

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.24-089.84

© В.Г. Алянгин, А.А. Гумеров, 2012

В.Г. Алянгин, А.А. Гумеров
**ЭКСТРЕННЫЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
 ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Городская детская клиническая больница №17, г. Уфа
 ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа*

В клинику детской хирургии БГМУ за период 1996-2011 гг. с травмами грудной клетки различной тяжести и локализации поступило 55 детей. Видеоторакокопические операции выполнены 22 детям в возрасте от 3 до 15 лет. Данная тактика лечения травм грудной клетки у детей способствовала, с одной стороны, раннему выявлению повреждений, при которых требуется экстренная операция, а с другой – позволила избежать необоснованной широкой торакотомии, особенно при торакоабдоминальных травмах, а также снизить травматичность выполняемых операций.

Ключевые слова: видеоторакокопия, травма органов грудной клетки, детская хирургия, дети.

V.G. Alyangin, A.A. Gumerov
**EMERGENCY VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC INTERVENTIONS
 FOR CHEST INJURIES IN PEDIATRIC PRACTICE**

In 1996-2011, 55 children were admitted into the Bashkortostan State Medical University Clinic of Pediatric Surgery with thoracic injuries of various severity and localizations. Video-assisted thoracoscopy was performed in 22 children aged 3-15 years.

The treatment tactics applied to the patients with thoracic injuries contributed, on the one hand, to early injury diagnosis requiring emergency surgical management and, on the other hand, allowed us to avoid unsubstantiated large-scale thoracotomy, particularly in thoracoabdominal injuries, as well as to reduce the morbidity level caused by surgical intervention.

Key words: video-assisted thoracoscopy, injury to chest organs, pediatric surgery, children.

На сегодняшний день диагностика и лечение травм грудной клетки у детей остаются актуальной проблемой в экстренной хирургии [2,8]. Структура травматизма меняется за счет роста дорожно-транспортных происшествий, падений с высоты, проникающих ранений, стихийных бедствий [1,5]. При этом часто возникают трудности с адекватной оценкой степени повреждения органов грудной клетки, объема кровопотери, локализации повреждения, что напрямую влияет на выбор лечебной тактики и последовательности оказания медицинской помощи пострадавшему ребёнку [1,3,4,8].

Несмотря на активное внедрение и накопленный опыт видеоторакокопии при многих хирургических заболеваниях у детей [3,4,5,6,7], при травмах грудной клетки в педиатрии нет значительного количества систематизированных наблюдений.

Цель: Улучшить результаты лечения детей с травмой грудной клетки и снизить частоту послеоперационных осложнений.

Задачи: Выявить истинную частоту повреждений органов грудной клетки и целесообразность выполнения торакотомии в каждом конкретном случае.

Материал и методы

В клинику детской хирургии БГМУ (на

базах РДКБ и ГДКБ №17, г. Уфы) за период 1996 – 2011 гг. с травмами грудной клетки различной тяжести и локализации поступило 55 детей в возрасте от 3 до 15 лет. Повреждения в результате дорожно-транспортного происшествия получили 28 (50,1%) детей, в 18 (32,7%) случаях травма получена в результате падения с высоты и 9 (17,2%) детей получили колото-резаные раны грудной клетки. Состояние детей при поступлении в 42 (77%) случаях расценивалось как тяжелое, в 13(23%) – как средней тяжести.

В 25 случаях травмы носили сочетанный характер:

- черепно-мозговая травма (ЧМТ) и травма груди в 12(48%) случаях;
- травма грудной клетки + ЧМТ + переломы конечностей у 6 (24%) пациентов;
- ЧМТ + переломы конечностей + переломы костей таза + травма брюшной полости + травма грудной клетки – 3(12%)случая;
- переломы конечностей + травма позвоночника + травма грудной клетки – 1 (4%) случай;
- травма грудной клетки + травма брюшной полости + переломы конечностей – у 3(12%) детей.

Всем детям произведены диагностическая плевральная пункция и дренирование

плевральной полости. В результате дальнейшего обследования и лечения пострадавшим выполнены следующие виды хирургических вмешательств (табл. 1).

Таблица 1
Распределение видов вмешательств по количеству

Вид вмешательства	Количество пациентов
Дренирование плевральной полости	28
Видеоторакоскопия	21
Торакотомия	6

В результате оказания хирургической помощи по ее видам состав пациентов распределен следующим образом (табл. 2).

Таблица 2
Распределение видов оказанной хирургической помощи по полу

Пол	Видеоторакоскопия (основная группа)	Торакотомия (группа сравнения)
Мальчики	16	3
Девочки	6	2
Всего...	22	5

В 51 случае пациентам после обследования были произведены плевральная пункция и дренирование плевральной полости. У части детей (28 человек) по дренажу прекратилось активное поступление крови и сброс воздуха в ближайшие 12 часов. Данных пациентов наблюдали консервативно, у них наблюдалась положительная динамика, после чего дренажи были удалены на 2-3-и сутки.

У 22 пациентов имели место поступление свежей крови по дренажной трубке в течение 1 – 3 часов наблюдения или постоянный сброс воздуха более 12-и часов наблюдения. Таким пациентам выполнялась видеоторакоскопия.

Всем детям с проникающими ранениями грудной клетки для уточнения локализации повреждений видеоторакоскопия выполнялась сразу.

Таблица 3
Повреждения, выявленные при видеоторакоскопии

Внутригрудные повреждения	Кол-во больных, n = 22
Ранение легкого + гемопневмоторакс	4
Пневмоторакс (случаи разрывов висцеральной плевры без повреждения паренхимы легкого)	6
Инородное тело в плевральной полости и паренхиме легкого	1
Ранение межреберной артерии+гемоторакс	2
Повреждение полунепарной вены	1
Повреждение легкого осколками ребер	2
Надрыв корня легкого	1
Ушиб легкого с интрапаренхиматозным кровоизлиянием	2
Разрыв паренхимы легкого+гемопневмоторакс	3

Торакоабдоминальных травм с повреждением диафрагмы не было.

В 5-и случаях ввиду гемодинамических нарушений и подозрения на массивное кровотечение из крупных сосудов грудной полости

сразу выполнена торакотомия с ревизией и ушиванием поврежденных органов.

Результаты

При проведении видеоторакоскопии были выявлены следующие виды внутригрудных повреждений (табл. 3).

После установления диагноза и окончания диагностического этапа, проводили оперативные вмешательства (табл. 4).

Таблица 4
Виды произведенных оперативных вмешательств

Оперативные вмешательства	Кол-во прооперированных, n = 22
Обработка раны легкого (электрокоагуляция, ушивание «ручным» швом, закрытие раны биополимером «Тахокомб») + эвакуация гемоторакса	8
Клиновидная резекция легкого линейным эндостеплером + эвакуация гемоторакса	2
Остановка кровотечения из раны грудной стенки + эвакуация гемоторакса	3
Извлечение инородного тела + санация плевральной полости	1
Санация и дренирование плевральной полости	7
Диагностическая торакоскопия с конверсией на торакотомию	1

Переход на торакотомию потребовался в одном (4,5%) случае при ранении крупных сосудов корня легкого.

Обсуждение

При анализе клинического материала среди выполненных операций в 31,6% случаев торакоскопия ограничивалась санацией и дренированием плевральной полости, то есть на момент видеоторакоскопии (ВТС) кровотечение из паренхимы легкого фактически прекратилось, несмотря на значительное количество излившейся крови в плевральную полость. Определить степень повреждения и кровопотери у таких пациентов представлялось возможным только при помощи ВТС. Таким образом, данная группа пациентов при отсутствии ВТС подверглась бы торакотомии.

Анализ полученных клинических данных позволил определить ряд показаний к выполнению ВТС при травмах грудной клетки у детей:

1. Гемоторакс с признаками продолжающегося кровотечения.
2. Пневмоторакс с массивным сбросом воздуха по дренажам.
3. Пневмоторакс с нарастающей эмфиземой средостения.
4. Пневмо- и гемоторакс при наличии множественных переломов ребер.
5. Проникающие ранения грудной клетки.

Противопоказаниями для проведения торакоскопии при травмах органов грудной клетки явились: терминальное состояние па-

циента, геморрагический шок 2-3-й степени, расположение ран в проекции сердца и крупных сосудов.

Таким образом, для выбора операцион-

ной тактики нами предложен следующий алгоритм действий при лечении детей с травмами грудной клетки (рис. 1).

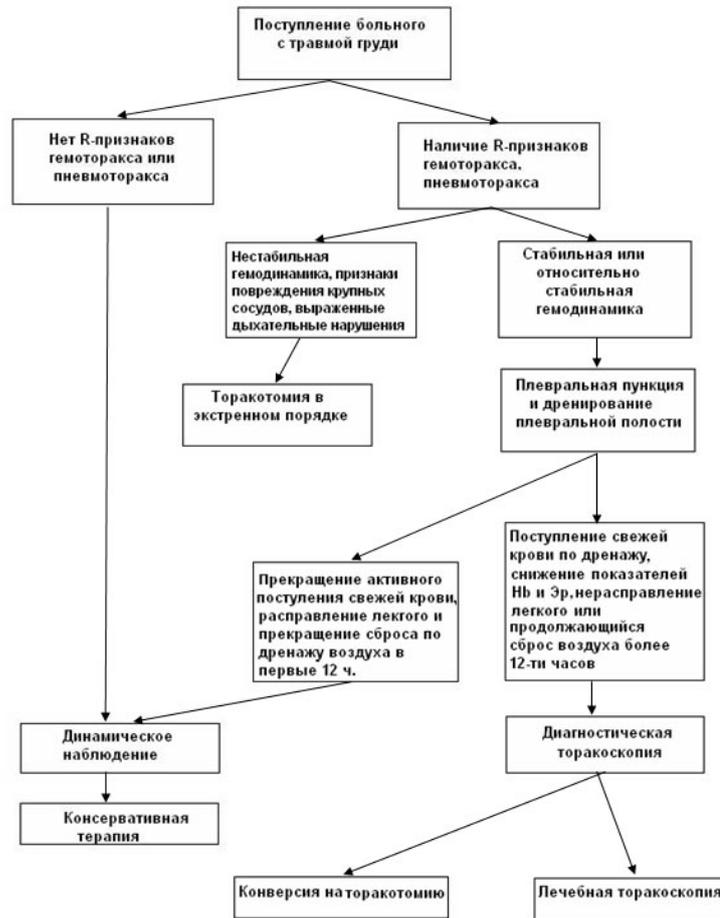


Рис. 1. Алгоритм лечебных мероприятий при травмах грудной клетки

По результатам оценки этапов операций и течения послеоперационного периода была составлена следующая диаграмма (рис.2).

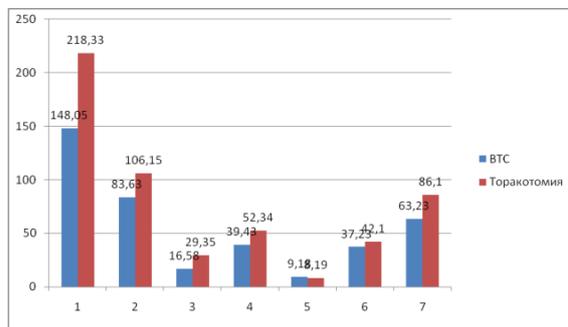


Рис. 2. Параметры оценки послеоперационного периода при травме грудной клетки у детей: 1 – объем интраоперационной кровопотери (мл); 2 – время операции (мин); 3 – длительность послеоперационной интубации (ч); 4 – длительность нахождения в РАО (ч); 5 – длительность сброса воздуха по дренажу (ч); 6 – длительность экссудации по дренажу (ч); 7 – длительность дренирования плевральной полости - ч.

Как видно из рис. 2, ВТС при травме органов грудной клетки была менее травматичным методом, чем торакотомия. ВТС способствовала более ранней экстубации, восстановлению самостоятельного дыхания и активизации больных, что привело к сокращению пребывания больного в отделении анестезиологии реанимации.

Выводы

Проводимая тактика лечения травм грудной клетки у детей способствовала раннему выявлению повреждений, при которых требуется экстренная операция.

Применение ВТС позволило избежать необоснованной торакотомии, а также снизить травматичность выполняемых операций.

Сведения об авторах статьи:

Алягин Владимир Григорьевич – к.м.н., врач-эндоскопист ГБУЗ «Городская детская клиническая больница №17» г. Уфы, докторант кафедры детской хирургии БГМУ. E-mail: endo17@mail.ru.
Гумеров Аитбай Ахмедович – д.м.н., заведующий кафедрой детской хирургии, ортопедии и анестезиологии ГБОУ ВПО БГМУ. Адрес: 450000 г. Уфа, Ленина, 3

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов, Д.М. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений груди: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
2. Ашкрафт, К.У., Холдер, Т.М. Детская хирургия. – СПб. – 1997. – Т.2 – С. 257–260.
3. Гаширов, О.Ф. [и др.]. Видеоторакоскопические операции при хронических нагноительных заболеваниях лёгких у детей // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №3. – С. 24 – 28.
4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф.. Эндоскопическая хирургия у детей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
5. Исаков, Ю.Ф. Торакоскопические и видеоассистированные операции на органах грудной клетки у детей/Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, А.Ю. Разумовский // Хирургия. – 2003. – №3. – С.22 – 25.
6. Мамлеев, И.А. Видеоторакоскопические операции в хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки у детей: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 48 с.
7. Цыбуляк, Г.Н. Ранения и травмы груди/Г.Н. Цыбуляк, С.Л. Бечик // Хирургия.–1997.–№3.–С.5-10.
8. Casos S.R., Richardson J.D. Role of thoracoscopy in acute management of chest injury.// Curr. Opin. Crit. Care. – 2006. – Dec. – №12(6) – С. 184.

УДК 616.12-008.331.1-055.2

© М.Т. Андриянов, А.Е. Манойлов, К.Р. Файзуллин, Н.Г. Литвинова, 2012

М.Т. Андриянов, А.Е. Манойлов, К.Р. Файзуллин, Н.Г. Литвинова
**ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН,
 ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ФОРМЫ
 ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

*ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия»
 Минздравсоцразвития России, г. Челябинск*

Цель исследования: показать значение гипертонической болезни сердца в развитии острых форм фибрилляции предсердий у женщин трудоспособного возраста. Материалы и методы: проведен анализ анамнестических данных, клинико-функциональных исследований у 112 женщин, госпитализированных с острой формой фибрилляции предсердий за период 2006–2010 годы. Результаты: выявлена недостаточная диагностика гипертонической болезни сердца с одновременной гипердиагностикой ишемической болезни сердца как причины развития и рецидивирования фибрилляции предсердий. Выводы: недооценка роли гипертонической болезни сердца в развитии фибрилляции предсердий приводит к необоснованному назначению антиангинальной терапии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, гипертоническая болезнь сердца, фактор риска, женщины, трудоспособный возраст.

M.T. Andriyanov, A.Ye. Manoilov, K.R. Faizullin, N.G. Litvinova
**HYPERTENSIVE HEART DISEASE IN WOMEN
 HOSPITALIZED FOR ACUTE ATRIAL FIBRILLATION**

Aim of the study: To demonstrate the significance of hypertensive heart disease in the development of acute forms of atrial fibrillation in working age women. Materials and methods: An analysis of anamnestic data, clinical and functional studies was carried out in 112 women hospitalized with acute atrial fibrillation within the period of 2006-2010. Results of the study: Insufficient diagnosis of hypertensive heart disease with simultaneous overdiagnosis of coronary heart disease as the cause of atrial fibrillation development and recurrence was identified. Conclusion: Underestimation of hypertensive heart disease significance in the development of atrial fibrillation leads to unreasonable administration of antianginal therapy.

Key words: atrial fibrillation, hypertensive heart disease, risk factor, women, working age.

Распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в общей популяции составляет 1-2% [9,13], у людей в возрасте 40-50 лет – 0,5% [7]. ФП является самой частой суправентрикулярной тахикардией [1, 11]. Медико-социальная значимость ФП определяется повышенным уровнем смертности больных, развитием различных осложнений, невысокой эффективностью профилактической антиаритмической терапии [2] и частой обращаемостью за медицинской помощью. Тактика лечения и профилактические мероприятия повторных приступов ФП зависят от заболевания, послужившего причиной аритмии. Выделяют первичную и вторичную формы заболевания. Вторичная ФП чаще всего вызывается ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), аномалиями

развития сосудов, клапанными пороками сердца, сердечной недостаточностью. У больных, страдающих ГБ, риск развития ФП выше на 42% [10].

Развитие ФП у больных, страдающих ГБ, происходит следующим образом. Артериальная гипертензия (АГ) ведет к гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), которая является одной из основных причин диастолической дисфункции (ДД). Увеличение жесткости камеры ЛЖ приводит к перегрузке левого предсердия (ЛП), с чем и связано его увеличение при ГБ [14, 15]. В свою очередь структурное ремоделирование предсердий приводит к развитию ФП [3, 8].

В то же время в современных клинических рекомендациях по лечению ФП недостаточно подчеркивается значение АГ, гипертен-