

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГРУДИ

Шнитко С. Н.

Военно-медицинский факультет

в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Огнестрельные ранения груди (ОРГ) занимают от 7 до 15 % от всех травм военного времени. У 50 % умерших от травм в военное время основная причина смерти – повреждения органов грудной клетки. Ошибки в диагностике и лечении ОРГ составляют около 30 %.

Цель. Разработать классификацию основных ошибок, встречающихся при диагностике и лечении ОРГ.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии 432 Главного военного клинического госпиталя (ныне – 432 Главного военного клинического медицинского центра Вооруженных Сил Республики Беларусь) находилось на лечении 156 пострадавших с открытыми травмами груди, что составило 31,3 % от всех повреждений грудной клетки. Из них у 106 (67,9 %) ранения были нанесены огнестрельным оружием, у 50 (32,1 %) – колющими и режущими предметами.

У 77 (72,6 %) пострадавших имелись пулевые ранения, у 29 (27,4 %) – осколочные. У большинства пострадавших (55 человек) (51,9 %) преобладала правосторонняя локализация повреждений, реже – у 46 (43,4 %) – левосторонняя. Ранения обеих половин грудной клетки выявлены у 5 пострадавших (4,7 %). Сквозные ранения диагностированы у 56 (52,8 %), проникающие ранения с повреждениями органов грудной полости, – 87 (82,1 %).

Принципиальная схема лечения раненых в грудь включала: устранение боли; раннее и полноценное дренирование плевральной полости; герметизацию и стабилизацию грудной стенки; мероприятия, направленные на скорейшее расправление легкого; устранение бронхиальной обструкции и поддержание проходимости дыхательных путей.

Хирургическая обработка ран осуществлена у 11 (10,4 %) пострадавших.

Торакотомия в разные сроки после ранения выполнена у 12 (11,3 %) пострадавших с огнестрельными ранениями груди. В зависимости от сроков повреждения и возникших осложнений, следует различать 3 вида торакотомий (неотложную, срочную и отсроченную). У 10 (9,4 %) раненых с огнестрельными ранениями груди осуществлены видеоторакоскопические операции.

В послеоперационном периоде у 5 (4,7 %) раненых развилась эмпиема плевры, у 9 (8,5 %) – пневмония, у 10 (9,4 %) – нагноение раны. Умерли 3 пострадавших (2,8 %): 2 – с ранением сердца, 1 – с повреждением легкого, пищевода и других внутренних органов.

Результаты и обсуждение. Наш совместный с кафедрой торакальной хирургии Российской Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова опыт в оказании помощи при ОРГ позволил сформулировать классификацию ошибок в диагностике и лечении ОРГ.

Различаем организационные, тактические, технические, а также ошибки послеоперационного ведения и лечения пострадавших от ОРГ.

Организационные ошибки в хирургии ОРГ:

1. Поздняя доставка раненых в лечебные учреждения.
2. Ошибки в оказании помощи при ОРГ на догоспитальном этапе (не накладывание окклюзионной повязки с открытым пневмотораксом, не проведение плевральной пункции при клапанном (напряженном) пневмотораксе и т. д.).

Тактические ошибки в хирургии ОРГ:

1. Недооценка механизма травмы (особенно при оказании помощи пострадавшим с ОРГ при наличии бронежилета).
2. Неточный выбор метода лечения (что в начале ОРГ предпринять: противошоковая терапия или дренирование плевральной полости или широкая торакотомия).
3. Не проведение видеоторакоскопии в диагностике и хирургической коррекции ОРГ.

Технические ошибки в хирургии ОРГ:

1. Ошибки при выполнении дренирования плевральной полости.
2. Ошибки при выполнении хирургической обработки ран (ХОР) грудной клетки.

3. Ошибки при выполнении операций на внутренних органах.

Ошибки послеоперационного ведения и лечения пострадавших с ОРГ:

1. Отсутствие целенаправленной интенсивной терапии.
2. Отсутствие мероприятий по достижению адекватного дыхания, эффективного кашля и полной дыхательной активности.

3. Отсутствие полноценного послеоперационного обезболивания.
4. Позднее и неполноценное расправление легкого.
5. Несвоевременное решение о необходимости реторакотомии при сформировавшемся свернувшемся гемотораксе и невозможности другим способом расправить легкое.
6. Игнорирование полноценной инфузионной терапии.

Выводы.

1. В выполнении торакотомии при огнестрельных ранениях груди нуждаются около 11 % пострадавших.
2. Видеоторакоскопия эффективна как в диагностике, так и в хирургической коррекции последствий огнестрельных ранений органов грудной клетки.
3. Классификация ошибок в диагностике и лечении огнестрельных ранений груди позволит хирургам в большинстве случаев избежать осложнений и неблагоприятных исходов.