© В.Н.Фомин, Р.В.Фомина, 2015
УДК 616.12-001.4-089.819.84

В. Н. Фомин, Р. В. Фомина

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЯ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

БУ «Козловская ЦРБ им. И. Е. Виноградова» Минздравсоцразвития Чувашии (главврач — О. В. Краснова)

Ключевые слова: ранение сердца, центральная районная больница

История хирургического лечения ранений сердца начинает отсчет с 1895 г., когда Carrelen (Норвегия) впервые наложил швы на непроникающую рану левого желудочка. Два дня спустя больной умер от перикардита. В марте 1896 г. по поводу проникающего колото-резаного ранения правого желудочка произвел кардиорафию Farina в г. Риме. Пять дней спустя больной погиб от бронхопневмонии. Наконец 9 сентября 1896 г. по поводу проникающего колото-резаного ранения правого желудочка кардиорафию впервые успешно выполнил Rehn в г. Франкфурте-на-Майне. В России впервые удачно наложил шов на сердце Н. Шаховский (Москва, 1903 г.). С тех пор в мире накоплен огромный опыт по хирургическому лечению ранений сердца. В научной хирургической литературе данная проблема получила достаточное освещение, однако остаются проблемы и вопросы, заслуживающие внимания и, в первую очередь, анализ летальности, которая при ранениях сердца продолжает оставаться высокой и составляет 8,2–42%, а по некоторым данным, достигает 82%. [1, 2] Относительно наибольшая частота данного вида травмы затрудняет накопление большого опыта в пределах одного клинического учреждения, следовательно, и достоверную оценку методов диагностики и принципов лечения.

На исход оперативного лечения в значительной мере влияет тяжесть состояния пострадавших. Так, среди больных, поступавших в терминальных состояниях, летальность достигает до 80–90%.

Наиболее частой локализацией ран сердца у пострадавших является левый желудочек — у 40,6%, реже правый — у 32,5%, еще реже

наблюдается ранение правого (у 7,9%) и левого предсердий (у 3,5%). В 70% наблюдений ранение сердца сопровождается выраженным гемотораксом, у 30% пострадавших — ранением легкого.

В основе успешного лечения пострадавших с ранениями сердца лежит адекватное проведение реанимационных мероприятий на месте происшествия, в пути следования и срочное оперативное лечение в стационаре. Больных с ранениями сердца, сопровождающимися шоком и острой кровопотерей, должны доставлять, минуя приемное отделение, непосредственно в операционную, где проводится экстренная операция и продолжается противошоковая и инфузионная терапия. Анализ сроков от момента ранения до начала операции показал, что послеоперационная летальность тем ниже, чем меньше этот срок.

Время от поступления больного с ранением сердца в стационар до операции должно исчисляться минутами! Отсюда успешное лечение пострадавших с ранениями сердца возможно только при условии преемственности в оказании медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, в основе которых лежат срочные по времени и адекватные по объему жизнеспасательные хирургические вмешательства.

В нашей больнице накоплен определенный опыт успешного лечения ранений сердца за последние 22 года. Данный опыт был опубликован в журналах «Медицинский журнал Чувашии» (1999. № 3–4. С. 87–88) и «Здравоохранение Чувашии. Чебоксары» (2005. № 2. С. 65–66) [3].

Особенность данных случаев и их уникальное значение в том, что такая патология встречается в условиях села и маленьких городов, к счастью, редко. Относительно небольшая частота данного вида травм затрудняет накопление большого

Сведения об авторах:

Фомин Владимир Николаевич (e-mail: dlo11@medinform.si), Фомина Роза Владимировна (e-mail: dlo11@medinform.si), Козловская центральная районная больница им. И. Е. Виноградова, 429430, Чувашская Республика, г. Козловка, ул. Виноградова, 2

опыта у хирургов, особенно в условиях районных больниц.

Успешное лечение ранений сердца до сих пор представляет редкость. В большинстве случаев пострадавшие погибают от кровотечения на месте происшествия. Ранение сердца часто сопровождается повреждением легких, что усугубляет тяжесть состояния пострадавшего. При своевременной доставке и оказании квалифицированной хирургической помощи таких больных удается спасти. В связи с этим представляют интерес наши наблюдения с ранениями сердца у 10 больных за 1992–2014 гг. Возраст больных составлял от 20–40 лет, из них мужчин — 10. 8 пострадавших имели проникающие колото-резаные ранения грудной клетки слева и 2 — справа. Все раны ножевые. Размер ран составлял от 0,5–1,5 до 1,5–2,5 см. Пострадавшие были доставлены в приемный покой больницы фельдшерами скорой помощи, в среднем, через 20–40 мин после получения травмы.

Состояние больных при поступлении было крайне тяжелым. Наблюдались бледность кожных покровов, одышка в покое до 40 дыханий в 1 мин, нитевидный пульс, АД у 2 больных составляло 60/20 мм рт.ст., у 4 — не определялось. У всех больных характерным было набухание яремной вены, больше слева, что является патогномичным симптомом сердечной недостаточности по малому кругу кровообращения. Аускультативно тоны сердца были глухие, отмечалось нарушение сердечного ритма. Из 10 больных у 8 ранения сердца сопровождалось повреждением легочной ткани. У всех пациентов диагностирован гемопневмоторакс слева, геморрагический шок III–IV степени. Из ран в области грудной стенки вытекала пенная кровь. Ввиду тяжести состояния пострадавших из приемного покоя сразу доставляли в операционную. ЭКГ больным до операции не проводили. Больные оперированы дежурным хирургом, в среднем, через 20–30 мин после поступления. В качестве ассистента привлекали врачей других специальностей, дежуривших по лечебному корпусу (отоларинголог, травматолог, гинеколог). Выполняли переднебоковую торакотомию в пятом–шестом межреберьях слева, у 2 пациентов — торакотомия справа. У 6 пострадавших была обнаружена тампонада сердца, которая ликвидирована путем рассечения сердечной сорочки и удаления из нее крови и сгустков. Двум больным из-за остановки сердечной деятельности выполняли прямой массаж сердца на операционном столе. Остановка сердца на операционном

столу продолжалась от 2 до 4 мин. Операции заканчивали введением дренажей в плевральную полость в третьем межреберье слева по средней ключичной линии и в восьмом межреберье по задней подмышечной линии и микроиригатора — в сердечную сумку. Рану грудной стенки ушивали послойно. Все 10 пациентов выписаны из хирургического отделения через 10–13 сут.

Представляет интерес успешная операция в нашей центральной районной больнице больному И., 50 лет, доставленному в Козловскую ЦРБ на машине скорой помощи 02.06.2012 г. с проникающим колото-резаным ранением груди слева с повреждением левого желудочка сердца. Травма бытовая, получена острым колющим предметом. Доставлен в приемное отделение районной больницы фельдшером скорой помощи. Состояние пациента оценено как крайне тяжелое. Больной в экстренном порядке доставлен в операционную. Выполнена экстренная переднебоковая торакотомия в шестом межреберье слева. В плевральной полости была кровь со сгустками около 500 мл. Установлены полная тампонада сердца, резкое падение сердечной деятельности. Выполнено экстренное рассечение сердечной сумки, эвакуированы кровь и большое количество сгустков, сердечная деятельность восстановлена. Тампонада сердца ликвидирована. Обнаружена рана левого желудочка размером 1,5×0,3 см, кровоточащая. Рана сердца ушита капроном, кровотечение остановлено.

Послеоперационное течение гладкое, больной выписан домой в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции.

Остается высокой летальность при этой травме как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах оказания медицинской помощи. Данное наблюдение ранения сердца указывает на то, что эти пострадавшие относятся к группе тяжелобольных и нуждаются в экстренном оперативном лечении и проведении реанимационных мероприятий в течение всего периода оказания медицинской помощи. Спасти этих больных можно только при проведении своевременной операции квалифицированным хирургом. Рассчитывать на благоприятный исход возможно лишь при самой быстрой медицинской помощи на месте происшествия и транспортировке в стационар с доставкой пострадавшего непосредственно в операционную, минуя приемное отделение.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гринёв М.В., Чуприс В.Г. Ранения сердца // Вестн. хир. 1988. № 2. С. 37–42.
2. Тараканова Л.И., Макеева Р.П. Реанимация на догоспитальном этапе при ранении сердца // Вестн. хир. 1986. № 5. С. 98–99.
3. Фомин В.Н. Случай успешного лечения ранения сердца в состоянии клинической смерти // Здравоохр. Чувашии. 2005. № 2. С. 65–66.

Поступила в редакцию 15.04.2015 г.