

Используемые в настоящее время методы стандартного обследования, такие как рентгенологический, УЗИ, имеют определенные недостатки в диагностике травмы груди, в преодолении которых определенную роль может играть компьютерная томография (КТ).

Цель. Изучение значения КТ в оценке тяжести и выборе тактики лечения у пострадавших с сочетанной травмой груди.

Материалы и методы. Проанализированы результаты компьютерной томографии 35 пациентов, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского по поводу закрытой сочетанной травмы груди в 2017 году. Средний возраст пациентов — 46,8±17,6 (18–84) лет. Большинство пострадавших были мужчины трудоспособного возраста — 27 человек, что составило 77%.

Причинами травмы груди были дорожно-транспортные происшествия у 22 пострадавших, падение с высоты — у 10, избиение — у 2, падение тяжелого предмета на грудь — у 1 пострадавшего.

Результаты. При КТ, выполненной в первые сутки после травмы, переломы ребер были у 63% пострадавших, гематома средостения — у 28% (объемом от 10 см³ до 70 см³), гемоперикард — у 9%. У 9% пациентов одновременно с гематомой средостения выявлены признаки разрыва грудной аорты в области перешейка. Гемоторакс определялся у 57% пациентов (объемом от 5 см³ до 2670 см³), пневмоторакс — у 54% (объемом от 28 см³ до 1080 см³). Ушиб легкого отмечен у 49% пациентов, разрыв паренхимы легкого с образованием полости заполненной кровью и/или газом — у 17%. У одного пострадавшего при КТ получены признаки неполного разрыва правого нижнедолевого бронха.

Одновременно с повреждениями груди у 11 пациентов выявлены признаки черепно-мозговой травмы, у 7 — спинальной травмы, у 9 — травмы опорно-двигательного аппарата, у 7 — повреждения паренхиматозных органов брюшной полости (у 3 — печени, у 3 — селезенки, у 1 — почки).

Все пациенты по результатам клинических, лабораторных и КТ данных по тяжести повреждения груди были разделены на две группы.

К первой группе отнесли 21 (60%) пациента, которым не требовалось срочное хирургическое лечение. При КТ у них были признаки переломов ребер, ушибы легкого по типу геморрагического пропитывания, разрыв легкого с формированием полостей, пневмо-гемоторакс малого объема (до 200 см³).

Вторую группу составили 14 (40%) пациентов с тяжелыми повреждениями груди, по результатам КТ и других методов диагностики им потребовалось выполнение срочного хирургического вмешательства. Эндопротезирование грудной аорты выполнено 2 пациентам, торакотомия, нижняя лобэктомия — 1, торакотомия, санация и дренирование плевральной полости — 2, двустороннее дренирование плевральной полости — 4, одностороннее дренирование плевральной полости — 5.

Выводы. Использование КТ у пациентов с сочетанной травмой груди позволило выбрать рациональную тактику лечения, оптимальный доступ оперативного вмеша-

тельства и область дренирования, а также применить мини-инвазивные методы лечения.

Компьютерная томография позволяет за короткий промежуток времени получить исчерпывающие данные о повреждениях всех анатомических областей.

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ АНТЕГРАДНОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

ПРАЗДНИКОВ Э.Н.^{1,2}, БАРАНОВ Г.А.^{1,2}, ШЕВЧЕНКО В.П.^{1,2}, НАЛЕТОВ В.В.², ЗИНАТУЛИН Д.Р.^{1,2}, УМЯРОВ Р.Х.^{1,2}

¹ МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

² ГКБ им. братьев Бахрушиных, Москва
sinatulind@mail.ru

Актуальность. В последние годы частота встречаемости онкологических заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны неуклонно растет, соответственно, вместе с этим отмечается рост встречаемости характерных осложнений, в частности — механической желтухи. Первым этапом, а, возможно, и окончательным хирургического лечения онкопатологии гепатопанкреатобилиарной системы являются операции, направленные на декомпрессию билиарного тракта. Их целью является разгрузка билиарного тракта, снижение уровня гипербилирубинемии и тем самым нивелирование возможных интраоперационных и послеоперационных осложнений, связанных с холемией. Существуют методы наружного, наружно-внутреннего или внутреннего дренирования желчных протоков. Актуальность применения вышеперечисленных методов декомпрессии билиарного тракта обоснована необходимостью купирования острой хирургической патологии — механической желтухи, а соответственно — профилактики и патогенетического лечения ее последствий.

Цель исследования: оценить лечебные возможности и осложнения рентгенинтервенционной методики диагностики и разрешения билиарной обструкции.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 годы под наблюдением в клинике находилось 452 пациента с механической желтухой, вследствие опухолевой обструкции желчевыводящих протоков. Все они были подвергнуты оперативным вмешательствам, направленным на билиарную декомпрессию. У всех больных выполнение радикального хирургического лечения невозможно.

Для технического обеспечения оперативных вмешательств применялись С-дуга General Electric, ультразвуковой аппарат Toshiba Applio 500, наборы инструментов для интрапротоковых вмешательств COOK Medikal.

Результаты. Наружное дренирование выполнено в 214 (47%) случаях, наружно-внутреннее — в 135 (30%) случаях, стентирование — в 103 (23%) случаях. Летальность в группе больных, подвергнутых антеградным вмешательствам, составила 7,3% (33 больных). Осложнения представлены 4 группами: кровотечение на фоне холемии — 4,6% (21 больной), наружное желчеистечение — 0, желчеистечение в брюшную полость — 1,3% (6 больных), миграция холангиостомы (из просвета желчных протоков) — 4,0% (18 боль-

ных), миграция стента — 0,4% (2 больных). По поводу развившихся осложнений выполнены следующие повторные операции: лапароскопическое вмешательство (8 больных), повторная холангиостомия (18 больных), лапаротомии при миграции стента 2 больных.

Заключение. Методика является в большинстве случаев выполнимой и эффективной. При наличии «блока» на сегментарном уровне дренирование внутрипеченочных желчных протоков нецелесообразно. В этих случаях следует считать, что декомпрессия билиарного тракта может быть достигнута лишь при прицельном дренировании до 8 сегментарных протоков соответственно анатомическому делению печени.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС И ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА ГЕМОРЕОЛОГИЮ

РАХИМОВ А.Т.¹, РАХИМОВА Ш.А.²

¹ Приволжский исследовательский МУ, ГКБ №5 г. Нижний Новгород

² Таджикский ГМУ им. Абули ибн Сино, ГКБ №5, Душанбе
abdulvosid@yandex.ru

Актуальность. Абдоминальный сепсис, осложняющий течение перитонита, является, вероятно, наиболее частой патологией в практике общего хирурга. В соответствии с принятой классификацией перитонита, наиболее часты вторичные (85–90%) и третичные (10–15%) перитониты.

Цель — изучить влияние легких на гемореологию по вено-артериальной разнице.

Материал и методы. На базе ГКБ № 5 обследованы 90 больных с абдоминальным сепсисом. В зависимости от уровня интоксикации по шкале sepsis-related organ failure (SOFA), условно их разделили на три группы: 1 группа — 30 больных с уровнем интоксикации легкой степени, 2 группа — 30 пациентов с уровнем интоксикации средней степени тяжести, 3 группа — 30 больных с уровнем интоксикации тяжелой степени. Исследованию подвергалась притекающая к легким смешанная венозная кровь (СВК). Забиралась из правого желудочка сердца при катетеризации подключичной вены. Оттекающая от легких артериальная кровь (ОАК) забиралась путем пункции лучевой, локтевой, бедренной артерии по общепринятой методике. Проведено исследование гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), содержание фибриногена и вязкость крови на аппарате Вискозиметр ВК — 4, Вертикальная тонкослойная гемоглутинация (ВТГА) по Н.М. Шкляру.

Результаты. Придается большое значение изменению реологических свойств крови у больных с абдоминальным сепсисом. Для изучения влияния легких на реологию крови в СВК и ОАК исследовали содержание Hb, Ht, фибриногена, ВТГА.

У больных 1 группы определялось уменьшение величин вено-артериальной разницы Hb, Ht, вязкости крови, но при этом наблюдалось уменьшение содержания фибриногена ($P > 0,5$) при появлении у 90% больных положительной ВТГА, что свидетельствует о начале развития компенсированного нарушения реологических свойств СВК и ОАК.

У больных 2 группы, в отличие от пациентов 1 группы, состояние реологических свойств СВК и ОАК отличалось тем, что наблюдалось более усиленное поглощение легкими фибриногена (на 15%, $P < 0,01$), агрегация эритроцитов и у 100% больных выявлялась положительная ВТГА, что свидетельствует о субкомпенсированном нарушении влияния легких на гемореологию.

У 3 группы больных, в отличие от пациентов 1 и 2 групп, отмечалось ухудшение реологических свойств СВК и ОАК. Это проявляется увеличением вязкости ОАК на 15%, поглощением фибриногена легкими (на 15%, $P < 0,01$) и усилением гемагглюмерации, что свидетельствует о декомпенсации.

Развивающийся в легких ДВС-синдром во 2 и 3 группах усиливает генерацию тромбина, который, в свою очередь, усиливает повреждения эндотелия легочных капилляров и клеток крови. Из поврежденных мембран тромбоцитов выделяются простагландины, обладающие мощным агрегирующим действием на тромбоциты, что еще в большей степени способствует агрегации последних. Отложение фибрина в микрососудах еще больше нарушает микроциркуляцию. Во 2 и 3 группах у больных легочный фильтр не функционирует, фибринолитическая активность крови и антисвертывающая система истощаются, и вследствие этого возникают нарушения реологических свойств крови, что способствует генерализованному поражению микроциркуляции. Нарушение реологии вызывает расстройство процессов метаболизма в альвеолах и эндотелии легочных капилляров, формирующий при этом метаболический ацидоз увеличивает проницаемость мембран, возрастает трансудация жидкости из сосудистого русла, усиливается интерстициальный отек, что усугубляет тяжесть состояния больных.

Выводы. Установлено: вышепредставленные данные позволяют заключить, что легкие выполняют функцию по улучшению реологических свойств притекающей крови. Нарушение участия легких в регуляции реологии крови у больных с абдоминальным сепсисом происходит поэтапно: I стадия — компенсированная, II стадия — субкомпенсированная и III стадия — декомпенсированная. Определение степени участия легких в регуляции реологии имеет диагностическое и прогностическое значение.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ КРОНА

РЫБАЧКОВ В.В., ТЕВЯШОВ А.В., МАКАНОВ О.А., БЕРЕЗНЯК Н.В.

Ярославский ГМУ, Ярославль
nvbereznyak@mail.ru

Актуальность. Болезнь Крона — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным и гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. При болезни Крона могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта — от полости рта до ануса (Г.И. Воробьев, И.Л. Халиф, 2008 г.). К наиболее частым клиническим сим-