



В. В. Бойко^{1,2}, В. В. Крицак¹,
П. М. Замятін^{1,2},
О. М. Шевченко²,
Д. П. Замятін²,
Е. М. Хорошун³,
В. В. Негодуйко³,
Ю. М. Бунін³

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

²Харківський національний медичний університет

³Військово-медичний клінічний центр Північного регіону Міністерства оборони України, Харків

© Колектив авторів

ВИПАДОК УСПІШНОГО КОМБІНОВАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНОГО ІЗ ГНІЙНИМ МЕДІАСТИНИТОМ ПІСЛЯ ПОШКОДЖЕННЯ ГРУДЕЙ І ШИЇ ВОГНЕПАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Резюме. Метою дослідження було розкриття основних особливостей розвитку гнійного медіастиніту у пораненого із вогнепальними проникаючими пораненнями грудей і шиї для подальшого поліпшення діагностики та лікування цього важкого ускладнення.

У роботі повідомлено про пораненого К., 29 років, із гострим гнійно-некротичним медіастинітом та пізньою двобічною емпіємою плеври, спричиненою вогнепальною травмою грудей і шиї.

При ранній діагностиці гнійного медіастиніту внаслідок проникаючих вогнепальних поранень грудей і шиї, активна хірургічна тактика, що включає обробку ран, дренивання, масивну антибіотикотерапію та адекватний післяопераційний догляд із проведенням інтенсивної терапії в цілому допомагають врятувати життя пацієнта.

Ключові слова: вогнепальні проникаючі поранення грудей і шиї, гнійний медіастиніт.

Вступ

Одним з грізних торакальних ускладнень ВППГ є гнійний медіастиніт. Проблема діагностики та лікування післятравматичного гнійного медіастиніту (ПГМ) висвітлена в літературі недостатньо, про що свідчать нечисленні публікації, засновані лише на вивченні невеликої кількості спостережень. Розвиток ПГМ після ВППГ у значній частині спостережень призводить до стійкої інвалідизації та летальних виходів [1-4].

Слід підкреслити, що завдяки розвитку військової медицини та виділенню особливих повноважень знов організованого командування медичних сил ЗСУ на сучасному етапі, швидка доставка до військових та цивільних лікувальних закладів призвела до подачі в операційну ще живими значної кількості поранених, незважаючи на масивну крововтрату та руйнування внутрішніх органів грудної клітки [5, 6].

У той же час летальність ПГМ навіть на тлі комплексного інтенсивного лікування не опускається нижче за 40% [7, 8].

Мета дослідження

Розкрити основні особливості розвитку гнійного медіастиніту у пораненого із вогнепальними проникаючими пораненнями грудей і шиї для подальшого поліпшення діагностики та лікування цього важкого ускладнення.

Матеріали та методи дослідження

Повідомляємо про пораненого К., 29 років, із гострим гнійно-некротичним медіастині-

том та пізньою двобічною емпіємою плеври, спричиненою вогнепальною травмою грудей і шиї. Хоча після госпіталізації перебіг його хвороби був ускладнений септичним шоком, гемодинамічною нестабільністю, нирковою та легеневою дисфункцією, проте він вижив завдяки своєчасній діагностиці, активній хірургічній тактиці, належному призначенню антибіотиків та оптимальній інтенсивній терапії, що проводилася у відділенні інтенсивної терапії.

Через 3 доби після проникаючих вогнепальних поранень грудей і шиї був направлений поранений 29 років з дисфагією, приглушеністю голосу та припухлістю в правій піднижньо-щелепній ділянці. Він скаржився на задишку, дисфагію та біль у правій половині грудей та шиї. При клінічному огляді в день надходження виявлено набряк і підшкірну емфізему. Запаморочення та розладів зору у нього не було, свідомість у нормі. У перший день після отримання проникаючих вогнепальних поранень у нього не було серйозних симптомів, за винятком помірного болю та чутливості на шиї, але біль і чутливість посилювалися через 24 години вже під час знаходження у клініці.

Результати досліджень та їх обговорення

Хірургічний підхід для оптимізації дренивання та санації при ДНМ, який поширюється на нижнє переднє і заднє середостіння, а також параезофагеальну площину, в ідеалі являє собою стандартну задньо-бокову торакотомію в поєднанні з шийним доступом.



Неадекватна хірургічна санація та порушення інфікованих осередків у грудній порожнині, середостінні та шийному просторі призводить до подовження терміну перебування у ВІТ, погіршення загального стану та виникнення нових інфекційних осередків.

З цією метою, незважаючи на важкий стан пацієнта, ми віддали перевагу поетапній стандартній задньо-боковій торакотомії перед відеоторакоскопією, яка в даному випадку була більш переносимою та безпечною. Стандартна задньо-латеральна торакотомія при цьому забезпечує адекватний огляд плевральної порожнини, перикарда та всіх відділів середостіння. Обраний доступ також забезпечує найширший огляд превертебральної та параезофагеальної площин без ризику інфікування місця розрізу груднини. Однак задньо-латеральна торакотомія не дозволяє проводити контралатеральне лікування середостіння або дослідження контралатеральної плевральної порожнини, тому для подолання цього недоліку нами використано наступний підхід: серединна стернотомія, відеоторакоскопічний доступ, а нещодавно також було використано відеомедіастиноскопію.

У цьому випадку хірургічне дренивання та обробка шиї, середостіння та правої половини грудної клітки було виконано адекватно, але, незважаючи на широкий спектр антибіотиків, контралатеральна емпієма плеври та перикардит розвинулися протягом 13 днів після першої операції, що призвело до продовження септичного стану.

При контралатеральній торакотомії стан пораненого швидко покращився. Отже, у будь-якого пацієнта, який не реагує на оптимальне

лікування, потрібна рання діагностика та рентгенологічна повторна оцінка. Додатково було виконано СКТ, оскільки тільки одне клінічне обстеження є достовірним лише у 55 % випадків.

Сподіваємося, що знайомство широкого кола лікарів суміжних фахів із цим рідкісним, але потенційно важким і серйозним ускладненням, що було спричинено проникаючою вогнепальною травмою грудей і шиї, pomoже запобігти запізненому діагнозу та своєчасному проведенню активного комбінованого хірургічного лікування із адекватною інтенсивною терапією. Будь-яка затримка з відповідним підходом може призвести до грізних ускладнень, включаючи септичний шок, двосторонню емпієму, тривалу за терміном штучну вентиляцію легень та перебування у відділенні інтенсивної терапії.

Висновки

При ранній діагностиці гнійного медіастиніту внаслідок проникаючих вогнепальних поранень грудей і шиї, активна хірургічна тактика, що включає обробку ран, дренивання, масивну антибіотикотерапію та адекватний післяопераційний догляд із проведенням інтенсивної терапії в цілому допомагають врятувати життя пацієнта.

Неадекватне хірургічне дренивання будь-яких можливих відділів грудної порожнини, середостіння та шийного відділу може призвести до погіршення загального стану та тривалого перебування у відділенні інтенсивної терапії, тому добре спланований варіант найкращого дренивання відіграє більш важливу роль у кінцевому результаті.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Бойко В. В., Замятін П. М., Крицак В. В., Замятін Д. П., Шевченко О. М., Бунін Ю. М. Гнійний післятравматичний медіастиніт як ускладнення вогнепальних проникаючих поранень грудей. Харківська хірургічна школа. 2022. № 2. 55-59.
2. Boyko V., Kritsak V., Zamiatin P., Zamiatin D., Bunin Yu. Characteristics of the course of purulous post-traumatic mediastinitis on the background of fire penetrating wounds of the chest. Modern scientific strategies of development : collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, California: GS Publishing Services (USA). 2022. 349 p. Section, «Medicine». pp. 169-172. ISBN 978-1-7364133-9-5. DOI: 10.51587/9781-7364-13395-2022-008
3. Гетьман В. Г., Сафонов В. Є., Кравченко К. В., Худа М. Ю., Дудла Д. І. Ускладнення та наслідки бойової травми грудної клітки: лікувальна тактика / Збірник наукових робіт XXIV з'їзду хірургів України, присвячений 100-річчю з дня народження академіка О.О. Шалімова. 26-28 вересня, 2018р. м. Київ. С. 15-16.
4. Swiech A., Boddaert G., Daban J. L., Falzone E., Ausset S., Boutonnet M. J. R. Penetrating thoracic injuries: a retrospective analysis from a French military trauma centre / Army Med Corps. 2019 Jun 6. pii: jramc-2019-001159. doi: 10.1136/jramc-2019-001159.
5. Атлас бойової хірургічної травми (досвід антитерористичної операції об'єднаних сил). Наукове виданн. / За загальною ред. академіка НАМНУ В. І. Цимбалука. Харків: Колегіум, 2021. 385 с.
6. Хоменко І. П., Верба А. В., Хорошун Е. М. Характеристика бойової хірургічної травми, недоліки та досягнення в лікуванні поранених і травмованих в умовах антитерористичної операції / Міжвідомчий медичний журнал «Наука і практика». – 2016, №1-2 (7-8). С. 27-31.
7. Каштальян М. А., Герасименко О. С., Тертышный С. В., Енин Р. В. Новые направления в лечении огнестрельных ран / Харьковская хирургическая школа. 2017, №1. С. 112-115.
8. Smith E. R., Shapiro G., Sarani B. The profile of wounding in civilian public mass shooting fatalities / J Trauma Acute Care Surg. 2016 Jul;81(1):86-92. doi: 10.1097/TA.0000000000001031.



REFERENCES

1. Boyko V, Zamiatin P., Kritsak V., Zamiatin D., Shevchenko O. M., Bunin Yu. M. Gnijnij pisyatravmatichnij mediastinit yak uskladnennya vognepalnih pronikayuchih poranen grudej. Harkivska hirurgichna shkola. 2022. № 2. 55-59.
2. Boyko V., Kritsak V., Zamiatin P., Zamiatin D., Bunin Yu. Characteristics of the course of purulous posttraumatic mediastinitis on the background of fire penetrating wounds of the chest. Modern scientific strategies of development: collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, California: GS Publishing Services (USA). 2022. 349 p. Section, «Medicine». pp. 169-172. ISBN 978-1-7364133-9-5. DOI: 10.51587/9781-7364-13395-2022-008.
3. Getman V. G., Safonov V. E., Kravchenko K. V., Khuda M. Yu., Doodle D. I. Compounding the legacy of combat injuries of the chest: likuvalnaya tactic / Collection of scientific works of XXIV z'izd surgeons in Ukraine, dedications of the 100th anniversary of the birth of Academician O.O. Shalimova. 26-28 spring, 2018 m. Kiev. pp. 15-16.
4. Swiech A., Boddaert G., Daban J. L., Falzone E., Ausset S., Boutonnet M. J. R. Penetrating thoracic injuries: a retrospective analysis from a French military trauma centre / Army Medical Corps. 2019 Jun 6. pii: jramc-2019-001159. doi: 10.1136/jramc-2019-001159.
5. Atlas of combat surgical injuries (dosvid anti-terrorist operation of the united forces). Science has seen. / Behind the headline ed. Academician of NAMSU V.I. Tsybalyuk. Kharkiv: Kolegium, 2021. 385 p. ;
6. Khomenko I. P., Verba A. V., Khoroshun E. M. Characteristics of combat surgical injuries, shortcomings and shortcomings in healing the wounded and traumatized in the minds of the anti-terrorist operation / International Medical Journal «Science and Practice». - 2016, No. 1-2 (7-8). pp. 27-31.
7. Kashtalyan M. A., Gerasimenko O. S., Tertyshny S. V., Enin R. V. New directions in the treatment of gunshot wounds / Kharkov School of Surgery. 2017, No. 1. pp. 112-115.
8. Smith E. R., Shapiro G., Sarani B. The profile of wounding in civilian public mass shooting fatalities / J Trauma Acute Care Surg. 2016 Jul;81(1):86-92. doi: 10.1097/TA.0000000000001031.

A CASE OF SUCCESSFUL
COMBINED SURGICAL
TREATMENT OF A
WOUNDED WITH
PURULOUS MEDIASTITIS
AFTER CHEST AND NECK
INJURY OF FIRE ORIGIN

*V. V. Boyko, V. V. Krytsak,
P. M. Zamyatin,
O. M. Shevchenko,
D. P. Zamyatin,
E. M. Khoroshun,
V. V. Negoduyko,
Yu. M. Bunin*

Resume. The purpose of the study was to reveal the main features of the development of purulent mediastinitis in a wounded person with penetrating gunshot wounds of the chest and neck in order to further improve the diagnosis and treatment of this difficult complication.

The work reports on the injured K., 29 years old, with acute purulent-necrotic mediastinitis and late bilateral empyema of the pleura caused by a gunshot wound to the chest and neck.

With early diagnosis of suppurative mediastinitis due to penetrating gunshot wounds of the chest and neck, active surgical tactics including wound dressing, drainage, massive antibiotic therapy, and adequate postoperative care with intensive care generally help to save the patient's life.

Key words: *penetrating gunshot wounds of the chest and neck, purulent mediastinitis.*