

Травмы и заболевания груди в практике общего хирурга в период специальной военной операции (СВО)

Е. Ж. Сандалов, О. В. Киршина,
Н. Н. Григорьев, А. Ж. Магомадов

354 военный клинический госпиталь, Екатеринбург, Россия

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия

Введение. В структуре боевой патологии преобладают минно-взрывные ранения (42,3 %) и огнестрельные осколочные ранения (31,6 %), реже — огнестрельные пулевые ранения (11,7 %). На долю прочих повреждений (термическая, холодовая, механическая травмы и др.) приходится лишь 14,4 %. Частота ранений груди в ходе специальной военной операции (СВО) составляет 8,4–10,0 %, при этом повреждения органов грудной клетки наблюдаются у $\frac{1}{3}$ раненых. Развитие жизнеугрожающих последствий ранений и травм груди составляет 33,5 %, внутриплевральные кровотечения и пневмоторакс — 10,1 %. В хирургическом лечении нуждается 16,9 % раненых (Тришкин Д. В., 2024).

Цель исследования — оценить возможности хирургов общего профиля в лечении и проведении реабилитационных мероприятий у пациентов торакального профиля.

Результаты и обсуждение. В 354 военном клиническом госпитале (Екатеринбург) помощь пациентам торакального профиля оказывалась на базе хирургических отделений (плановая хирургия, неотложная хирургия, отделение гнойной хирургии), часть пациентов госпитализирована в пульмонологическое отделение.

С 2022 по 2025 г. получили лечение 300 пациентов с ранениями грудной клетки (торакоабдоминальные, сочетанные, закрытая травма) и заболеваниями груди. Возраст пациентов составил от 19 до 56 лет (молодой возраст — 80 %).

Из 300 военнослужащих у 93 — проникающие ранения грудной клетки; спонтанный пневмоторакс, в т. ч. рецидивный, — 12; парапневмонический плеврит — 15; пневмонии, осложненные парапневмо-

ническим плевритом, — 15. У 14 пациентов выявлен недренированный гемопневмоторакс, у 11 — с «порочно» стоящим или нефункционирующим дренажом. У 16 раненных плевральные дренажи были удалены перед эвакуацией с последующим рецидивом гемопневмоторакса во время транспортировки.

Всем пациентам с клинико-рентгенологическими признаками гемопневмоторакса (кроме пациентов с верхушечным пневмотораксом) в 1-е сутки госпитализации выполнены пункция, дренирование или редренирование плевральных полостей.

В дальнейшем по мере развития осложнений или прогрессирования процесса в 38 случаях проведено пункционное дренирование или редренирование плевральных полостей системами типа Pleurocan и Redax; 53 — дренажами со стилетом. Осложнений после дренирующих операций, в т. ч. при нахождении пациентов на аппарате искусственной вентиляции легких, не отмечено.

Выполнено 32 торакоскопические операции: торакоскопическая санация плевральной полости в связи с развитием эмпиемы или пневмоторакса (свернувшийся, нагноившийся) — 20; инородное тело — 6; торакоскопическая атипичная резекция легкого — 6.

Торакоскопическая атипичная резекция верхушечных сегментов легких выполнялась с использованием аппаратов Endo Gia, «Шеврон».

Помимо стандартной медикаментозной терапии в комплекс лечения больных с гнойно-воспалительными процессами легких обязательно включались физиотерапия (электрофорез с иодидом калия и внутриорганный электрофорез) и эфферентная фармакотерапия.

Результаты лечения. Срок лечения пациентов составил в среднем 33 дня (15—51 день) с учетом лечения, реабилитации и проведения военно-врачебной экспертизы. Формирование плевропневмофиброза и локального фиброторакса без нарушения функции внешнего дыхания отмечено в 6 случаях. Все пациенты выписаны.

Заключение. В период проведения СВО, в условиях нехватки специалистов по торакальной хирургии, в ограниченном объеме возможно лечение комбатантов хирургами общего профиля при наличии соответствующего оборудования и владения навыками торакоскопических операций.