

5. Черных В. В., Ходжаев Н. С., Тахчиди Е. Х. и др. Особенности патогенеза начальной стадии первичной открытоугольной глаукомы, значимость иммуновоспалительного процесса // Офтальмохирургия. – 2011. – № 2. – С. 50–53.
6. Amadi-Obi A., Yu C. R., Liu X., Mahdi R. M., Clarke G. L., Nussenblatt R. B. et al. TH17 cells contribute to uveitis and scleritis and are expanded by IL-2 and inhibited by IL-27/STAT1 // Nat. med. – 2007. – Vol. 13. – P. 711–718.
7. Feke G. T., Pasquale L. R. Retinal blood flow response to posture change in glaucoma patients compared with healthy subjects // Ophthalmology. – 2008. – Vol. 115. – P. 246–252.
8. Grus F. H., Joachim S. C., Wuenschig D., Rieck J., Pfeiffer N. Autoimmunity and glaucoma // J. «Glaucoma». – 2008. – Vol. 17. – P. 79–84.
9. Hendrix S., Nitsch R. The role of T helper cells in neuroprotection and regeneration // J. neuroimmunol. – 2007. – Vol. 184. – P. 100–112.
10. Huang P., Qi Y., Xu Y. S., Liu J. et al. Serum cytokine alteration is associated with optic neuropathy in human primary open angle glaucoma // J. «Glaucoma». – 2010. – Vol. 19 (5). – P. 324–330.
11. Jocelyn C., Maya V., Chui M. G. et al. Expression profile of inflammatory cytokines in aqueous from glaucomatous eyes // Mol vis. – 2012. – Vol. 18.
12. Kimura A., Kishimoto T. Th17 cells in inflammation // International immunopharmacology. – 2011. – Vol. 11. – Is. 3. – P. 319–322.
13. Koeberle P. D., Gauldie J., Ball A. K. Effects of adenoviral-mediated gene transfer of interleukin-10, interleukin-4, and transforming growth factor-beta on the survival of axotomized retinal ganglion cells // Neuroscience. – 2004. – Vol. 125. – P. 903–920.
14. Luo C., Yang X., Kain A. D., Powell D. W. et al. Glaucomatous tissue stress and the regulation of immune response through glial Toll-like receptor signaling // Invest. ophthalmol. vis. sci. – 2010. – Vol. 51 (11). – P. 5697–5707.
15. Malville L., Montange T., Vejux A. Measurement of inflammatory cytokines by multicytokine assay in tears of patients with glaucoma topically treated with chronic drugs // British journal of ophthalmology. – 2007. – Vol. 91. – Is. 1. – P. 29–32.
16. Stevens B., Allen N. J., Vazquez L. E. et al. The classical complement cascade mediates CNS synapse elimination // Cell. – 2007. – Vol. 131. – P. 1164–1178.
17. Tazel G., Yang X., Luo C., Peng Y. S. L., Sun D. Mechanisms of immune system activation in glaucoma: oxidative stress stimulated antigen presentation by the retina and optic nerve head glia // Invest. ophthalmol. vis. sci. – 2007. – Vol. 48 (2). – P. 705–714.
18. Wax M. B., Tezel G. Immunoregulation of retinal ganglion cell fate in glaucoma // Exp. eye res. – 2009. – Vol. 88 (4). – P. 825–830.
19. Whitney N. P., Eidem T. M., Peng H., Huang Y., Zheng J. C. Inflammation mediates varying effects in neurogenesis: relevance to the pathogenesis of brain injury and neurodegenerative disorders // J. neurochem. – 2009. – Vol. 108. – P. 1343–1359.

Поступила 06.08.2012

М. Ф. ЧЕРКАСОВ, О. Л. ДЕГТЯРЕВ, П. Ж. ЗАВАРЗИН

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОРГАНОВ ГРУДИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Кафедра хирургических болезней № 4 ФПК и ППС,
кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом токсикологии
ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29,
тел. (863) 250-40-74. E-mail: rostgmu.ru*

Проводился анализ лечения 794 пострадавших с ранением и травмой груди на фоне множественной и сочетанной травмы. В зависимости от тактики проводимых лечебно-диагностических мероприятий пациенты разделены на 2 группы. Показано, что применение видеоторакоскопии в диагностике и лечении пострадавших с сочетанной и множественной травмой области груди способствует раннему выявлению внутриплеврального кровотечения, улучшает результаты лечения и способствует снижению летальности.

Ключевые слова: сочетанная и множественная травма, видеоторакоскопия, лечение.

M. F. CHERKASOV, O. L. DEGTYARYOV, P. J. ZAVARZIN

THE PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH MULTIPLE AND COMBINED THORACAL INJURY

*Department of surgical diseases № 4, department of anaesthesiology and reanimatology
GBOU VPO «Rostov state medical university» Ministry of health and social development of Russia,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, 29 Nakhichevan street,
tel. (863) 250-40-74. E-mail: rostgmu.ru*

Treatment analysis of 794 patients with chest injuries, multiple and combined, was studied. Depending on the tactics of the performed medical and diagnostic procedures, the patients were divided into two groups. It is shown that the use of videothoracoscopy

in the diagnosis and treatment of the patients with multiple and combined chest trauma allows the early detection of intrapleural bleeding, improves the clinical outcomes and reduces mortality.

Key words: multiple thoracal injury, videothoracoscopy, treatment.

Введение

Лечение пострадавших с ранением и закрытой травмой груди остается сложной проблемой. Процессы урбанизации, технологического прогресса, активизации террористических проявлений и локальных вооруженных конфликтов сопровождаются неуклонным ростом травматизма, в структуре которого повреждения органов грудной клетки занимают 10–20%. При этом около 90% пострадавших находятся в трудоспособном возрасте. Лечение пострадавших с торакальной травмой отличается длительностью, высокой частотой развития гнойно-септических осложнений (до 20%) и высокой летальностью (от 17% до 30%) или последующей инвалидизацией.

По организационному смыслу лечение тяжелых травм является одновременно проблемой и хирургической, и анестезиолого-реанимационной, так как неотложная операция в связи с продолжающимся кровотечением или направленная на восстановление целостности и функции жизненно важного органа (устранения гемоторакса, тампонады сердца и др.) является центральным реанимационным мероприятием в спасении жизни пострадавшего, поскольку без нее любые героические меры консервативного плана заведомо обречены на неуспех. Данное обстоятельство побуждает клиницистов к поиску путей оптимизации лечебно-диагностической тактики у пострадавших с повреждениями органов груди при множественной и сочетанной травме.

Ключевой проблемой оказания помощи пострадавшим с торакальной травмой остаются своевременная диагностика и лечение внутриплеврального кровотечения. Сегодня приходится констатировать тот факт, что

Таблица 1

Структура поступивших больных по полу и возрасту

Возраст Пол	15–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70 и ст.	Всего
Мужчины	42	106	128	106	64	44	30	520
Женщины	18	46	62	56	36	34	22	274
Итого	60 (7,5%)	152 (19,1%)	190 (23,9%)	162 (20,4%)	100 (18,5%)	78 (9,8%)	52 (6,5%)	794 (100%)

Таблица 2

Нозологическая структура сочетанной травмы груди, I и II клинические группы

Сочетанное повреждение	Количество	Доля (%)
Грудь + ЧМТ, ранения груди	338	42,6
Грудь + ЧМТ + брюшная полость, в том числе ранения	38	4,8
Грудь + ЧМТ + ОДА (конечности)	46	5,8
Грудь + ЧМТ + ОДА (таз)	28	3,5
Грудь + ЧМТ + мочевыделительная система	20	2,5
Грудь + брюшная полость, в том числе ранения	138	17,4
Грудь + брюшная полость + ОДА (конечности), в том числе ранения	28	3,5
Грудь + брюшная полость + ОДА (таз)	24	3,0
Грудь + мочевыделительная система + брюшная полость	16	2,0
Грудь + ОДА (конечности)	30	3,8
Грудь + ОДА (конечности) + ОДА (таз)	12	1,5
Грудь + ОДА (конечности) + мочевыделительная система	18	2,3
Грудь + ОДА (таз)	16	2,0
Грудь + ОДА (таз) + мочевыделительная система	22	2,8
Грудь + ОДА (конечности) + ОДА (таз) + мочевыделительная система	14	1,8
Грудь + ЧМТ + ОДА (конечности) + ОДА (таз)	6	0,8
Итого	794	100

активно выжидательная тактика, применяемая у пострадавших с торакальными повреждениями в отсутствие показаний к экстренной торакотомии, основанная на определении объема и скорости поступления крови по плевральным дренажам, не дает детального и своевременного представления о наличии и степени тяжести повреждений, что существенно затрудняет выбор оптимальной тактики лечения. При этом традиционно используемые средства и методы диагностики позволяют судить о повреждении косвенно, в то время как ревизионная торакотомия (ТТ) позволяет получить достоверные данные о повреждениях внутренних органов. Однако как диагностический метод ТТ характеризуется высокой травматичностью и частым развитием послеоперационных осложнений [1–3].

По нашему мнению, наиболее перспективным направлением в решении данной проблемы является применение малоинвазивных хирургических технологий. Торакоскопия (ТС) сочетает диагностические и лечебные манипуляции, мероприятия по обеспечению гемостаза, эвакуации гемопневмоторакса, ушивание повреждений. Несмотря на очевидные преимущества эндовидеохирургии, для экстренной диагностики и хирургической коррекции повреждений ТС используется редко [1, 4–9].

Таким образом, улучшение результатов лечения больных с повреждениями груди на фоне политравмы невозможно без сравнительного анализа клинического опыта использования традиционных и малоинвазивных методов.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 794 больных, госпитализированных в отделение травматологии

№ 2 (отделение множественной и сочетанной травмы) МБУЗ ГБСМП г. Ростова-на-Дону в связи с открытой травмой груди (ОТГ), закрытой травмой груди (ЗТГ), торакоабдоминальной травмой (ТАТ) в период с 2004 по 2011 год (табл. 1).

В возрасте от 20 до 69 лет было 85,9% пациентов. Процесс оказания помощи пострадавшим при сочетанной травме нами разделен на 4 этапа (по А. С. Ермолову). Результаты оценивались на реанимационном и профильном клиническом и реабилитационном этапах. В целом же характер лечебных мероприятий, проводимых пострадавшим с множественной и сочетанной травмой на реанимационном этапе, отражен на представленной выше схеме. При формировании лечебно-диагностического алгоритма на реанимационном этапе оказания помощи мы руководствовались рекомендациями члена-корреспондента РАМН А. С. Ермолова о необходимости использования наиболее информативных экспресс-методов, четкой схемы инфузионно-трансфузионной терапии, выявления приоритетов хирургической помощи и ее последовательности, профилактики и лечения ранних и поздних осложнений.

В зависимости от характера проводимых лечебно-диагностических мероприятий пострадавшие разделены на две группы: группа I – пролеченные без применения ТС (n=364); группа II – пролеченные с применением ТС (n=430) (табл. 2).

Тяжесть кровопотери оценивали по общепринятой методике (Н. А. Кузнецов, 2003). Степень тяжести шока оценивали по индексу Allgower, в соответствии с рекомендациями НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург, 2007 г.), шок выявлен у 78,6% пострадавших. В соответствии с рекомендациями НИИ

Характер лечебных мероприятий в комплексе интенсивной терапии у пострадавших с множественной и сочетанной травмой на реанимационном этапе оказания медицинской помощи

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ		НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
Общие	Частные	Обеспечение адекватной анальгезии и нейровегетативной стабилизации
Фторуглеродные кровезаменители	Иммобилизация и остеосинтез переломов, полостные операции Коррекция анемии	Обеспечение проходимости дыхательных путей, респираторная поддержка
Альбумин, глюкокортикоиды	КПТ, удаление внутричерепных гематом Фармакологическая защита мозга от гипоксии	Обеспечение адекватного сосудистого доступа и восполнение ОЦК Коррекция водно-электролитного обмена и КОС
Улучшение метаболизма в клетках ЦНС	Блокада Ca^{2+}	Оптимизация гемореологии и церебральной перфузии
Антиоксиданты	Нутритивная поддержка	Устранение коагуляционных нарушений (с-ма ДВС)
Антибактериальные препараты	Системные биологически активные добавки к пище	Профилактика инфекционно-воспалительных и нейротрофических осложнений

скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург, 2007 г.) тяжесть политравмы, возможность применения тех или иных операций оценивали по балльной системе (Ю. Н. Цыбин, 1984). Оперативные вмешательства, выполненные у пациентов I и II групп, представлены в таблицах 3 и 4.

У 11,34% больных в послеоперационном периоде были изучены функции внешнего дыхания (ФВД). Степень дыхательной недостаточности (ДН) оценивалась по газовому составу крови (Р. Конден и Л. Найхус, 1998).

Оценку ближайших результатов проводили в течение 10–14 дней после операции, а отдаленные изучались в сроки начиная с 6 месяцев. К хорошим результатам отнесли случаи без осложнений, заживление ран первичным натяжением, показатели ФВД значительно не отличались от нормы. Удовлетворительным результатом считали осложненные случаи, к моменту выписки из стационара показатели ФВД не отличались от нормы. К неудовлетворительным результатам отнесли случаи, в которых выполнялись реторакотомии и отсроченные ТТ после ТС либо ТТ, случаи осложнений (респираторный дистресс-синдром (РДС), пневмония, эмпиема), а также случаи, в которых к моменту выписки показатели ФВД свидетельствовали о латентной ДН.

При оценке отдаленных результатов нами использовались следующие критерии. К хорошим исходам отнесли случаи, когда больные возвращались к прежнему образу жизни. Показатели ФВД не отличались

от нормы. Удовлетворительным результатом считали развитие плевропневмофиброза, наличие нарушений ФВД без ДН, а также стойкие болевые синдромы в области послеоперационных рубцов, купирующиеся консервативной терапией. К неудовлетворительным результатам отнесли развитие плевропневмофиброза, служившего показанием к декортотомии, пневмолизу, стойкие нарушения ФВД с ДН, а также стойкие болевые синдромы в области послеоперационных рубцов, явившиеся показанием к невролизу, инвалидность пациента, связанная с травмой груди.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методом малых групп сплошной выборкой. Сформирована база данных «Microsoft Access». Выполнен многофакторный анализ результатов лечения пациентов. Данные обработаны в программе «Microsoft Excel».

Результаты

После анализа результатов лечения пострадавших с закрытой травмой груди (ЗТГ) установлено, что у 81,7% пострадавших с ЗТГ отмечено развитие шока, при этом на долю шока II степени приходится 38,7% случаев. В I группе при ТТ и реторакотомии у пациентов с ЗТГ гемостаз продолжающегося внутриплеврального кровотечения выполнен в 6,0% случаев; удаление свернувшегося гемоторакса – в 5,3% случаев; реторакотомии в связи с продолжающимся внутриплевральным кровотечением – в 1,4% наблюдений;

Таблица 3

Распределение пострадавших I группы по объему оперативного лечения

Вид оперативного вмешательства	Закрытая травма груди		Ранения груди		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Торакоцентез	252	88,7	18	22,5	270	74,2
Экстренная торакотомия	6	2,1	54	67,5	60	16,5
Срочная торакотомия	18	6,3	6	7,5	24	6,6
Отсроченная торакотомия	8	2,8	2	2,5	10	2,7
Реторакотомия	8	2,8	6	7,5	14	3,8
Лапароскопия	136	47,9	6	7,5	142	39,0
Лапаротомия	62	21,8	12	15,0	74	20,3

Таблица 4

Распределение пострадавших II клинической группы по объему оперативного лечения

Вид оперативного вмешательства	Закрытая травма груди		Ранения груди		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Торакоцентез	8	2,4	8	8,7	16	3,7
Экстренная торакотомия	4	1,2	8	8,7	12	2,8
Срочная торакотомия	2	0,6	0	0	2	0,5
Экстренная торакотомия после диагностической видеоторакоскопии	6	1,8	12	13,0	18	4,2
Реторакотомия	0	0	2	2,1	2	0,5
Диагностическая видеоторакоскопия	224	66,3	12	13,0	236	54,9
Лечебная видеоторакоскопия	94	27,8	52	56,5	146	33,9
Лапароскопия	184	54,4	20	21,7	204	47,4
Лапаротомия	138	40,8	12	13,0	150	35,8

санационная реторакотомия выполнена у 1,4% пострадавших. Средняя длительность респираторной поддержки (искусственной и вспомогательной вентиляции легких) после ТТ у пострадавших с ЗТГ I группы составила $24,5 \pm 5,2$ часа.

В I группе у пациентов с ЗТГ после ТТ выявлены следующие осложнения: пневмония – 4,9%; осумкованный плеврит – 2,8%; нагноение ран грудной стенки – 2,8%; продолжающееся внутриплевральное кровотечение – 0,7%; эмпиема плевры – 0,7%; остеомиелит ребра – 0,7%, при этом в 2,8% случаев понадобилось выполнение реторакотомий.

При этом в I группе наблюдения хорошие непосредственные результаты лечения определены у 56,3% пострадавших, удовлетворительные непосредственные результаты лечения установлены у 26,1% пациентов, а неудовлетворительные непосредственные результаты лечения отмечены у 9,2% пострадавших.

Летальность в I группе составила 8,5%. Превалирующей причиной смерти явилось развитие осложнений: эмпиемы плевры – в 0,5% случаев, абсцесса легкого – в 0,5%, РДС и развернутого синдрома полиорганной недостаточности (включая синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания – ДВС) – в 2,2%, пневмонии – в 1,6% наблюдений. У 1,6% пострадавших причиной смерти послужила черепно-мозговая травма тяжелой степени.

Отдаленные результаты прослежены у 186 пациентов с ЗТГ. Хорошие результаты выявлены в 73,7% случаев, удовлетворительные – в 16,7%, а неудовлетворительные – у 9,7% пострадавших.

Во II клинической группе анализу подвергнуты результаты лечения 338 пострадавших с ЗТГ. При этом установлено, что в состоянии шока различной степени поступило 72,2% пострадавших, 53,3% которых пришлось на пациентов с шоком I степени. У 56 пациентов, поступивших в состоянии шока II–III степени, ежедневно в течение первых 3 суток применяли способ пролонгированного субплеврального обезболивания (патент РФ от 10.10.2006 № 2284815), благодаря чему у всех пациентов была достигнута устойчивая, длительная аналгезия.

Во II группе при ЗТГ ТТ выполнена 3,6% пострадавших, ТС – 94,0% пациентов, при этом лечебная ТС – 27,8% пострадавших, а диагностическая – 66,3% пациентов. При ТС во II клинической группе были выявлены следующие повреждения: субплевральные кровоизлияния и гематомы грудной стенки – 48,5%; разрывы париетальной плевры – 27,8%; разрывы легкого – 30,2%; ушибы легкого – 14,8%; внутрилегочные гематомы – 4,7%; пневмомедиастинум – 2,4%; отломки ребер, выступающие в просвет плевральной полости, – 8,3%; ушибы и разрывы диафрагмы – 22,5%; гемопневмоторакс – в 100% случаев; внутриплевральное кровотечение из мышечных сосудов – 29,0%; внутриплевральное кровотечение из межреберных сосудов – 4,1%; внутриплевральное кровотечение из внутренней грудной артерии – 1,8%; внутриплевральное кровотечение из разрыва легкого – 23,0%; внутриплевральное кровотечение из разрыва диафрагмы – 17,2% случаев.

Повреждения легкого диагностированы в виде разрывов, ушибов и внутрилегочных гематом. Причиной разрывов в 30,2% случаев послужило смещение отломков ребер с перфорацией париетальной и висцеральной плевры. Ушибы легкого характеризовались наличием множественных субплевральных кровоиз-

лияний с формированием инфарктоподобных очагов. Внутрилегочные гематомы обнаружены у 4,7% пострадавших. Переломы ребер при наличии отломков, проникающих в плевральную полость через разрывы париетальной плевры, отмечены у 8,3% пострадавших. В 30,8% наблюдений такие переломы сопровождались кровотечением из межреберных мышц, ран прилежащей поверхности легкого.

Гемоторакс выявлен у всех пострадавших II группы с ЗТГ, у 58,0% пациентов обнаружены признаки продолжающегося кровотечения. В большинстве наблюдений (23,0%) кровотечение было обусловлено повреждением грудной стенки, у 4,7% пострадавших отмечено кровотечение из разрывов легкого. Свернувшийся гемоторакс выявлен у 1,8% пациентов. При этом кровотечение из небольших поверхностных разрывов легкого останавливали коагуляцией – в 15,4% случаев, ушивание герниостеплером выполнено у 12,4% пациентов. Если рана легкого была больше 3 см и глубиной более 2 см, гемостаз осуществляли мини-торакотомией с применением общехирургических инструментов – у 5,9% пациентов.

Комбинация данных методов позволила остановить кровотечение в 97,5% случаев. В 79,9% наблюдений ТС являлась окончательным методом лечения повреждения груди, в 1,8% случаев ТС завершилась ТТ. В 54,4% случаев ТС сочеталась с лапароскопией, в 40,8% наблюдений – с лапаротомией. Эффективность лечебных манипуляций, выполненных в ходе ТС, у пациентов II группы с ЗТГ составила в среднем 82,4%.

В ходе ТС интраоперационных осложнений не отмечено. Средняя длительность лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших II группы с ЗТГ составила $52,3 \pm 8,8$ минуты. Средняя длительность респираторной поддержки после ТС у пациентов с ЗТГ составила $18,3 \pm 2,2$ часа.

Сроки лечения у пострадавших с ЗТГ до реконвалесценции варьировали от 10 до 34 суток, в среднем $18,3 \pm 2,1$ суток. Общая длительность госпитализации в ряде случаев была значительно больше в связи с тяжестью сочетающихся травм.

У пострадавших с ЗТГ во II группе выявлены следующие осложнения: РДС – у 4,7% пострадавших, пневмония – у 14,8% пациентов, плеврит – у 10,1% пациентов, ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость – в 1,2% случаев. У 10,1% пациентов отмечено сочетание пневмонии с плевритом и РДС.

Хорошие непосредственные результаты лечения выявлены у 79,9% пациентов II клинической группы, удовлетворительные непосредственные результаты лечения – у 14,8% пациентов, а неудовлетворительные отмечены у 5,3% пострадавших. Летальность во II группе наблюдения составила 8,2% и была обусловлена сочетанием торакальной травмы с тяжелыми сочетанными повреждениями центральной нервной системы, таза и конечностей.

При оценке отдаленных результатов лечения у пациентов II группы хорошие результаты выявлены у 79,3%, удовлетворительные – у 19,0% пострадавших, а неудовлетворительные отдаленные результаты имели место в 1,7% наблюдений.

Обсуждение

Таким образом, видеоторакоскопия при лечении пострадавших с травмой груди на фоне множественной и сочетанной травмы способствует улучшению

отдаленных результатов лечения, а именно увеличению количества хороших непосредственных результатов, снижению относительного количества неудовлетворительных результатов.

Необходимо отметить, что применение видеоторакоскопии в диагностике и лечении пострадавших с сочетанной и множественной травмой области груди позволило сократить сроки оценки тяжести повреждений и принятия решения по хирургической тактике, что в целом благоприятно отразилось на результатах лечения. Неоспоримым преимуществом видеоторакоскопической диагностики является возможность раннего выявления наиболее опасного осложнения торакальной травмы – внутриплеврального кровотечения.

Возможность быстрой и точной визуализации источника кровотечения, оценки его характера и интенсивности делает видеоторакоскопию приоритетным лечебно-диагностическим методом, позволяющим избежать длительного динамического наблюдения за пациентом на реанимационном этапе оказания помощи. Видеоторакоскопия предоставляет возможность выполнить окончательную остановку продолжающегося кровотечения при повреждении сосудов грудной стенки, полноценно выполнить раннюю эвакуацию гемоторакса, осуществить тщательную санацию плевральной полости, а также прицельно дренировать плевральную полость.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Видеоторакоскопия является окончательным методом диагностики и лечения, значительно уменьшает число послеоперационных осложнений и длительность стационарного лечения.

Основными факторами риска осложнений у пострадавших с травмой области груди являются выжидательная тактика, неадекватное дренирование плевральной полости, а также травматичность диагностической ТТ.

Видеоторакоскопия обеспечивает раннее выявление источников и объемов внутриплевральных повреждений, а также является методом окончательного хирургического лечения.

Использование видеоторакоскопии в диагностике и лечении пострадавших с сочетанной и множественной травмой груди позволяет сократить сроки диагностики и установить показания к экстренной торакотомии, избежать диагностических торакотомий.

Использование видеоторакоскопии у пострадавших с повреждениями органов груди на фоне сочетанной и множественной травмы позволяет увеличить количество хороших результатов лечения и снизить летальность.

Использование видеоторакоскопии приводит к увеличению хороших отдаленных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишихов А. М., Богданов Д. Ю., Матвеев Н. Л. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении торакоабдоминальной травмы // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 7.
2. Багдасарова Е. А. Лечебная тактика у пострадавших с гемотораксом при закрытых сочетанных торакоабдоминальных повреждениях // Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 3-й, тезисы. – М., 2009. – С. 121–122.
3. Бисенков Л. Н., Зубарев П. Н., Трофимов В. М. и др. Неотложная хирургия груди и живота. – СПб: Гиппократ, 2006. – 560 с.
4. Воскресенский О. В., Даниелян Ш. Н., Абакумов М. М. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений и закрытых повреждений груди и их осложнений // IX съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 589.
5. Воскресенский О. В., Жестков К. Г., Абакумов М. М., Гуляев А. А. Видеоторакоскопия в лечении пострадавших с проникающими ранениями груди и их осложнений // Хирургия. – 2006. – № 1. – С. 22–28.
6. Плечев В. В., Марфин А. Ю., Фатихов Р. Г., Гатауллин Н. Г., Авзалетдинов А. М., Латыпов Ф. Р. и др. Тактика лечения торакоабдоминальных ранений // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии»: Сборник трудов. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 28.
7. Розанов В. Е. и др. Возможность диагностической и лечебной неотложной видеоторакоскопии при осложненных травмах груди // Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». 3-й: Материалы. – М., 2009. – С. 117.
8. Черкасов М. Ф. и др. Хирургическая тактика при сочетанных повреждениях органов брюшной полости // Съезд хирургов Южного федерального округа, 2-й: Материалы. – Пятигорск, 2009. – С. 72–73.
9. Lieber A. The value of thoracoscopy in thorax trauma // Chirurr. – 2006. – № 10. – P. 8–11.
10. Villavicencio R. T., Auca J. A., Wall M. J. Analysis of thoracoscopy in trauma // Surg. endosc. – 1999. – Vol. 13. № 1. – P. 3–9.

Поступила 20.07.2012

М. Ф. ЧЕРКАСОВ, О. Л. ДЕГТЯРЕВ, В. А. САРКИСЯН

НЕОТЛОЖНАЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Кафедра хирургических болезней № 4 ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел. (863) 250-40-74. E-mail: rostgmu.ru

Проводится анализ судебно-медицинских исследований лиц, погибших от изолированных и сочетанных травм груди (347 случаев), обсуждаются данные патоморфологических исследований (60 трупов людей обоих полов, различного типа телосложения и возраста), а также анализируются результаты лечения 794 больных, госпитализированных в связи с ранениями и закрытой травмой груди на фоне сочетанной и множественной травмы в период с 2004 по 2011 год. Обсуждаются критерии оценки непосредственных результатов лечения.