

СЛУЧАЙ ЭМФИЗЕМЫ СРЕДОСТЕНИЯ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В РОДАХ

Частота травматических повреждений груди среди травм других областей тела составляет 8-10 %. Закрытые травмы груди встречаются в 9 раз чаще, чем открытые [1]. К числу закрытых повреждений груди относится и эмфизема средостения. В доступной литературе за последние 25 лет мы нашли только одно описание случая эмфиземы средостения в родах [2].

Эмфизема средостения и подкожная эмфизема могут развиваться в родах в периоде изгнания как результат повышения бронхиального давления и баротравмы легкого вследствие форсированного затрудненного выдоха при потугах, т.е. когда усиленный глубокий вдох переходит в произвольно сдерживаемый выдох. Это приводит к травме альвеол, часто на фоне неполноценности легочной ткани при пневмоклерозе, диффузной или локальной эмфиземе легкого, бронхоэктазах, кистах, пороках развития респираторного отдела легких и т.п.

Экспериментальные исследования показывают, что при разрыве альвеол из-за повышения давления в них воздух проникает в периальвеолярную ткань, расслаивая ее. При сохранении внутриальвеолярного давления воздух по интерстициальной ткани легкого может распространяться в центральном направлении, расслаивая соединительно-тканное ложе сосудов и бронхов, и достигает средостения, вызывая медиастинальную эмфизему. Из средостения воздух распространяется в подкожную клетчатку шеи, лица, передней поверхности грудной клетки, плечевого пояса и т.д.

Скопившийся в средостении воздух может распространиться и вниз, в ретроперитонеальные ткани, вызывая интестинальный пневмоноз. Выход воздуха из средостения является благоприятным фактором, т.к. иначе скопление воздуха в средостении под повышенным давлением может сдавить сосуды, проходящие в средостении, и привести к смерти пациента [3, 4]. Особенно опасны длительные потуги.

Учитывая редкую встречаемость данной патологии в родах, высокую опасность для здоровья и жизни роженицы, приводим свое наблюдение случая пневмомедиастина и подкожной эмфиземы в родах.

Роженица Г., 18 лет, студентка, поступила в родовое отделение МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово 24 августа 2004 года в 7 часов 45 минут с диагнозом: «Беременность 40 недель. Хроническая желе-

зодефицитная анемия легкой степени. Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. Раннее излитие околоплодных вод. Первый период родов».

Настоящая беременность первая, протекала на фоне хронической анемии легкой степени, конституционной гипотонии, хронического гастродуоденита.

Первая половина беременности осложнилась ранним токсикозом, во второй половине беременности отмечалась хроническая фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода.

Из анамнеза выяснено, что один или два раза в год женщина болеет острыми респираторными вирусными инфекциями. В 2001 году перенесла тяжелую очаговую пневмонию. Флюорография легких, выполненная в сентябре 2003 года, без патологических изменений.

При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в низу живота, излитие околоплодных вод в 6 часов 00 минут.

Телосложение астеническое. Рост 166 см. Вес 65 кг. Кожные покровы и слизистые умеренно бледной окраски. На голенях определяются отеки (прибавка веса за беременность составила 10 кг). Во всех отделах легких выслушивается везикулярное дыхание с частотой 17 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, частота сердечных сокращений 74 в минуту. Артериальное давление (А/Д) 100/60 – 110/70 мм рт. ст.

Первый период родов протекал без осложнений, проводилась спазмолитическая и метаболическая терапия. Длительность первого периода родов составила 5 часов 15 минут, второго периода – 1 час. Роды произошли живым доношенным плодом мужского пола весом 3860 г с оценкой по шкале Apgar 7/8 баллов.

С началом потуг появилось чувство распирания шеи, лица, боль за грудиной, которые усиливались с нарастанием потуг, изменился голос, увеличился язык, нарушилась речь, стало затрудненным дыхание, появилась гиперемия лица, нависание век над глазами яблоками. Первоначально данное состояние было расценено как отек Квинке. В дальнейшем при пальпации передней поверхности грудной клетки до восьмого ребра, рук, шеи, лица (больше слева) появилась крепитация подкожной клетчатки. Стала нарастать одышка до 28 дыхательных движений в минуту, тахикардия до 104 в минуту, гипотония (А/Д 80-90/50 мм рт. ст.). Над всеми полями

легких прослушивалось ослабление дыхания. После рождения ребенка нарастание подкожной эмфиземы прекратилось, но не исчезло. Выставлен диагноз: «Спонтанный пневмоторакс? Пневмомедиастинум?»

В асептических условиях в подкожную клетчатку грудной клетки, начиная с уровня первого ребра, поставлены четыре иглы Дюфо, пациентке придано положение полусидя. На рентгенограмме органов грудной клетки в положении лежа снижена прозрачность легочных полей за счет большого скопления воздуха в мягких тканях грудной клетки. Тень средостения расположена срединно, листки медиастинальной плевры «расслоены» скоплением воздуха. Сердце окаймлено полоской воздуха. На рентгенограмме в боковой проекции четко определяется наличие воздуха в передних отделах средостения. Заключение: рентгенологическая картина эмфиземы средостения, подкожной эмфиземы.

При ультразвуковом исследовании визуализация органов грудной клетки невозможна из-за высокой пневматизации подкожной клетчатки, признаков свободной жидкости в грудной клетке не выявлено.

На электрокардиограмме имеется незначительное отклонение электрической оси сердца влево, умеренные изменения в миокарде левого желудочка, преимущественно обменно-метаболического характера.

Пациентке проводились седативная терапия, медикаментозное подавление кашлевого рефлекса, антибиотикотерапия. На вторые сутки послеродового периода отмечалось повышение температуры до 37,1°C. При динамическом контроле через сутки (25 августа 2004 г.) на рентгенограмме органов

грудной клетки в прямой и боковой проекциях сохраняется выраженная подкожная эмфизема шеи и мягких тканей грудной клетки. Пневмомедиастинум уменьшился, но небольшое количество воздуха сохраняется и хорошо определяется на рентгенограмме в боковой проекции. Диагноз подтвержден торакальным хирургом. Клинические признаки пневмомедиастинума постепенно исчезали и на 8-е сутки (1 сентября 2004 г.) в удовлетворительном состоянии больная выписана домой. В настоящее время состояние пациентки удовлетворительное.

В нашем случае имела типичная картина развития эмфиземы средостения и подкожной эмфиземы в родах. Предрасполагающими моментами к развитию этой патологии в данном случае, по-видимому, явилась активная потужная деятельность, способствующая повышению внутрибронхиального давления и проникновению воздуха в средостение на фоне неполноценности легочной ткани вследствие перенесенной тяжелой пневмонии, а также дисплазия соединительной ткани, которая, как правило, сопровождается астеническим синдромом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер, Е.А. Хирургия повреждений груди /Е.А. Вагнер. – М., 1981. – 288 с.
2. Эмфизема средостения в родах /Кривихин В.Т. и др. //Сов. мед. – 1986. – № 7. – С. 119-120.
3. Нарушение гемодинамики и вентиляции легких при эмфиземе средостения /Симбирцев С.А. и др. //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1990. – № 5. – С. 61-63.
4. Халев, Ю.В. Медиастинальная эмфизема /Халев Ю.В. //Кардиология. – 1982. – Т. 22. – С. 111-113.



ПОЧЕМУ КАПРИЗНИЧАЮТ ДЕТИ?

То, что раньше считалось капризом, нежеланием подчиняться взрослым, сейчас имеет вполне научное обоснование. Это доказали ученые из медицинской школы Брауна (Brown Medical School) в Провиденсе, штат Род-Айленд, которые уверены в том, что дети действительно не хотят ложиться спать раньше, чем их заставляют это делать родители.

Ученые считают, что в период взросления в организме ребенка происходит "перевод" биологических часов на более позднее время. Отсюда возникает и нежелание спать, тогда как маленькие дети, как известно, ложатся спать достаточно рано. Эти процессы начинаются в организме человека в юношеском возрасте и продолжаются некоторое время, пока идет его перестройка. В результате исследования, в котором принимали участие более 1000 подростков, был сделан вывод о том, что смена продолжительности сна и времени, когда организм действительно готов заснуть, обусловлено его половым созреванием. Об этом говорит и тот факт, что в юношеском возрасте выработка мелатонина, гормона, который сообщает организму о том, что пора отдыхать, происходит на два часа позже, чем в детском.

Источник: www.cardiotechnika.ru.