

нее перенесенной фундопликации и ожогового поражения желудка, в 3 (13,0%) — опухолевое поражение кардио-фундального отдела желудка. Контрольная группа представлена 49 случаями, в которых желудок был не поврежден. В обоих случаях проводилась эзофагэктомия с формированием изоперистальтического желудочного трансплантата, размещением его в заднем средостении и формированием эзофагогастроанастомоза на шее. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, росту, весу, диагнозам и лабораторным показателям.

В обеих группах пациентам со вторых суток проводилось зондовое питание в интраоперационно установленный назогастральный зонд в течение 5 дней, по истечении которых проводилось рентген-контрастное исследование анастомоза и трансплантата, удалялся зонд.

В послеоперационном периоде с одинаковой частотой отмечались такие осложнения, как плеврит в 17 (73,9%) в основной группе и 35 (71,4%) в контрольной, пневмония 5 (21,7%) и 9 (18,4%), парез голосовых связок или гортани в 4 (17,4%) и 7 (14,3%) соответственно. Уровень достоверности различия превышает 0,05.

Несостоятельность эзофагогастроанастомоза в основной группе составила 7 (30,4%) случаев, а в контрольной — 5 (10,2%), уровень достоверности различия составил 0,032. Несостоятельность трансплантата был только в 1 (2,0%) случае в контрольной группе.

Летальность в обеих группах сопоставима 3 (13,0%) в основной группе, 7 (14,3%) в контрольной достоверности различия составил 0,104.

Выводы:

— Использование скомпрометированного желудка при сохраненной правой желудочно-сальниковой артерии не увеличивает летальность и другие осложнения, не связанные с особенностью формирования желудочного трансплантата;

— Использование скомпрометированного желудка при сохраненной правой желудочно-сальниковой артерии увеличивает риски несостоятельности эзофагогастроанастомоза.

## О МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ ГРУДИ

МОВЧАН К.Н.<sup>1</sup>, ГЕДГАФОВ Р.М.<sup>1</sup>, ЗАЙЦЕВ Д.А.<sup>1,2</sup>,  
ЛИШЕНКО В.В.<sup>2</sup>, ЖАРКОВ А.В.<sup>1,3</sup>, РУСАКЕВИЧ К.И.<sup>3</sup>,  
СЛОБОДКИНА А.С.

<sup>1</sup> Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ВЦ экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Новгородский гос. университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород  
rus07-84@mail.ru

Актуальность. Частота случаев травмы груди (ТрГ) не уменьшается. Однако значение эхографии (УЗИ) и торакоскопии (ТС) в плане оценки объема тяжести повреждений при обследовании пострадавших с ТрГ пока изучено не до конца.

Материалы и методы. Клинически проанализированы данные о применении УЗИ и ТС во время обследования пациентов с ТрГ и дренирования плевральной полости (ДПП) в СПбГБУЗ «Городская Александровская больница» (ГАБ) — 330 чел. и ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова — 289 пострадавших.

Полученные результаты. Среди 330 пациентов ГАБ с ТрГ в группе-1 (контроля-175 чел.) использовались традиционные методы их обследования и лечения, а в группе-2 (исследования-155 чел.) выполнялась ТС. Установлено, что соблюдение алгоритма оказания медицинской помощи (МП) с использованием ТС во время ДПП у пациентов гр.2 позволяет уменьшить частоту применения торакотомии в 2 раза. В гр.1 ТС осуществлена напрасно в четырех случаях (14,3%) среди 28 пострадавших, а торакотомия в трех (9,4%) из 32. Противопоказаний к ТС не было, что также позволяет считать ее важным компонентом ДПП при оказании МП пациентам с ТрГ. Время, затрачиваемое на диагностику и определение дальнейшей тактики во 2 гр., составило 5–10 мин. (в гр. 1 — от 20 до 60 мин.).

При оценке сведений о 289 пострадавших с ТрГ (177 чел. — 61% мужчин, средний возраст — 42±4,2 года.), госпитализированных в 2013–2016 гг. в ВЦЭРМ, установлено, что в 207 случаях (71%) пациентам выполнено УЗИ органов брюшной полости (БП). При этом ни в одном из наблюдений повреждения в животе не обнаружены. Параметры УЗИ органов груди в течение 1-х суток после травмы оценены у 99 (34%) пациентов ВЦЭРМ. Признаки пневмоторакса выявлены у 2 чел., гидроторакса — у 54, гемопневмоторакса — у 5. Необходимость операции аргументирована в 67 случаях (59 пациентам выполнено ДПП; 6 — ТС с удалением из ПП жидкостного содержимого и воздуха при отсутствии продолжающегося кровотечения; 1 — ушивание раны легкого; 1 — торакотомия с зашиванием раны диафрагмы). У 38 (38%) пострадавших с ТрГ по данным УЗИ не отмечены признаки гиповентиляции легочной ткани и жидкости в ПП. Переломы ребер с повреждением плевры и легких (19 случаев), как правило, сопровождались подкожной эмфиземой. Костные повреждения в 61 случаях сочетались с кровоизлияниями в паренхиму легких, под париетальную плевру и в ПП. При скоплении крови в реберно-диафрагмальном синусе объемом менее 250–300 мл не всегда удается верифицировать гемоторакс рентгенологически. Однако при эхолокации у 54 пострадавших его достоверно удавалось выявить. Признаки пневмоторакса при УЗИ отчетливо определены у 2 пострадавших. В целом очевидно, что целенаправленная оценка данных УЗИ позволяет существенно повысить качество обследования пострадавших с ТрГ.

Вывод. Использование миниинвазивных (УЗИ, ТС) технологий обследования и лечения пострадавших с повреждениями груди позволяет значительно улучшить результаты оказания МП данному контингенту пациентов. При предварительном диагнозе ТрГ выполнение пострадавшим УЗИ органов БП целесообразно синхронизировать с эхолокацией органов грудной клетки.