

А. КАНЫБЕКОВ, С.А. МАЛЕНКОВА, Г.В. ШАКАЛОВА, А.А. КАНЫБЕКОВА, А.А. ДАРВИШ.
Казахский Национальный медицинский университет им. С .Д. Асфендиярова

ПРОНИКАЮЩЕЕ НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОСЛОЖНЕННОЕ ГНОЙНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Представлен случай из практики: проникающее ножевое ранение грудной клетки с тотальным левосторонним пневмотораксом , осложненное гнойным перикардитом. Несмотря на позднее обращение пострадавшего (через 3 суток), своевременная диагностика гнойного перикардита и рациональная тактика кардиохирурга обеспечили благоприятный исход.

Ключевые слова: тотальный пневмоторакс, гнойный перикардит, экстраплевральная перикардотомия.

Перикардит, или воспаление околосердечной сумки, известен врачам с начала нашей эры.

В повседневной практике хирургам чаще всего приходится иметь дело с пациентами, у которых острый перикардит развивается после различных ранений сердца и перикарда. В годы ВОВ частота гнойного перикардита при огнестрельных ранениях груди составила 4-10%.

Основными причинами, способствующими развитию перикардита после ранений являются: первичная инфекция, непосредственное повреждение сердца и перикарда (87,3%), позднее обращение пострадавших за медицинской помощью после закрытой травмы (71,4%). При закрытой травме груди частота развития перикардита не превышает 0,5%. Общая летальность составляет 23,6%(1, 2, 3, 4).

Острые выпотные перикардиты, в т.ч.и гнойные наблюдаются редко, и нет сегодня единого мнения об оптимальной лечебной тактике у таких пациентов. Сторонники ранней перикардиотомии считают это пособие обязательным при гнойном плеврите любой этиологии, несмотря на широкие возможности современной антибактериальной терапии.

В лечении ножевых ранений грудной клетки особое значение имеет своевременное обращение пострадавшего за медицинской помощью. Хотим проиллюстрировать случай ножевого ранения грудной клетки с тотальным пневмотораксом, осложненный гнойным плевритом.

Больной К., 38 лет. 18.12.2010 г доставлен машиной скорой помощи с жалобами на сильные боли левой половине грудной клетки, затрудненное дыхание, одышку, слабость, повышение температуры. Со слов больного три дня тому назад во время употребления алкоголя, сын нанес ему ножевое ранение в левую половину грудной клетки. Пострадавший никуда не обращался. В связи с появлением вышеописанных жалоб вызвал скорую помощь. Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые. Левая половина грудной клетки при дыхании отстает по сравнению с правой. При перкуссии левой половины грудной клетки тимпанит. Аускультативно дыхание не прослушивается. Со стороны сердца патологии не выявлено. Пульс 92 удара в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Местно: в левой половине грудной клетки в 4-5 межреберье по средне ключичной

линии имеется рана 2,0-0,5 см с ровными краями, незначительным гнойным отделяемым, вокруг гиперемия кожных покровов. Проведена ПХО раны, наложена асептическая повязка с антисептиком. Произведена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме – левосторонний пневмоторакс, в плевральной полости жидкости нет (рентгенограмма № 1).

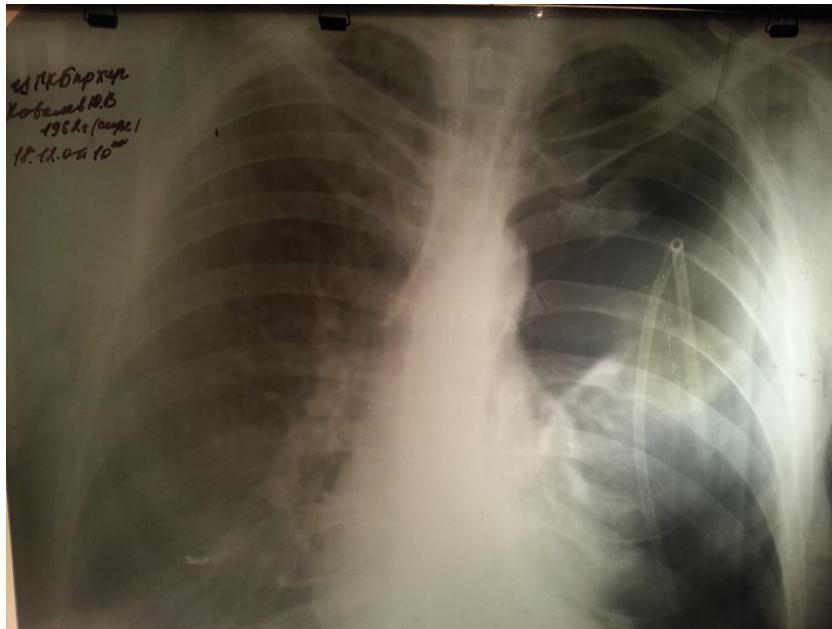


Рисунок 1 - Рентгенограмма №1

Учитывая имеющийся левосторонний пневмоторакс во втором межреберье по средне ключичной линии установлен дренаж по Бюлау, одномоментно эвакуировано около двух литров воздуха. Через три дня при повторной рентгенографии пневмоторакс отсутствует, легкое полностью расправилось, дренаж удален. Больной продолжал получать антибактериальную, противовоспалительную, симптоматическую, дезинтоксикационную терапию. Рана в области грудной стенки очистилась от гнойного налета, гиперемия кожи исчезла, начала появляться грануляционная ткань. Состояние больного намного улучшилось. Особых жалоб кроме слабости, незначительных болей в левой половине грудной клетки не предъявляет, однако у больного появилась субфебрильная температура, в связи с чем, произведена 28.12.10 рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме тень сердца намного увеличена в размере, почти полностью занимает нижнюю половину грудной клетки (рентгенограмма № 2).



Рисунок 2 - Рентгенограмма №2

Больному произведена ЭКГ. На ЭКГ выявлено: конкордантный подъем st-сегмента, снижение вольтажа. В тот же день больной консультирован кардиохирургом. Диагностирована тампонада сердца. Больной по экстренным показаниям взят на операцию. Обезболивание - общее. Произведена экстраплевральная перикардиотомия: произведен вертикальный разрез по средней линии живота в верхней части эпигастрия. Мечевидный отросток резецирован. Тупо расслоены волокна диафрагмы, осуществлен доступ к перикардиальному листку, который вскрыт между двумя наложенными на перикард швами-держалками. Тем самым создано окно диаметром до 5 см, при этом выявлен гнойный перикардит. Электроотсосом эвакуировано около литра гнойной жидкости. Полость перикарда тщательно санирована. При ревизии целостность перикарда не нарушена. На перикард наложены редкие швы с оставлением дренажа. Производилась ежедневная перевязка больного, в связи с прекращением выделений из перикардиальной полости дренаж удален. Швы послеоперационной раны сняты через восемь суток. Температура больного нормализовалась. На контрольной рентгенограмме со стороны органов грудной полости патология отсутствует. Больной выписан из стационара через десять дней после перикардиотомии, повторно осмотрен через шесть месяцев, жалоб не предъявляет.

Выводы: иллюстрируемый случай показывает что при проникающем ножевом ранении грудной клетки сопровождающимся пневмотораксом, даже при целостности перикарда может развиваться гнойный перикардит, а также своевременная диагностика перикардита, рациональная тактика кардиохирурга определяют благоприятный исход.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абакумов М.М. со авторами. Профилактика и лечений постравматического перикардита. Хирургия. – 2010. – 4. – С. 16 -20.
- 2 Ермолов А.С. со авторами. Диагностика и лечение ранений сердца и перикарда. – Хирургия. - 2001. – 1. – С. 18-21.
- 3 Самохвалов И.М. со авторами. Диагностика и хирургическая тактика при ранениях сердца и перикарда. Вестник хирургии. – 2001. – 5. – С. 102-107.
- 4 Шевченко Ю.Л. Перикардит. Диагностика, лечение и профилактика. С.П.Наука. - 1999 г. - 192 с.

А. ҚАНЫБЕКОВ, С.А. МАЛЕНКОВА, Г.В. ШАКАЛОВА, А.А. ҚАНЫБЕКОВА, А.А. ДАРВИШ КЕУДЕ ҚУЫСЫНЫҢ ПЫШАҚ ЖАРАҚАТЫНАН ДАМЫҒАН ІРІҢДІ ПЕРИКАРДИТ АСҚЫНУЫ

Түйін: Медициналық тәжірибеден алынған; кеуде қуысының пышақ жарақатынан дамыған тотальды пневмоторакс пен перикардит асқынуы көрсетілген. Жарақаттанушы медициналық көмекке кеш келгеніне (үш тәуліктен кейін) қарамастан уақтысында іріңді перикардит диагнозы қойылуына, кардиохирургтың рациональды операция жасауына байланысты, науқастың айығып кеткені келтірілген.

Түйінді сөздер: тотальды пневмоторакс, іріңді перикардит, экстраплевральды перикардиотомия.

A. KANYBEKOV, S. A. MALENKOVA, G. V. SHAKALOVA, A.A. KANYBEKOVA, A.A. DARWISH INVASED KNIFE WOUND OF THORAX COMPLICATED WITH PURAL PERICARDITIS

Resume: The case study: a penetrating stab wound to the chest with a total left-sided pneumothorax, complicated by suppurative pericarditis. Despite a late appeal was received (after 3 days) early diagnosis of suppurative pericarditis and cardiac surgeon's rational tactics had provided favorable outcome.

Keywords: total pneumothorax, suppurative pericarditis, extrapleural pericardiotomy.