

И. И. Томашук¹, С. Н. Шнитко², В. А. Пландовский¹, А. А. Сухарев¹, Д. В. Гамбалеvский¹

СОЧЕТАННОЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ПУЛЕВОЕ РАНЕНИЕ ГРУДИ И ЛЕВОЙ КИСТИ

ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр Вооружённых Сил
Республики Беларусь»¹,
Военно-медицинский факультет в УО «БГМУ»²

Диагностика и лечение огнестрельных ранений груди (ОРГ) даже сейчас, в XXI веке, несмотря на очевидные успехи и достижения современной медицины, являются серьезными проблемами неотложной хирургии.

Особенностью современной травмы груди является преобладание в её структуре сочетанных травм, ярким при-

мером которых являются повреждения при ДТП и ОРГ. Взаимное отягощение состояния при них значительно усложняет и



Рис. 1. (объяснения в тексте)



Рис. 2. (объяснения в тексте)

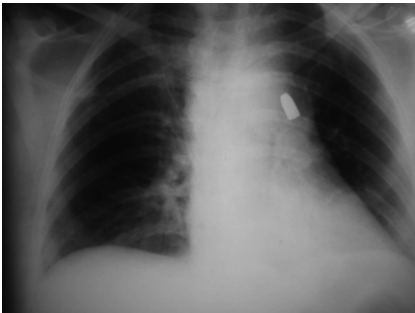


Рис. 3. (объяснения в тексте)

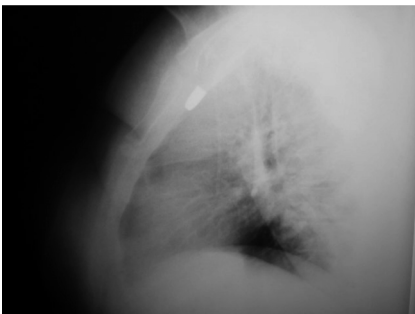


Рис. 4. (объяснения в тексте)

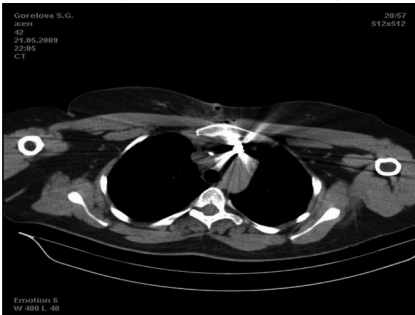


Рис. 5. (объяснения в тексте)

диагностический, и лечебный процесс, задерживает оказание «узкоспециализированной» медицинской помощи [1].

Клиническое наблюдение. Больная Г., 1967 г.р., и/б 27675 поступила в отделение торакальной хирургии ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр» (432 ГВКМЦ) 22.05.2009 г. с жалобами на боли в области груди и левой кисти.

Из анамнеза: 21.05. 2009 г. около 15 часов, на рабочем месте в магазине

г. Дзержинска неизвестный выстрелил из пистолета в пострадавшую. Доставлена в Дзержинскую ЦРБ, где установлен диагноз: Огнестрельное слепое ранение грудной клетки, проникающее в переднее средостение. Сквозное огнестрельное ранение левой кисти с раздроблением 3 пястной кости. Выполнена первичная хирургическая обработка ран груди и кисти. 21.05.2009 г. переведена в Минскую областную клиническую больницу, где после выполнения КТ органов груди проводилась консервативная терапия. 22.05.2009 г. для дальнейшего лечения переведена в 432 ГВКМЦ.

При поступлении: Общее состояние больного средней степени тяжести в сознании. Во втором межреберье справа имеется ушитая

5 узловыми швами рана длиной до 7 см с резиновым выпускником и серозно-геморрагическим отделяемым (Рис. 1.). Мягкие ткани вокруг раны отёчные, гиперемированы, при пальпации тканей вокруг раны пострадавшая отмечает резкую боль,

особенно в яремной вырезке. Швы прорезываются. Справа и слева дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений-17 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, при паль-



Рис. 6. (объяснения в тексте)

пации безболезненный во всех отделах. Левая кисть: умеренный отёк кисти с незначительной гиперемией кожи в области ушитых ран кисти (Рис. 2.). На тыльной поверхности, у основания 4-го пальца имеется ушитая рана, дренированная резиновым выпускником. На ладонной поверхности тенора у основания 1-го пальца так же ушитая рана, дренированная резиновым выпускником. Движения пальцев болезненны, ограничены. Пальцы тёплые, розовые, капиллярный пульс отчётливый.

На R-ммах (в прямой и боковой проекциях) и КТ органов грудной клетки отчетливо выявляется инородное тело (пуля) в переднем средостении (Рис. 3,4 и 5).

На R-ммах кисти пострадавшей выявлен многооскольчатый перелом 3-ей пястной кости левой кисти (Рис.6.).

Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма в пределах клинической нормы. ЭКГ без патологии.

Окончательный диагноз: Сочетанное огнестрельное пулевое ранение груди, конечности (21.05.2009 г.). Огнестрельное пулевое слепое ранение груди. Огнестрельный, краевой перелом рукоятки грудины. Инородное тело (пуля) переднего средостения. Пневмомедиастинум. Огнестрельное пулевое сквозное ранение левой кисти. Многооскольчатый огнестрельный перелом 3-ей пястной кости. ПХО ран от 21.05.2009 г.

22.05.2009 г. пострадавшей проведены операции:

1. Ревизия раны груди, медиастинотомия, дренирование переднего средостения.

2. Повторная хирургическая обработка огнестрельных ран левой кисти. Декомпрессия тканей левой кисти.

26.05.2009 г. с помощью эндоскопической техники большой выполнена операция:

Медиастиноскопия, удаление инородного тела (пули) из переднего средостения и дренирование средостения. Наложены швы на рану в области входного отверстия.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

28.05.2009 г. удалён дренаж из средостения. 02.06.2009 г. ушивание раны в яремной вырезке. Рана во 2-ом межреберье справа зажила первичным натяжением и 5.06.2009 г. швы сняты. 11.06.2009 г. – сняты швы с ран левой кисти и в области яремной вырезки. Раны зажили первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пострадавшая выписана из стационара на 21 сутки.

Цель демонстрации клинического наблюдения: Показать эффективность применения видеоторакоскопических вмешательств в лечении огнестрельных ранений груди, а также напомнить врачам основополагающие принципы лечения огнестрельных ран (рассечение, иссечение, создание условий для свободного оттока раневого отделяемого).

Литература

1. Борисов, А.Е., Кубачев, К.Г., Лишенко, В.В., Зайцев, Д.А., Кукушкин, А.В., Элмурадов, К.С. Торакоскопия в диагностике и лечении травм груди // Вестн. хирургии. – 2010. – №1. – С. 96-100.

Поступила 26.03.2012 г.