

КЎКРАК ҚАФАСИ КЕСИБ КИРУВЧИ ЖАРОХАТЛАРИДА ИВИГАН ГЕМОТОРАКСНИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИК БАРТАРАФ ҚИЛИШ ИМКОНИЯТЛАРИ



Беркинов Улуғбек Базарбаевич¹, Халиков Сарвар Пулатович¹, Рашидов Дилшод Абдунаби ўғли²
1 - Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
2 - Косонсой туман тиббиёт бирлашмаси, Ўзбекистон Республикаси, Наманган вилояти

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Беркинов Улуғбек Базарбаевич¹, Халиков Сарвар Пулатович¹, Рашидов Дилшод Абдунаби ўгли²
1 - Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
2 - Касансайское районное медицинское объединение, Республика Узбекистан, Наманганская область

POSSIBILITIES OF VIDEOTHORACOSCOPIC ELIMINATION OF COAGULATED HEMOTHORAX IN PENETRATING CHEST WOUNDS

Berkinov Ulugbek Bazarbaevich¹, Khalikov Sarvar Pulatovich¹, Rashidov Dilshod Abdunabi ugli²
1 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
2 - Kasansay district medical association, Republic of Uzbekistan, Namangan region

e-mail: ulugbek_b@mail.ru

Резюме. Ивиган гемоторакс, кўпчилик беморларда жарроҳлик даволашни талаб қиладиган кўкрак қафасидаги шикастланишларнинг энг кенг тарқалган асоратидир. 2012 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда 51 нафар жабрланувчига кўкрак қафаси кесиб кирувчи ярасини даволаш асоратлари билан видеоторакоскопия ўтказилди. 27 та жабрланувчида (52,9%) ивиган гемоторакс аниқланди. Ушбу асоратнинг ривожланишининг асосий сабаби плеврал дренажнинг этарли бўлмаган функтсияси эканлиги аниқланди. Ивиган гемоторакс плевра бўшлигини дренажлашдан ва кўкрак қафасидаги яраларни бирламчи жарроҳлик даволашдан сўнг 12 та жабрланганларда (44,4%), атипик торакотомиядан сўнг 8 та беморда (29,6%) ва 7 та жабрланганларда (25,9%) ривожланган. Операциялар орасидаги ўртача интервал 8,1±5,0 кун. Ивиган гемотораксни даволашнинг энг яхши натижаларига 3 дан 7 кунгача (4,7±2,1) торакоскопик эвакуация ҳолатларида эрта аниқланганда эришилди. Видеоторакоскопияни 7 кундан кейин бажариш жарроҳлик аралашув ҳажмининг ошиши билан боғлиқ бўлиб, бу жабрланганларни даволаш муддатини сезиларли даражада оширади.

Калит сўзлар: кўкрак қафаси шикастланиши, Ивиган гемоторакс, видеоторакоскопия.

Abstract. Clotted hemothorax is the most common complication of the chest injury requiring surgical treatment in most patients. Videothoracoscopy was performed in 51 patients with complications of penetrating chest trauma in 2012-2023. Clotted hemothorax occurred in 27 cases (52.9%). It was found that the main cause of this complication was inadequate pleural drainage effect. clotted hemothorax developed after drainage of the pleural cavity and primary surgical debridement in 12 patients (44.4%), in 8 patients (29.6%) after atypical thoracotomy and in 7 patients (25.9%) after typical thoracotomy. The average interval between operations was 8.1±5.0 days. The best results of treatment for clotted hemothorax were achieved under the early detection of clotted hemothorax in case of thoracoscopic evacuation in the range from 3 to 7 days (4.7±2.1). Videothoracoscopy performed more than 7 days after detection may increase the volume of surgery, cause significant complications, and considerably prolong treatment.

Keywords: chest wound, clotted hemothorax, videothoracoscopy.

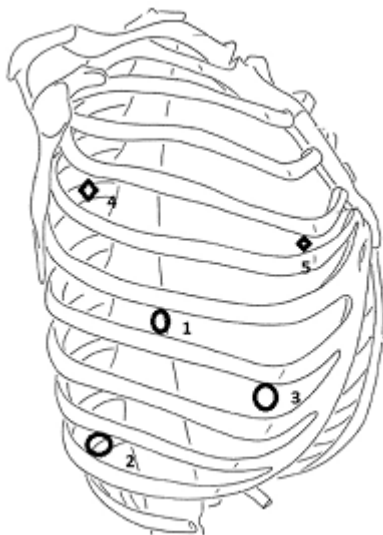
Кириш. Ивиган гемоторакс (ИГТ) кўкрак қафаси шикастланишининг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири бўлиб, уни даволашда яқин вақтгача одабий торакотомия олтин стандарт бўлган [1]. ИГТ кўпинча плевра бўшлиғи дренажланиши натижасида ривожланади [2-5]. Кўпчилик муаллифлар маълумотларига қараганда, ИГТ ривожланиш даражаси 20-28% ни ташкил қилади [6-10]. ИГТ мавжуд бўлганда қайта ёки кўшимча дренажлаш самарасиз ва плевра эмпи-

эмаси ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширади. Бу ИГТни эрта эвакуация қилиш зарурлигини келтириб чиқаради [11-13]. XXI аср бошларидан бошлаб бундай асоратларни бартараф этиш учун стандарт торакотомия ўрнига видеоторакоскопия кенг қўлланила бошланди [14, 15]. Аммо бу усулнинг самардорлиги ИГТ ҳосил бўлган кундан кескин боғлиқлигини кўпчилик қайд этади. Бу мақолада ИГТда видеоторакоскопияни имкониятлари, самарали

натижа олиш учун унинг бажариш ваки ва ишлатилган қўшимча мосламалар келтирилган.

Материаллар ва усуллар. 2012 йилдан 2023 йилгача бўлган вақт мобайнида кўкрак қафасига кесиб-кирган жароҳатларида амалиётдан кейинги 27 нафар жабрланганларда ИГТ ривожланиши туфайли видеоторакоскопия ўтказилди. Жабрланувчиларнинг 92,6%ни ўртача 31,2±7,8 ёшдаги эркаклар ташкил этди. 26 (96,2%) кўкрак қафасидаги жароҳатлар бўлган, биттада – кесувчи жароҳат қориндан кўкрак қафасига кирилган. 19(70,4%) жабрланувчида фақат жароҳат кўкрак қафасида бўлган, торакоабдоминал жароҳатлар – 8 (29,4%) ташкил этган. ИСС бўйича шикастланишларнинг анатомик жойлашуви ва оғирлик даража индексининг ўртача қиймати 7,7±3,7 баллини ташкил этди (4 дан 13 гача). ИГТ кўкрак қафаси жароҳатларини бирламчи хирургик ишлов беришдан ва плевра бўшлиғини дренажлашдан сўнг - 12 (44,4%), атипик торакотомиядан сўнг - 8 (29,6%) ва одатдаги торакотомиядан сўнг - 7 та жабрланувчида (25,9%) ривожланди. Асорат ривожланганлигини рентгенологик ва ультратовуш текширувлари орқали гумон қилинган. Ушбу асоратни аниқлашнинг асосий усули компьютер томография эди. Операциялар орасидаги ўртача интервал 7,1±3,0 кунни ташкил этди.

Видеоторакоскопия (ВТС) умумий эндотрохиал наркоз остида ўпканинг алоҳида соғлом томонида сунъий вентиляцияси орқали амалга оширилди. ВТС амалиёлари амалга ошириш учун 3 тадан 5 тагача трокартлардан фойдаланилди (1-расм). 27та жабрланувчидан 4тасида кучли ривожланган чандикли жараён ҳисобига ўпкани ажратиш пайтида шикастланиши туфайли видео-ёрдамчи миниторакотомияга ўтилди, бу 14,8% ни ташкил этди. Ҳеч қандай ўлим кузатилмади.



Расм 1. Ивиган гемотораксни торакоскопик эвакуация қилиш учун торакопортларнинг жойлашиши: 1-3-асосий торакопортлар, 4 ва 5-қўшимча торакопортлар

Натижалар ва муҳокама. Плевра бўшлиғини дренажлашдан кейин ривожланган ивиган гемоторакс. Жабрланганларнинг 12 нафарида операциядан олдинги текширув натижаларига кўра кўкрак қафасининг тешиб қирувчи жароҳати ташхиси қўйилган. Текширув натижаларига кўра, 6-8-

ковурғалар аро соҳадан плевра бўшлиғини дренажлаш 8 та жабрланувчига, 2-ковурғалар аро соҳадан 2 та беморга ва 2- ҳамда 6-8- ковуғалар аро соҳалардан 2 та жабрланувчиларда амалга оширилди. Дастлабки гемоторакс ҳажми 50 дан 450 мл гача бўлган ва ўртача 241±108 мл ни ташкил этган. Операциядан кейин ўтказилган ультратовуш ва рентгенологик текширувлар натижалари ИГТни кўрсатди, унинг клиник кўринишлари нафас олиш актининг ўзгариши ва фебрил иситма шаклида, бирламчи жароҳлик аралашувдан кейин ўртача 2,2±1,1 кун давомида намоён бўлди. Жабрланганларнинг барчаси антибактериал ва яллиғланишга қарши даво муолажалар олдилар, улар сув устунининг 20-30 см гача қамаиши билан дренажларга интилишди. Беморлар плевра бўшлиғини дренажлашдан сўнг кўкракнинг ультратовуш ва рентген текширувини динамикада ўтказдилар. Якуний ташхис ва такрорий жароҳлик амалиёти учун кўрсатмалар клиник кўринишлар ривожланганидан кейин 4,7±1,9 кун давомида ўтказилган компьютер томография натижаларига кўра аниқланди.

ВТС 2 кундан 12 кунгача, бирламчи хирургик амалиётдан кейин ўртача 7,0±3,3 кунга ўтказилди. ИГТ ҳажми 300 млдан 2000 мл гача бўлган, ўртача 842±246 мл ($p<0,05$) ни ташкил этган. Жабрланганларнинг 25%да қон кетиш манбаи бўлиб ўпка жароҳатлари, яна 25%да кўкрак қафаси девори жароҳатлари (техсиб қирувчи жароҳатланиш натижасида қўйилган ва олиб ташланган дренаж найчалари жойидаги яралар) бўлган. Жабрланганларнинг 6 нафарида қон кетиш манбаи аниқланмаган. Анамнезни ретроспектив таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ҳар 12 бемордан 7 тасида плеврал дренаж найча функцияси этарли бўлмаган, қолган 5 тасида эса дренаж найчалар олиб ташланганидан кейин ривожланган. Плеврал дренажнинг этарли бўлмаган функцияси дренажлаш учун нотўғри танланган нуқта — 6 беморда ва ривожланган ИГТ фонида плевра бўшлиғининг кеч дренажланиши - битта жабрланувчида бўлганлиги аниқланди.

Атипик торакотомиядан кейинги ивиган гемоторакс. Атипик торакотомия жароҳатнинг торакоабдоминал хусусиятини истисно қилиш учун кўкрак қафаси пастки жароҳатларида амалга оширилган. Кўкрак қафаси девори томирларининг шикастланиши 2 та жабрланувчида, ўпка тўқимасининг шикастланиши 3 та беморда, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи биргаликдаги шикастланиши 3 та беморда аниқланган. Гемоторакснинг бошланғич ҳажми 100 мл дан 1000 мл гача бўлиб, ўртача 321±168 мл ни ташкил этди. ИГТ белгилари 3,9±1,6 суткада намоён бўлди. Компьютер томография натижаларига кўра, якуний ташхис 7,0±1,9 кунда қўйилган. ВТС 3 кундан 11 кунгача, ўртача 7,6±2,5 кундан кейин амалга оширилди. ИГТ ҳажми 300 мл дан 1000 мл гача бўлиб, ўртача 606±181 мл ($p<0,05$) ни ташкил этди.

Атипик торакотомиядан сўнг ВТС пайтида қон кетиш манбасини фақат 8 та жабрланувчидан 4 тасида аниқлашга имкони бўлди. Улардан 2 тасида торакотомия қилинган жароҳат четларидан ажралиши ва ковуғалар аро мушакларнинг плевра бўшлиғига қон кетиши ташхиси қўйилган. Олиб ташланган дренаж найча жойидаги яра 1 та беморда қон кетишига сабаб бўлган, кўкрак қафасидаги қирган жароҳат ҳам битта жабрланувчида сабаб бўлган. 4 беморда қон кетиш

манбаи аниқланмаган. Атипик торакотомиядан кейин ИГТ ривожланиши асосий сабаби, 6 беморда плеврал дренаж найчанинг функцияси этарли бўлмаганлиги ва 2 та жабрланувчида дренаж найчасини олиб ташлаганидан кейин ИГТ шаклланиши бўлган.

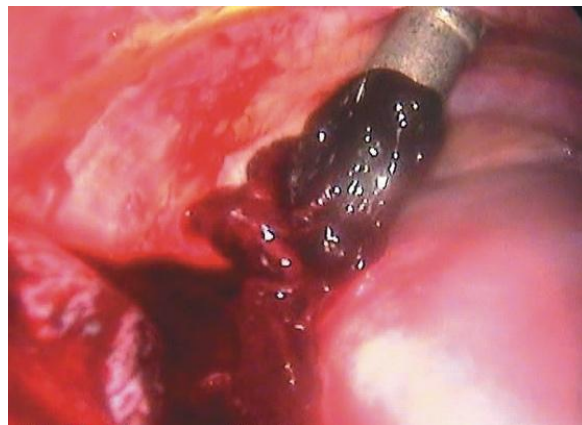
Типик торакотомиядан кейинги ивиган гемоторакс. Бир беморда жигар ва диафрагма шикастланиши билан ўнг томонда торакоабдоминал жароҳат, 2 та беморда ўпка жароҳати, битта беморда ўпка жароҳати ва диафрагманинг кўр жароҳати бўлган. ИГТнинг клиник кўринишлари ўртача $2,8 \pm 1,3$ суткада пайдо бўлган. Операция учун кўрсатмалар 3 дан 18 кунгача, ўртача $9,0 \pm 6,8$ кундан кейин белгиланган. Дастлабки гемоторакс ҳажми 100 мл дан 500 мл гача бўлиб, ўртача 271 ± 147 мл ни ташкил этди. ВТС 1 дан 15-18 кунгача, ўртача $10,4 \pm 7,9$ кундан кейин амалга оширилди. ИГТ ҳажми 400 мл дан 1000 мл гача бўлган, ўртача 686 ± 159 мл ни ташкил этган, бу асл гемоторакс ҳажмидан катта эди ($p < 0,05$). Торакотом кесма 3 та жабрланувчида интраплеврал қон кетиш манбаи бўлган. Бир беморда ИГТнинг сабаби беморнинг кеч муружаат этиши туфайли яра инфекцияси фонида кўкрак қафаси деворининг мушак томирининг аррозияси эди. Кузатувчиларнинг 2 тасида плеврал дренаж дисфункцияси аниқланди. Бир ҳолатда, дренаж трубкаси олиб ташланганидан кейин ИГТ ривожланди. ВТСда олиб ташланган найча жойида плевра ажралган ва ўртача қон кетиш белгилари бўлган қўпол яра пайдо бўлди. 3 нафар беморда ВТС пайтида қон кетиш манбаи аниқланмаган.

Кўкрак қафаси жароҳатини асосий даволаш усули сифатида плевра бўшлиғини дренажлаш амалга оширилган беморлар операциядан кейинги даврда динамик рентген ва ультратовуш текширувлари ўтказилди. Агар ўпка майдонида сояланиш бўлса ёки динамик ультратовуш текшируви пайтида аниқланган эркин суюқлик ҳажми қўпайиши бўлса, плевра таркибининг ҳажми ва табиатини аниқ баҳолашга имкон берадиган компьютер томографиясини ўтказиш керак. Гемодинамик жиҳатдан барқарор жабрланганларда паст интенсивликдаги интраплеврал қон кетиш манбалари (кўкрак қафаси девори мушакларидан қон кетиш, ўпка юза жароҳатларидан қон кетиш, ўпка ичидаги гематомалар очилиши) тафтиш қилинмаган ва бартараф этилмаган ички шикастланишлар натижасида юзага келди. Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатдики, ИГТ кузатувларининг

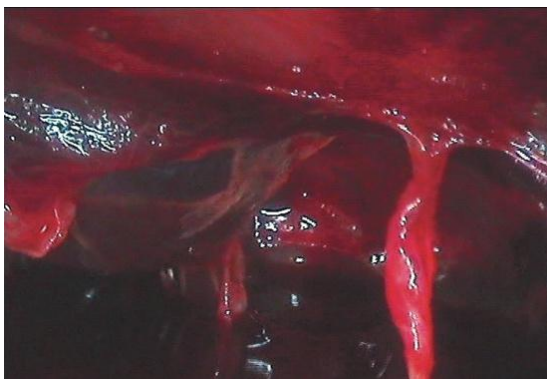
аксарияти плевра бўшлиғини дренажлашда техник хатолар билан боғлиқ. 17 беморда бу асорат дренаж функцияси бузилиши фонида, 9 беморда эса уни олиб ташлаганидан кейин ривожланган.

Шунга ўхшаш натижалар бизнинг муассасамизда ўтказилган олдинги тадқиқотларда ҳам олинган. Хорижий адабиётларда плевра бўшлиғини дренажлаш бўйича батафсил кўрсатмалар берилган ва асоратлар сабаблари таҳлил қилинган, бу нафақат Ўзбекистонда, балки ушбу муаммонинг умуман долзарблигини кўрсатади. Шуни таъкидлаш керакки, дренаж найча диаметри ИГТ ривожланиш тезлигига таъсир қилмайди [18, 19]. Шубҳасиз, ўз вақтида амалга оширилган амалиёт ва дренаж трубасининг этарли ҳолати, яни дренаж аспирацияси, пассив дренаждан фарқли ўлароқ, патологик плевра таркибини олиб ташлаш ва ўпкани тўғрилашининг энг самарали усули ҳисобланади [20].

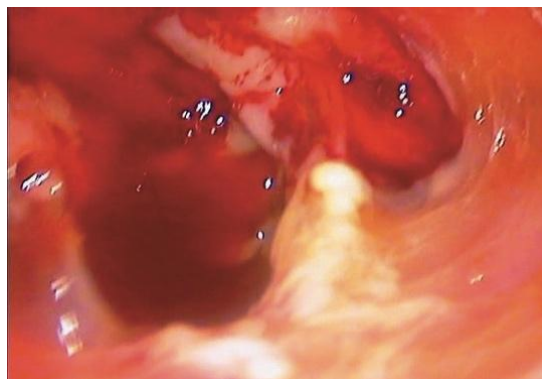
ИГТ учун видеоторакоскопиянинг самарадорлиги дренаж найчаларини олиб ташланган вақти, операциядан кейинги даволаниш муддати, даволанишнинг умумий давомийлиги ва бошқа даволаш усулларида нисбатан унинг нархи билан белгиланади [11]. Операциядан кейинги даволаниш давомийлигининг пасайиши операциядан кейинги асоратлар камайиши билан боғлиқ. Буларга биринчи навбатда травматик экссудатив плеврит ва йирингли асоратлар қиради, уларнинг энг оғири ўткир плевра эмпиэмаси. Шунинг учун ВТС натижаси бутунлай олганда плевранинг ўзгаришлари оғирлик даражасига ва операция вақтига боғлиқ. Дастлабки амалиётдан кейин 1 кундан 3 кунгача бўлган даврда ВТС ўтказилган 3 беморнинг 2 тасида ўпканинг кўкрак қафаси девори ва диафрагма билан бирлашиши йўқлиги қайд этилган. Бир беморда битишмалар жуда бўшашган, осон ажратилган. Уларнинг барчасида ўпка юзасида ва кўкрак қафаси ички деворида фибрин қопламалар йўқ эди. Плевра бўшлиғини турли хил зичликдаги қуйқалар эгаллаган эди (2-расм). Операция ҳажми қон лаҳталарни ва гемоторакснинг суюқ фракциясини эвакуация қилиниши, плевра бўшлиғини ювиш ва дренажлаш билан чекланди. Торакотом яра йиринглаши, жароҳатланганидан 40 соат ўтгач инфекцияланган бирламчи кўкрак қафаси жароҳати билан келган бир беморда ривожланди. Ушбу беморга аввал торакотомия, сўнгра 24 соат ичида ИГТ ривожланганлиги сабабли ВТС ўтказилди.



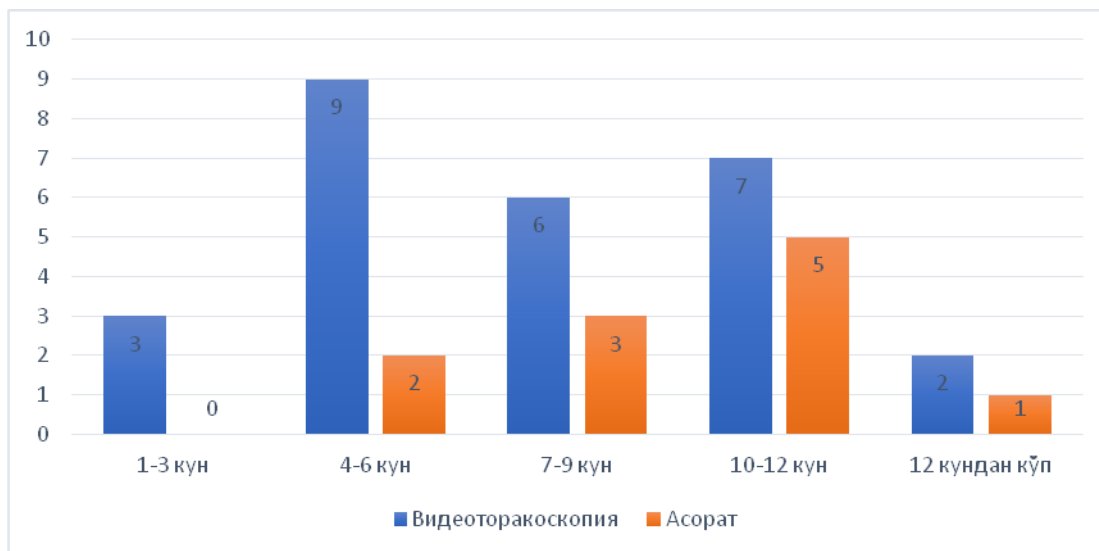
Расм 2. Ивиган гемотораксни торакоскопик бартараф этиш. Эндо фото (ўпка ва плевра бўшлиғида қон лаҳталари)



Расм 3. Ивиган гемотораксни торакоскопик баргараф этиш. Эндо фото (қон лахталари ва фибрин массалари)



Расм 4. Ивиган гемотораксни баргараф этишда эндо фото (массив фибрин массалари)



Расм 5. Видеоторакоскопия бажарилган муддати ва асоратлар сони

Биринчи амалиётдан 4-6 кун ўтиб операция қилинган 9 нафар беморнинг 8 нафарида плевра бўшлиғида юмшоқ ва ўртача зич битишмалар аниқланди. 7 нафар беморда плевра бўшлиғида турли муддатдаги қон лахталари аниқланган. 2 нафар жабрланувчида лизисга учраган қон бўлган. Плеврада ривожланаётган фибриноз жараёни 9 бемордан 7 тасида аниқланди. Бирламчи амалиётдан 4 кун ўтгач операция қилинган 2 нафар беморда фибрин кам миқдорда кўйилиши аниқланди. 3 нафар беморда плеврада сезиларли фибриноз кузатилди. ИГТ эвакуацияси 9 нафар бемордан 4 нафарида, париэтал плеврадан фибринни олиб ташлаш - яна 4 нафар беморда, ўпканинг қисман декортикацияси - 1 нафар беморда амалга оширилди. ИГТ эвакуациясидан сўнг 4 та кузатувда экссудатив плеврит аниқланди. Стафилококк септисемияси ва плевра бўшлиғида кўк йиринг таёқчаси ривожланиши билан яра йиринглаши битта жабрланувчида операциядан кейинги даврни асоратланди.

Дастлабки операциядан 7-9 кун ўтгач, 6 та беморда ВТС ўтказди. Виссерал ва париэтал плевранинг бўшашган бирлашмалари битта ҳолатда, ўртача зич бирлашмалар - 4да ва плевра бўшлиғида зич инфильтратив жараён - битта беморда кузатилди. Ушбу вақт оралиғида ИГТ қуйқалар билан ёки лахталарсиз қон билан ифодаланган. Барча беморларда плеврада ўртача фибриноз қопламалар аниқланган (3-расм). Барча жабрланганларга ИГТ ни эвакуация билан пневмолиз ўтказилди. Париэтал плеврадан фибриноз қопламани

олиб ташлаш 4 беморда амалга оширилди. Ўпканинг қисман декортикацияси битта беморга амалга оширилади. 6 беморнинг 5 тасида асоратлар пайдо бўлди. Бир беморда чекланган плевра эмпиэмаси ва септисемия ривожланди. Троакар жароҳатларнинг йиринглаши битта жабрланувчида содир бўлган. 2 беморда экссудатив плеврит пайдо бўлди.

Дастлабки амалиётдан 10-12-кун ўтиб 7 та бемор операция қилинди. Ҳаммасида плевра бўшлиғида лизисга учраган қон аниқланди. Жабрланганларнинг 4 тасида бўшашган ва ўртача зичликдаги бирлашмалар бўлган. Плеврал бўшлиғида катта миқдордаги фибрин массив тарқалган, қопламалар ва чуқурчалар шаклида ривожланган фибриноз жараёни барча беморларда содир бўлган. ВТС пайтида битта беморга ИГТни эвакуация қилинган, гемотораксни эвакуация қилиш ва фибринни париэтал плеврадан олиб ташлаш битта жабрланувчида амалга оширилган. ИГТ ни эвакуация қилиш, қисман плевректомиа ва декортикация 5 жабрланувчига қилинган. Буларнинг 2 тасида амалиёт видео-ёрдамчи усулда бажарилган. Троакар яраларнинг йиринглаши битта жабрланувчида, травматик экссудатив плеврит 6 беморда ривожланган.

Икки беморни 15- ва 18-кунларда операция қилинди. Плевра бўшлиғида ўпка билан кўкрак қафаси девори ва диафрагма билан зич биртишмалари мавжуд эди. Бир беморда ИГТ нинг пастки қисмида геморрагик суюқлик билан тўлган чегараланган бўшлиқ аниқланди. Бўшлиқ деворлари қалин фибрин қатлами

билан қопланган (4-расм). Иккинчи беморда плевра бўшлиғида сероз-геморрагик суюқлик ва майда эски қуйқалар бор эди. Иккала ҳолатда ҳам плевра таркибини видео-ёрдамчи усулда эвакуация қилиш ва париэтал ва виссерал плеврадан фибриноз қатламларни олиб ташлаш, плевра бўшлиғини ювиш ва дренажлаш амалга оширилди. Такрорий плеврал пункциясига мажбур этган экссудатив плеврит ушбу икки беморнинг бирида ривожланган.

Таҳлилимизга кўра ВТС бажариш муддати ошгани саин, асоратлар сони шу билан бирга эндохирургик амалиёт бажариш мураккаблиги ва ҳажми кўпайиши кузатилди (расм 5).

Жабрланганларнинг 21 тасида асоратлар бўлмаган, ИГТ $2,5 \pm 0,5$ кундан кейин аниқланди ва улар ўртача $4,7 \pm 2,1$ кунга операция қилинди.

Жами асоратлар 27 та беморларнинг 11 тасида (40,7%) ривожланган. Экссудатив плеврит 9 беморда, йирингли асоратлар эса 2 беморда ривожланган. Беморларни даволаш давомийлиги экссудатив плеврит билан асоратланганда $21,1 \pm 6,9$ кунни ташкил этди ва йирингли асоратларни даволаш деярли давомийлигидан фарқ қилмади - $23,6 \pm 3,4$ кун ($p > 0,05$). Асоратсиз даволанган жабрланганлар ўртача $12,1 \pm 2,9$ кун касалхонада ётишди, бу асоратлари бўлган беморлардан анча паст эди. ($p < 0,05$).

Хулоса. Кўкрак қафаси жароҳатларида операциядан кейинги ИГТ, кўпинча плевра бўшлиғини этарли даражада дренажланмаслиги туфайли юзага келади. Жарроҳлик амалиётдан сўнг ультратовуш текшируви ва рентгенография ёрдамида жабрланганларни динамик кузатиш ИГТни ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради. Видеоторакокопияни эрта бажаришда, операция ҳажми плевра бўшлиғидаги лаҳталарни эвакуация қилиш билан чекланади, бунда стационар даволаниш муддати асоратланмаган кўкрак қафаси жароҳатидан ошмайди. ИГТ ҳосил бўлганидан кейин 10 кундан кейин торакокопия қилиш жуда кўп асоратлар билан боғлиқ бўлиб, бу кўкрак қафасидаги жароҳатлар билан оғриган беморларни стационар даволаш давомийлигини сезиларли даражада оширади.

Адабиётлар:

1. Boersma W.G., Stigt J.A., Smit HJ. Treatment of haemothorax // *Respir. Med.* - 2010. - Vol. 104, N. 11. - P. 1583-1587.
2. Воскресенский О.В., Даниелян Ш.Н., Абакумов М.М. Видеоторакокопия при свернувшемся гемотораксе у пострадавших с проникающими ранениями груди // *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь.* - 2015. - № 2. - С. 35-40.
3. Menger R., Telford G., Kim P., et al. Complications following thoracic trauma managed with tube thoracostomy // *Injury.* - 2012. - Vol. 43, N. 1. - P. 46-50.
4. Байдан В.Н. Ранняя торакотомия как метод выбора лечения свернувшегося гемоторакса // *Клиническая хирургия.* - 1987. - № 10. - С. 30-31.
5. Ahmed N., Chung R. Role of early thoracoscopy for management of penetrating wounds of the chest // *Am. Surg.* - 2010. - Vol. 76, N. 11. - P. 1236-1239.
6. Грубник В.В., Шипулин П.П., Байдан В.В. и др. Роль видеоторакокопических операций в лечении поздних осложнений повреждения груди // *КлПШчна хирургия.* - 2009. - № 6. - С. 34-36.

7. Ермолов А.С. и др. Диагностика и лечение посттравматического свернувшегося гемоторакса // *Хирургия.* - 2002. - № 10. - С. 4-9.

8. Abolhoda A., et al Diagnostic and therapeutic video assisted thoracic surgery following chest trauma // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* - 1997. - Vol. 12, N. 3. - P. 356-360.

9. Ahmed N., Chung R. Role of early thoracoscopy for management of penetrating wounds of the chest // *Am. Surg.* - 2010. - Vol. 76, N. 11. - P. 1236-1239.

10. Ambrogi M.C., Lucchi M., Dini P. Videothoracoscopy for evaluation and treatment of hemothorax // *J. Cardiovasc. Surg. (Torino).* - 2002. - Vol. 43, N. 1. - P. 109-112.

11. Ashraf S.S., et al. The management of stab wounds to the chest: sixteen years' experience // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* - 1996. - V. 41, N. 6. - P. 379-381.

12. Baumann M.H. What size chest tube? What drainage system is ideal? And other chest tube management questions // *Curr. Opin. Pulm. Med.* - 2003. - Vol. 9, N. 4. - P. 276-281.

13. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь - 2' 2015 ЗУ

14. Inaba K., Lustenberger T., Recinos G., et al. Does size matter? A prospective analysis of 28-32 versus 36-40 French chest tube size in trauma // *J. Trauma Acute Care Surg.* - 2012. - Vol. 72, N. 2. - P. 422-427.

15. Emergency War Surgery Third United States Revision 2004 / eds. A.C. Szul et al. - Washington: Walter Reed Army Medical Center Borden Institute, 2004. - 488 p. - (Textbooks of Military Medicine).

16. Fitzgerald M., Mackenzie C.F., Marasco S., et al. Pleural decompression and drainage during trauma reception and resuscitation // *Injury.* - 2008. - Vol. 39, N. 1. - P. 9-20.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОКОПИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Беркинов У.Б., Халиков С.П., Рашидов Д.А.

Резюме. Свернувшийся гемоторакс - наиболее частое осложнение проникающих ранений груди, требующее хирургического лечения у большинства пациентов. За период с 2012 по 2023 г. видеоторакокопия была выполнена 51 пострадавшему с осложнениями лечения проникающего ранения груди. Свернувшийся гемоторакс был выявлен у 27 пострадавших (52,9%). Установлено, что основной причиной развития этого осложнения являлась неадекватная функция плеврального дренажа. Свернувшийся гемоторакс развился после дренирования плевральной полости и первичной хирургической обработки ран груди у 12 пострадавших (44,4%), после атипичной торакотомии - у 8 пациентов (29,6%) и у 7 пострадавших (25,9%) после типичной торакотомии. Средний интервал между операциями был $8,1 \pm 5,0$ сут. Наилучшие результаты лечения свернувшегося гемоторакса были достигнуты при раннем его выявлении в случаях торакокопической эвакуации в диапазоне от 3 до 7 сут ($4,7 \pm 2,1$). Выполнение видеоторакокопии в сроки позже 7 сут сопряжено с возрастанием объема хирургического вмешательства, что существенно увеличивает продолжительность лечения пострадавших.

Ключевые слова: ранение груди, свернувшийся гемоторакс, видеоторакокопия.