

тического и инфекционного процессов стопы, что потребовало выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение в комплексную терапию внутриартериального введения модифицированных аутолимфоцитов, позволяет более эффективно влиять на патологический процесс и добиваться положительных результатов в лечении трофических язв на фоне СДС.

**Е.И. Астафьева, В.Е. Воловик**

#### СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГРУБЫМИ ФОРМАМИ СКОЛИОЗА

*ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева (г. Хабаровск)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» (г. Хабаровск)*

Под нашим наблюдением находились 39 больных в возрасте от 7 до 38 лет со сколиозом III и IV степени, которые подверглись оперативному лечению, носившему достаточно травматичный характер, связанный с многоэтапностью хирургических вмешательств: сочетанием различных видов торакопластики, корригирующих и стабилизирующих оперативных приемов, как на дорзальных, так и на вентральных отделах позвоночника, преимущественно с применением различных металлических конструкций.

Исследование системы гемостаза у больных проводилось поэтапно: I этап — перед операцией, II этап — первые сутки после операции, III этап — 5–7 сутки после операции. Всем больным методом анкетирования проводилось исследование возможных нарушений сосудисто-тромбоцитарного (первичного) гемостаза с применением специально разработанной типовой анкеты.

Проведенные исследования показали, что в дооперационном периоде у 33 больных показатели гемостаза были в пределах нормы, а у 7 больных была выявлена умеренная гипокоагуляция без клинических проявлений. В первые сутки послеоперационного периода изменения в системе гемостаза проявлялись в виде снижения активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) на 11,6 % по сравнению с исходными данными, незначительного увеличения процента фибриногена (на 10,3 %), угнетения фибринолитической активности на 20,4 %.

Кроме того, нами были выявлены положительные паракоагуляционные тесты, наличие которых может свидетельствовать о появлении в кровотоке активного тромбина, образовании растворимых фибрин-мономерных комплексов в ответ на наличие тромбина.

На 5–7 сутки показатели гемостаза нормализовались у 30 больных, у 7 больных сохранялась умеренная гипокоагуляция на фоне нормальных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза без наличия специфических клинических проблем.

Таким образом, совокупность изменений плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза говорит о том, что обширное оперативное вмешательство может способствовать развитию у больных внутрисосудистого свертывания, которое при адекватной коррекции носит компенсированный характер.

**С.Ф. Багненко, А.Н. Тулупов, Ю.Б. Шапот, О.В. Балабанова, А.В. Лапицкий**

#### ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМОТОРАКСА

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург)*

На основании многолетнего опыта оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим с изолированной и сочетанной травмой груди нами разработаны основные принципы использования эндовидеохирургических операций при такой патологии:

1. Определение очередности проведения эндовидеохирургических и других оперативных вмешательств в строгом соответствии с принципом доминирования повреждений.
2. Проведение всех эндовидеохирургических вмешательств только под общим обезболиванием с интубацией трахеи.
3. Использование видеоторакоскопии только с учетом результатов лечебно-тактического прогнозирования (Цибин Ю.Н. с соавт., 1976) — при прогнозе, благоприятном для проведения оперативных вмешательств.

4. Возможность проведения лечебно-диагностической видеолaparоскопии, в виду малой ее травматичности, при любом прогнозе.

5. Проведение видеолaparоскопии при травме живота в сочетании с травмой груди, сопровождающейся гемопневмотораксом, только после адекватного дренирования плевральной полости.

6. Обеспечение полного удаления патологических жидкостей и свертков крови из плевральной и брюшной полостей, выявления и устранения повреждений внутренних органов, полного гемостаза и аэростаза, адекватного направленного дренирования полостей.

7. Необходимость и возможность проведения видеолaparоскопии при разрывах и ранениях диафрагмы в неинсуффляционном режиме.

8. При сочетанной травме груди и живота торакоцентез и видеоторакоскопия, с одной стороны, и лaparоцентез и видеолaparоскопия, с другой, не являются взаимоисключающими диагностическими вмешательствами.

На основании сведений литературы и собственного клинического опыта установлено, что оптимальными показаниями для видеоторакоскопии при травме груди, в том числе сопровождающейся шоком, являются:

1. Средний и большой гемоторакс при отсутствии признаков продолжающегося внутривидеоторакоскопического кровотечения с поступлением по дренажам из плевральной полости крови в количестве до 500 мл в час.

2. Продолжающееся внутривидеоторакоскопическое кровотечение с выделением по дренажам из плевральной полости крови в количестве менее 500 мл в час.

3. Проникающие ранения груди в проекции сердца и крупных сосудов (в «кардиальной» зоне) при отсутствии убедительных признаков тампонады сердца и напряженной гематомы средостения.

4. Проникающие ранения груди в «торакоабдоминальной» зоне.

5. Нарастающая и напряженная эмфизема средостения.

6. Некупируемый напряженный пневмоторакс.

7. Стойкий, не купируемый в течение 3-х суток после травмы и рецидивирующий пневмоторакс.

8. Свернувшийся гемоторакс.

9. Инородные тела плевральной полости, легкого и средостения.

Противопоказаниями для торакокопии при изолированной и сочетанной травме груди мы считаем следующие:

1. Тотальный гемоторакс.

2. Профузное внутривидеоторакоскопическое или легочное кровотечение.

3. Тампонада сердца.

4. Убедительные признаки ранения крупных сосудов и трахеи.

5. Напряженный или некупируемый пневмоторакс на противоположной стороне груди.

6. Неблагоприятный или сомнительный прогноз для проведения оперативных вмешательств при травматическом шоке.

7. Наличие неустраненных доминирующих угрожающих жизни повреждений другой локализации.

8. Обширные повреждения или нагноения мягких тканей груди.

9. Облитерация плевральной полости.

При проведении неотложной и срочной лечебно-диагностической видеоторакоскопии пациентам со средним и большим гемотораксом в 100 % наблюдений констатирован частично свернувшийся гемоторакс с наличием в плевральной полости свертков крови массой от 200 г до 1,5 кг. Видеоторакоскопия в диагностическом отношении существенно превосходит остальные неинвазивные и малоинвазивные методы диагностики травматического гемоторакса, а также в отличие от них в подавляющем большинстве клинических наблюдений дает возможность не только установить точный топический диагноз, но и надежно и быстро устранить не требующие торакотомии повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. Значительные преимущества включения видеоторакоскопии в комплекс лечебных мероприятий при травме груди со средним и большим гемотораксом по всем позициям по сравнению с традиционными методами показаны в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Преимущества видеоторакоскопии перед традиционными методами лечения травмы груди со средним и большим гемотораксом**

Позиция	Традиционное лечение n = 321	С применением видеоторакоскопии n = 86	Эффект применения видеоторакоскопии
Частота торакотомии	19,3 %	9,3 %	уменьшение в 1,5 раза
Продолжительность операции, мин.	74,9 ± 2,9	43,1 ± 1,7	уменьшение в 1,7 раза
Продолжительность плеврального дренирования, сут.	6,2 ± 0,1	2,8 ± 0,1	уменьшение в 2,2 раза
Общая частота осложнений	62,6 %	38,4 %	уменьшение в 1,6 раза
Продолжительность стационарного лечения, сут.	17,8 ± 0,8	13,7 ± 0,7	уменьшение в 1,3 раза
Летальность	16,8 %	12,8 %	уменьшение на 4% или в 1,3 раза