

*Кубачев К.Г.¹, Зайцев Д.А.¹, Кукушкин А.В.²,
Дейнега И.В.³, Лищенко В.В.¹, Гедгафов Р.М.¹*

ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ПЕРЕД НАРКОЗОМ С ИВЛ

*СПб ГУЗ «Александровская больница»; ГУЗ «Ивановская областная больница»,
Иваново; СПб ГУЗ «Покровская больница», Россия, davidik73@mail.ru*

В ряде случаев, когда необходимо выполнить неотложное оперативное пособие (лапаротомия/скопия, трепанация черепа и т.п.) у пострадавших с сочетанной травмой груди под наркозом с ИВЛ, при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяются множественные переломы ребер (односторонние, двусторонние) без пневмо- и пневмогемоторакса. При этом возникает вопрос: целесообразно ли выполнять дренирование плевральной полости перед ИВЛ в этих случаях? При проведении искусственной вентиляции легких, во время операции или после нее, нередко возникают угрожающие жизни состояния в виде напряженного пневмо- и пневмогемоторакса и, как следствие – падение артериального давления и асистолия. Достаточно часто, пневмоторакс выявляется после контрольного рентгенологического исследования, через некоторое время после ИВЛ.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения у 52 пострадавших с сочетанной травмой различного характера, которым выполнялись различные виды оперативного пособия под наркозом с ИВЛ, и у которых были множественные переломы ребер по данным рентгенологического обследования без пневмо- и пневмогемоторакса до проведения ИВЛ. У 29(контрольная группа) из 52 пострадавших проводили ИВЛ без предварительного дренирования плевральной полости. У 23(основная группа) из 52 пострадавших выполнялось дренирование плевральной полости перед проведением ИВЛ.

У 5(17,2%) из 29 пациентов был выявлен напряженный пневмо- или пневмогемоторакс во время проведения операции. Дренирование плевральной полости выполнялось на операционном столе. У 8(27,5%) из 29 пострадавших дренирование плевральной полости выполнялось после окончания оперативного вмешательства в условиях отделения реанимации, когда при контрольном рентгенологическом исследовании были выявлены пневмо- или пневмогемоторакс, а пациенты находились на ИВЛ. При этом объем эвакуированной лизированной крови составлял от 300 до 800 мл без признаков продолжающегося кровотечения. У 4(13,9%) из 29 пострадавших потребовалось выполнить дренирование плевральной в течение 2-4 суток от момента выполнения операции. Причиной возникновения пневмо- или пневмогемоторакса явилось повреждение легкого отломками ребер или кровотечение из некрупных межреберных сосудов во время выполнения ИВЛ, изменение положения тела больного во время переключивания или невозможность верифицировать гемоторакс объемом до 300-

500мл при рентгенологической укладке в положении лежа. У 10(34,5%) из 29 пострадавших необходимости в дренировании плевральной полости во время операции и в послеоперационном периоде, в том числе и на ИВЛ не возникло. У 23 пострадавших, которым выполнялось дренирование плевральной полости перед проведением ИВЛ, дренирование сочеталось с так называемой первичной торакоскопией для простого осмотра плевральной полости (исключение разрыва диафрагмы, ущемления легкого отломками ребер, внутриплеврального кровотечения, свернувшегося гемоторакса). При этом, ни в одном случае во время проведения ИВЛ напряженный пневмо- или пневмогемоторакс выявлен не был. У 5(22%) из 23 пациентов при дренировании было эвакуировано от 150 до 500 мл лизированной крови, которая не визуализировалась при рентгенологическом исследовании. У 3(13%) из 23 пациентов в послеоперационном периоде отмечался сброс воздуха по дренажу в течение 3-5 суток, как результат повреждения легкого фрагментами сломанных ребер при проведении ИВЛ или во время переключивания больного. У 5(22%) из 23 пострадавших, с момента проведения ИВЛ и в послеоперационном периоде было эвакуировано от 300 до 1000мл лизированной крови без продолжающегося кровотечения. У 9(39%) из 23 пострадавших возникла необходимость в проведении продленной вентиляции легких в условиях отделения реанимации. Дренаж удалялся при переводе больного на самостоятельное дыхание после контрольного рентгенологического исследования, при отсутствии данных за пневмо-, пневмогемоторакс. Пострадавшим с сочетанной травмой, при множественных переломах ребер целесообразно выполнить дренирование плевральной полости до проведения наркоза с ИВЛ. Даже при отсутствии рентгенологических признаков обязывающих к выполнению дренирования, это позволяет избежать развития напряженного пневмоторакса и пневмогемоторакса, и связанные с ними острые нарушения сердечной деятельности, как во время операции, так и в послеоперационном периоде, когда требуется продолжение проведения ИВЛ в условиях реанимации.

Кувшинников А.В., Веденеев Е.В.

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТИПА "А"
(ФАКТОРА РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА) У ЖЕНЩИН**

*Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
Россия, tazik2005@mail.ru*

С 50-х годов XX века в мировой литературе получила распространение концепция поведенческого фактора риска ишемической болезни сердца (тип «А»), нацеленная на учёт комплекса поведенческих особенностей людей, ассоциированного со значительно более высокой заболеваемостью ишемической болезни сердца (ИБС) и более тяжелым её протеканием. Этот комплекс полу-