (76,5%) клінічних випадках виявили наявність невеликого гемотораксу та пристінкового пневмотораксу, а у 5 (14,7%) – було проведено рентгеноскопію і при цьому було вста-

новлено наявність рідини в порожнині перикарду. На ЕКГ у 28 (82,4%) випадках було виявлено зниження вольтажу, наявність значних ішемічних змін міокарду. В той же час, виконана в 82 випадках в передопераційному періоді, ЕКГ при пораненнях камер серця показувала наявність вогнищевих змін міокарду, що було підтверджено в процесі оперативного втручання. У таких постраждалих після початку інтенсивної інфузійної терапії в центральну вену підвищення центрального венозного тиску не відмічалось.

Після проведеного комплексу передопераційного обстеження постраждалі доставлялися в операційну, де проводилася первинна хірургічна обробка рани. В процесі хірургічної обробки рани було встановлено наявність проникаючого характеру поранення, що було показом для невідкладного оперативного втручання – торакотомії. Операційний доступ у постраждалих з наявністю рани в зоні Грекова був стандартний – лівобічна бокова торакотомія в 6 міжребер'ї. Під час операції, як правило, було встановлено наявність в плевральній порожнині незначної кількості крові (від 150 до 350 мл). У 8 (23,5%) з 34 випадків відмічалось крайове поранення легені, що було однією із причин виникнення пневмотораксу. При ревізії перикарда було виявлено наявність ран розмірами від 0,5 до 1,5 см. Після розтину перикарда в його порожнині було виявлено: у 6 (17,7%) постраждалих до 350-400 мл крові зі згортками; у 20 (58,8%) 150 – 250 мл крові; у 8 (23,5%) – незначна кількість геморагічного ексудату від 50 до 80 мл. У 18 (52,9%) випадках кров та ексудат були направлені на лабораторне дослідження. При біохімічному дослідженні було виявлено значне підвищення рівня АлАТ і АсАТ від 1,2 ммоль/л до 3,4 ммоль/л, в той же час аналізи з судинного русла показували норму (АлАТ – до 0,68 ммоль/л, АсАТ – до 0,45 ммоль/л).

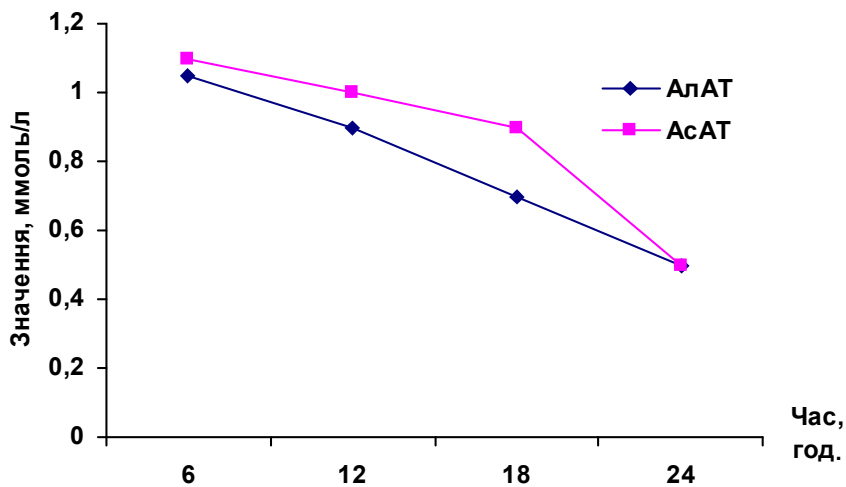
Слід відмітити, що ці 18 постраждалих були оперовані протягом 1-1,5 годин з моменту нанесення травми. В той же час у 15 постраждалих, у котрих було виявлено поранення камер серця з наявністю крові в порожнині перикарду, підвищення рівня АлАТ і АсАТ не відмічалось. Після ревізії серця в порожнину перикарду встановлювали тонкий дренаж, а сам перикард зашивали вузловими рідкими швами. В післяопераційному періоді рівень АлАТ і АсАТ відновлювався до нормальних показників протягом 1 доби.

В післяопераційному періоді постраждалі протягом 1-1,5 доби знаходилися у відділенні інтенсивної терапії, де проводилася інфузійна орґано- та системотропна терапія, знеболювання, антибіотикотерапія, а також ЕКГ-моніторинг [3, 4]. При цьому також було відмічено, що протягом 1,5 доби нормалізувалися показники ЕКГ: зникали явища ішемії міокарду, збільшувався вольтаж. Через 1 добу дренаж з порожнини перикарда видалявся. При УЗД контролі явища перикардиту трималися 5-6 діб. Дренаж із плевраль-

ної порожнини видалявся на 3-4 добу.

У 24 (70,6%) з 34 постраждалих в післяопераційному періоді відмічалися явища післяопераційної

пневмонії. Летальних випадків у постраждалих з ізолюваними пораненнями перикарду не було. Середній ліжко-день склав 9,2.



ВИСНОВКИ

1. Встановлення наявності проникаючих ран в зоні Грекова у пацієнтів з нестабільною гемодинамікою, а також підозра на можливе поранення серця або перикарду є показом до екстреного оперативного втручання.

2. Термін прийняття рішення до виконання торакотомії найкоротший: чим важчий стан хворого, тим більш екстрені покази до оперативного втручання.

3. Ізольовані uszkodження перикарда викликають адаптаційну реакцію інших органів і систем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Костюченко Л.Н., Радченко Ю.А. Ранения сердца / Москва, 2004. – 109 с.

2. Замятин П.Н., Голодородько Н.К., Бойко В.В., Булага В.В. Хирургия поврежденной сердца при раневой политравме и шоке / Харьков: Консум, 2003. – 156 с.

3. Сулеманов Р.А., Асадулаев М.Р., Новиков С.Ю. Принципы оказания специализированной хирургической помощи при раненых сердца // Вестн. Хир. им. Грекова, 1997, № 2, с. 60-62.

4. Цыбуляк Г.Н., Бечик С.Л. Повреждение сердца и перикарда // Хирургия, 1996, № 4, с. 59-63.

5. Echevarria JR, San Roman A. Evaluation and treatment of cardiac injuries. Rev Esp Cardiol. 2000 May; 53(5): 727-35. Review. Spanish.

6. Malaspina D, Guenzati G, Lemma M, Botta M. Left atrium rupture after non-penetrating injury to the back. Ital. Heart J. 2000 Nov; 1(11 Suppl): 1476-9. Italian.