

ния в плевральной полости, эвакуировали гемоторакс, санировали и дренировали плевральную полость. Такая тактика была успешно применена в лечении 2 из 4 пациентов с правосторонними ТАР. Лапаротомия, как второй этап лечения правосторонних ТАР, выполнена у 2 пациентов. При этом выявлены незначительные повреждения печени, не требовавшие ушивания. Устранение минимальных повреждений из лапароскопического доступа позволило уменьшить количество диагностических лапаротомий.

Тактика при левосторонних торакоабдоминальных ранениях, основанная на обязательном выполнении лапаротомии, остается неизменной, что объясняется особенностями топографии левого поддиафрагмального пространства. Тяжесть внутрибрюшных повреждений при левосторонних ТАР в большинстве случаев значительно превышает тяжесть внутриплевральных повреждений. При лапароскопии у 76,0% пациентов с левосторонними ТАР были обнаружены повреждения органов брюшной полости. Это делает актуальным применение ВТС в диагностике левосторонних торакоабдоминальных ранений, поскольку сочетанный характер ранения и традиционных оперативных вмешательств — торакотомии и лапаротомии — повышают риск гнойно-септических осложнений.

У 63% пострадавших с ранениями диафрагмы ВТС являлась окончательным методом торакального этапа операции. Видеоассистированная мини-торакотомия расширяет возможности ВТС, повышая лечебную эффективность мининвазивных методов при лечении ТАР до 85,2%.

СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РАНЕНИЕ СЕРДЦА

РАДЧЕНКО Ю.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
yradg@mail.ru

Актуальность. Несмотря на значительные успехи в лечении пострадавших с ранениями сердца и перикарда, летальность при этой патологии остается довольно высокой и достигает 16–27%, а частота осложнений — 57%.

Материалы и методы. В основе исследования — сравнительный анализ результатов лечения ранений сердца и перикарда у 1072 пострадавших, находившихся на лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского за период 1980–1995 гг. и 1996–2014 гг., с позиций использования возможностей современных методов диагностики, хирургической техники, послеоперационного ведения.

Отчетливая клиническая картина ранения сердца наблюдалась лишь у 30% раненых, у остальных были применены дополнительные инструментальные методы диагностики: рентгенография и рентгеноскопия груди, ЭХО-кардиография, видеоторакокопия.

Результаты. В зависимости от клинической картины и тяжести состояния, условно выделены три группы пострадавших с наличием раны в сердечной зоне: 1 — с клинической картиной тампонады сердца и/или большого гемоторакса, 2 — с клинической картиной проникающего

ранения груди, 3 — без клинических признаков проникающего характера ранения.

Пациенты 1 и 2 группы доставлялись непосредственно в операционную, пациентам 3 группы проводилось инструментальное обследование в условиях приемного отделения. Пациентам 2 группы обследование проводилось на операционном столе.

Наиболее быстрым и эффективным методом диагностики является ЭХО-кардиография, чувствительность которой составляет 72%, специфичность — 99,7%, достоверность — 97,5%.

Мы не являемся сторонниками перикардиоцентеза и субсифоидной перикардиотомии и в сомнительных случаях при стабильном состоянии пострадавшего предпочитаем выполнение диагностической видеоторакокопии.

Универсальным доступом для операции при ранении сердца считаем передне-боковую торакотомию в 5-м межреберье на стороне повреждения. При необходимости она может быть дополнена поперечной стернотомией и торакотомией на противоположной стороне.

У пациентов с выраженной миокардиодистрофией для профилактики прорезывания швов используем прокладки из аутоперикарда, что позволило почти вдвое снизить частоту реторакотомий при послеоперационных кровотечениях, вызванных прорезыванием швов миокарда.

Особую сложность для диагностики и выбора хирургической тактики представляют ранения сердца при сочетанных ранениях груди и других анатомических областей, которые наблюдались у 25% пострадавших.

В послеоперационном периоде обязательным является динамическое ультразвуковое исследование, которое позволяет установить наличие и характер выпота в плевральной полости и полости перикарда, повреждение внутрисердечных структур, параметры внутрисердечной гемодинамики.

Заключение. Комплексный подход к диагностике и лечению ранений сердца и перикарда позволил снизить летальность при этой патологии с 25,7% (1980–1995 гг.) до 13,6% (1996–2014 гг.), а частоту послеоперационных осложнений, соответственно, с 45,2% до 33,5%.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС И ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ СОСТАВ КРОВИ

РАХИМОВА Ш.А., РАХИМОВ А.Т.

Таджикский ГМУ им. Абуали ибн Сино, ГКБ №5, Душанбе
Приволжский исследовательский медицинский университет, ГКБ
№5, Нижний Новгород
abdulvosid1959@mail.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 электролитный состав крови.

Материал и методы. На базе ГКБ № 5 обследовано 90 больных с абдоминальным сепсисом, и, в зависимости от уровня интоксикации по шкале sepsis-related organ failure (SOFA), условно их разделили на три группы: 1 группа – 65 больных с уровнем интоксикации легкой степени, 2 группа – 36 пациентов с уровнем интоксикации средней степени тяжести, 3 группа – 39 больных с уровнем интоксикации тяжелой степени. Исследовали притекающую к легким смешанную венозную кровь (СВК), которая 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. Калий (K⁺) и натрий (Na⁺) в плазме и эритроцитах выявляли унифицированным методом плазменной фотометрии. Кальций плазмы (Ca⁺⁺) с о-крезол-фталейн-комплексном колориметрическим методом.

Результаты. Одним из основных звеньев гомеостаза, нарушающихся при сепсисе, является водно-электролитный баланс. В этой связи мы исследовали электролитный состав в СВК и ОАК и влияние легких на регуляцию электролитных изменений при сепсисе после родов.

Результаты исследования показали, что у больных 1-й группы в ОАК, по сравнению с СВК, обнаружена тенденция к уменьшению концентрации Na⁺ в плазме (P<0,05) и увеличение в эритроцитах на 4,5% (P<0,001). Содержание K⁺ в плазме и эритроцитах, Ca⁺⁺ в плазме не изменялось.

У больных 2-й группы в притекающей к легким крови имели место плазменная и клеточная гипернатриемия, плазменная гиперкалиемия, клеточная гипокалиемия и плазменная гипокальциемия. Участие легких в регуляции электролитов у больных 2-й группы проявлялось лишь в уменьшении содержания Na⁺ в эритроцитах ОАК на 9,68% (P<0,05).

У больных 3-й группы участие легких в регуляции содержания электролитов проявлялось уменьшением содержания Na⁺, K⁺ и Ca⁺⁺ в плазме, увеличением Na⁺ и K⁺ в эритроцитах ОАК.

Сравнительный анализ динамики содержания Na⁺ и K⁺ в плазме и эритроцитах по группам показал, что у больных 1 группы концентрация Na⁺ в плазме в ОАК снизилась на 2% (P<0,05), во 2-й отмечено недостоверное уменьшение, в 3-й концентрация его снизилась на 5% (P<0,001), т.е. отмечается ретенция этого электролита легкими, задержка его коллагеновыми волокнами, вследствие чего развивается интерстициальный отек. Следствием этого является трансминерализация или «синдром больной клетки», т.к. во всех трех группах отмечается клеточная гипернатриемия и клеточная гипокалиемия: в 1 группе в ОАК содержание Na⁺ в эритроцитах увеличилось на 4,5% (P<0,001), во 2-й – снижение на 9,68% (P<0,05), в 3-й – увеличение на 2,5% (P<0,05) при наличии процессов клеточной гипернатриемии во всех трех группах. Отмечается нарушение функции калий-натриевого насоса. Накопление натрия в цитоплазме клетки сопровождается поступлением в клетку воды, развитием внутриклеточного отека и её органелл.

Выводы. Нарушение электролитного обмена способствует ухудшению общего состояния больных. Определение уменьшения содержания натрия в ОАК, по сравнению с СВК, свидетельствует о начале развития интерстициального отека легких, который ещё не проявляется при рентгенологическом исследовании; установленный нами этот факт имеет диагностическое и прогностическое значение. Поэтому нами для ранней диагностики интерстициального отека легких в клинике используются определение содержания Na⁺, K⁺ в плазме и в эритроцитах притекающей и оттекающей от легких крови.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ТИРЕОИДИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

СТОЛЯРОВ С.И.

Республиканская клиническая больница, Чебоксары
stas.stolyarov.1956@mail.ru

Актуальность. Острый гнойный тиреоидит (ОГТ) относится к редким заболеваниям, которые вызываются бактериальной инфекцией. В доступной литературе имеются описания единичных наблюдений данного заболевания. Гнойное поражение щитовидной железы является обычно вторичным при наличии какого-либо инфекционного очага (тонзиллит, синусит, сепсис и др.). Инфекция распространяется на щитовидную железу из рядом лежащего гнойного очага лимфогенно или гематогенно. При прогрессировании гнойного процесса в щитовидной железе заболевание может осложниться острым гнойным вторичным медиастинитом.

Материал и методы. За период с 1984 по 2017 гг. в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» находились на лечении 7 пациентов с острым гнойным тиреоидитом. Возраст пациентов от 37 до 55 лет. Мужчин было 5 и 2 женщины. У троих пациентов развился вторичный острый гнойный медиастинит. За тот же период пролечено 192 пациента с гнойными медиастинитами различной этиологии в возрасте от 17 до 78 лет. Удельный вес пациентов с острым гнойным тиреоидитом среди всех медиастинитов составил 1,6%, среди вторичных (n=91) – 3,3%. Время поступления в стационар от 4 до 10 суток с момента появления первых симптомов заболевания. У всех заболевание имело острое начало, сопровождалось высокой температурой и явлениями гнойной интоксикации. Отмечались озноб, головная боль, боль в области шеи, особенно при глотании и движениях головой, осиплость голоса. Боль irradiровала в область затылка, ухо, боковые отделы шеи и надплечье. Локальные изменения выражались в виде разлитой гиперемии кожи передней поверхности шеи, сглаженностью ее контуров, резкой болезненностью при пальпации в области щитовидной железы. В крови у всех отмечен лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение уровня фибриногена, в одном случае – повышение уровня АлАТ до 606,2 нмоль/сл. Лейкоцитарный индекс интоксикации у всех был выше нормы: 4,32; 8,85; 23,5 усл. ЕД. Тяжесть состояния по АРАСНАЕ II отмечена: 14; 16; 19 баллов.