

дователей, трудившихся под руководством Николая Семеновича Молчанова. Укажем д.м.н. и профессоров В.П. Сильвестрова, Е.В.Гембицкого, Л.М.Клячкина, О.В.Коровину, Т.Е.Гембицкую, М.М. Кирилова, Б.Б.Удальцова, Г.Е.Чумака, В.В.Вытрищак, Ю.Н.Шишмарева, И.Г.Куренкову, которые в проблеме НЗЛ продолжили идеи академика Н.С.Молчанова.

Глубокое изучение заболеваний легких и их социально-экономическое значение позволило обосновать необходимость создания пульмонологической службы с сетью специализированных поликлиник, стационаров, реабилитационных центров и выделить специальность врачпульмонолог. В Ленинграде было создано Общество пульмологов. Роль трудов Николая Семеновича и его школы была очень высокой.

В нашей стране и за рубежом известны труды Н.С.Молчанова, он с честью представлял нашу меди-

цину, в том числе и пульмонологию, в ряде стран Европы и Южной Америки.

За большие заслуги перед отечеством Николаю Семеновичу Молчанову было присвоено высокое звание Героя Социалистического Труда, а клиника, где плодотворно трудился ученый, академик, выдающийся врач более четверти века, носит его имя.

В течение ряда лет Н.С. Молчанов выполнял большую общественную работу — был председателем Ленинградского научного общества терапевтов им. С.П.Боткина, членом редколлегии журналов "Терапевтический архив", "Военно-медицинский журнал", "Клиническая медицина", "Центральный реферативный журнал".

Жизнь Николая Семеновича, отданная медицине и, в первую очередь, пульмонологии — прекрасный пример для молодых врачей.

Хроника. Информация

ПРОТОКОЛ 228-го ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА г. МОСКВЫ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ 26.05.98.

Председатель — акад. РАМН М. И. Перельман. Референт — проф. Н. С. Королева

Доклады

И. М. М. Абакумов, А. Н. Погодина, В. А. Береснев, И. Е. Маныкин, Л. В. Леонова (Институт скорой помощи им. Н.В.Склифосовского). Проникающие ранения груди.

Проникающие ранения груди относятся к тяжелым и опасным для жизни видам открытой травмы. В последние годы отмечается неуклонный рост количества больных с открытой травмой груди вследствие ранений холодным и огнестрельным оружием. Наибольшей тяжестью характеризуются сочетанные ранения груди и других анатомических областей, летальность при которых достигает 50—86%. Проблема совершенствования методов диагностики повреждений в предоперационном периоде, рациональной хирургической тактики, раннего выявления послеоперационных и посттравматических осложнений и их лечения является актуальной.

За последние пять лет в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского на лечении находились 2122 больных с проникающими ранениями груди. Ранения холодным оружием были у 1740 больных, огнестрельные ранения — у 382 пациентов. Изолированная открытая травма груди имела место в 1453 наблюдениях (у 1323 больных при колото-резаных ранениях и у 130 больных с огнестрельной травмой). Сочетанные ранения наблюдались у 417 больных с колото-резаными ранениями и 252 пациентов с огнестрельной травмой, что соответствовало 24 и 66% в каждой группе больных. Среди сочетанных повреждений преобладали торакоабдоминальные ранения (261 наблюдение при ранении холодным оружием и 106 наблюдений при огнестрельной травме). Особенностью огнестрельных ранений были множественные тяжелые повреждения внутренних органов, преимущественно с массивным разрушением тканей, контузионными повреждениями рядом расположенных органов, а также частое сочетание травмы груди с ранениями позвоночника, спинного мозга, огнестрельными множественными переломами ребер, костей таза, конечностей. Характер и частота повреждений внутренних органов при травме холодным и огнестрельным оружием имели свои особенности. При изолированных проникающих колото-резаных ранениях

груди в 76% случаев имело место ранение легкого, в 28% наблюдений выявлено ранение сердца. При огнестрельной изолированной травме частота повреждений сердца составила всего 2%, что может быть обусловлено большей тяжестью огнестрельных ранений сердца и наступлением смерти на догоспитальном этапе. При торакоабдоминальных ранениях (холодным и огнестрельным оружием) частота травмы паренхиматозных органов брюшной полости была одинаковой. Так, ранения печени выявлены в 22 и 24% случаев, ранения селезенки в 18—20%, почек — соответственно в 2—4%. Ранения полых органов при огнестрельной травме наблюдались более чем в 2 раза чаще, чем при ранениях холодным оружием.

В диагностике изолированных и сочетанных ранений груди важное значение имеет тщательный клинический осмотр пострадавших, рентгенологическое исследование груди и смежных областей, а также ультразвуковое исследование груди и живота. Перед хирургическим вмешательством основной задачей диагностики было выявление признаков свободной жидкости в плевральных полостях, полости перикарда, брюшной полости, забрюшинном пространстве. Метод ультразвукового исследования грудной клетки и брюшной полости позволял в кратчайшее время получить данные о наличии жидкости в плевральной полости и животе и дать количественную оценку содержимого. Высока диагностическая достоверность ультразвукового метода и возможность выполнения исследования непосредственно в операционной при одновременном проведении реанимационных мероприятий делают его незаменимым в диагностике повреждений при ранениях груди.

Объем и характер хирургического лечения зависел от вида и тяжести травмы. При наличии малого гемоторакса производили ревизию и хирургическую обработку раны, пункцию плевральной полости. В случаях среднего гемоторакса хирургическую обработку раны завершали дренированием плевральной полости. Показаниями к торакотомии были: большой гемоторакс, подозрение на ранение сердца, трахеи и бронхов, диафрагмы (524 наблюдения).

Наиболее сложным было лечение больных с сочетанными ранениями груди. Хирургическая тактика основывалась на выявлении преобладающего повреждения. Так, при торакоабдоминальных ра-

нениях и одновременных ранениях груди и живота поочередно использовали два доступа (торакотомия, лапаротомия — 326 наблюдений). При преобладании тяжести травмы органов брюшной полости после дренирования плевральной полости выполняли лапаротомию (127 наблюдений). В 6 случаях шейно-грудных ранений выполнена продольная стернотомия с расширением доступа у двух больных путем поперечного пересечения грудины и торакотомии.

Основными видами вмешательств при изолированных и сочетанных ранениях груди были ушивание ран (сердце, легкие, печень, поджелудочная железа, желудок, кишечник), удаление поврежденного органа (спленэктомия, нефрэктомия, холецистэктомия), резекция (легкое, кишка). При ранениях легкого и наличии длинного раневого канала, идущего к корню, с целью надежного гемостаза применяли методику рассечения раневого канала и раздельного прошивания сосудов (15 наблюдений). Применение этой методики позволило удалить внутрилегочную гематому и надежно остановить кровотечение. Важным моментом при хирургическом вмешательстве является ревизия гематом забрюшинного пространства.

Летальность при изолированной открытой травме груди составила 5,2% — при колото-резаных ранениях и 9,8% — при огнестрельных ранениях, при торакоабдоминальных ранениях соответственно 6,3 и 35%. Наибольшей была летальность при сочетанных огнестрельных ранениях груди, живота, черепа, конечностей (83%). Более чем две трети летальных исходов наступили в 1-е сутки с момента травмы, включая случаи смерти на операционном столе. Основными причинами смерти были шок и кровопотеря.

Ответы на вопросы:

При гемотораксе использовали лизирующие препараты. 50% таких больных лечатся консервативно, 50% приходится оперировать. При тяжелом состоянии больного не обязателен поиск инородного тела, но обязательна ревизия раневого канала.

Малый гемоторакс — до 500 мл крови, средний — до 800 мл, большой — свыше 800 мл (классификация П.А.Куприянова). При огнестрельных ранениях груди процент торакотомий равен 15, при ножевых — 18. Частота развития эмпием плевры при торакальных ранениях составила 6%.

2. П. Г. Брюсов, Н. Ю. Уразовский, А. Н. Курицын (Главный военный госпиталь им. Н.Н.Бурденко, кафедра хирургии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ). Оперативная видеоторакоскопия при огнестрельных проникающих ранениях груди.

Хирургическая тактика при огнестрельных проникающих ранениях груди (ОПРГ) в настоящее время может быть существенно усовершенствована. В этом решающее значение приобретает оперативная видеоторакоскопия (ОВТС), которая, не уступая торакотомии, позволяет оказывать неотложную специализированную хирургическую помощь раненым в грудь в полном объеме. Ее применение в ранние сроки после ранения наиболее эффективно: позволяет произвести остановку внутриплеврального кровотечения, удаление свернувшегося гемоторакса и инородных тел, хирургическую обработку ран легкого и грудной стенки, ушивание и резекцию легкого, тщательную санацию и адекватное дренирование плевральной полости.

В период локального военного конфликта в Чечне с февраля по апрель 1996 г. на базе армейского военного госпиталя (г.Владикавказ) выполнено 15 видеоторакоскопических операций раненым с ОПРГ, доставленным в госпиталь через 1,5—22 часа с момента ранения. В работе использовали эндохирurgicalский комплекс и эндоскопические инструменты, предоставленные фирмой "Ауто Сьюче" (США). Показаниями к операциям явились: свернувшийся гемоторакс (6), продолжающееся внутриплевральное кровотечение (6), ранения и коллабирование легкого (3). Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией бронхов двухпросветной трубкой Карленса. При ревизии были выявлены одиночные (3) и множественные (9) раны легкого, продолжающееся кровотечение из ран легкого (3), сосудов грудной стенки (3), межреберной

артерии (1), свернувшийся гемоторакс (11), инородные тела — пули, осколки, костные отломки ребер (5). В 5 случаях выполнена реинфузия излившейся в плевральную полость крови в объеме 1,2—2,2 л. Ушивание ран легкого производили с помощью аппарата *EndoGIA-30*, без резекции (при поверхностных повреждениях) и с резекцией легкого (при значительном разрушении и разрывах легочной паренхимы), а также с помощью наложения интракорпорального шва аппаратом *EndoStich*. Для остановки кровотечения из ран грудной стенки применяли коагуляцию и клипирование сосуда на протяжении. Свернувшийся гемоторакс удаляли фрагментацией свертков крови, их размыванием и аспирацией через толстую аспирационную трубку. Операцию завершали тщательным промыванием плевральной полости теплым водным 0,2% раствором хлоргексидина, постановкой дренажей к верхним и нижним отделам плевральной полости под контролем торакоскопа, контролем аэро- и гемостаза, визуального расправления легкого. Продолжительность операций составила от 40 до 90 мин.

Все раненые поправились в короткие сроки после ранения, и ни у одного не отмечено гнойных плевральных осложнений. Раны грудной стенки зажили первичным натяжением, швы снимали на 7—8 сутки. Средние сроки стационарного лечения составили 20 дней, реабилитация — 14 дней.

Применение видеоторакоскопии при ОПРГ позволило избежать напрасных торакотомий и снизить количество всех торакотомий в исследуемой группе раненых до 2,4% за счет высоких диагностических и оперативных возможностей метода.

Ответы на вопросы

У большинства больных свернувшийся гемоторакс можно вылить консервативно лизирующими препаратами. Инородное тело может быть не удалено при первичной операции, но в дальнейшем оно должно быть обязательно удалено. Флора плевры полимикробна, но главным образом ее составляют стафилококк и синегнойная палочка. Однократное введение стрептоза позволяет размыть гемоторакс объемом до 2 литров и не делать торакотомию. При видеоторакоскопии не было ни одного случая эмпиемы, после торакотомии она наблюдалась у 25% больных. Эндотрезирование было сделано у 3 больных с самофиксирующимися стентами. Если рана легкого ушита, легкое расправлено, рану грудной стенки нужно зашить.

Прения

В. В. Мелехов: В обоих докладах подняты очень важные вопросы, касающиеся диагностики и лечения травмы груди, в частности ранений сердца. Обсуждение их имеет большое практическое значение.

А. А. Вишневецкий: Постановка докладов на тему травмы груди очень актуальна. Чрезвычайно важно иметь хороший инструментарий, умение пользоваться современными инструментами. Видеоторакоскопическая техника имеет большие перспективы.

А. К. Нохрин: Любая травма грудной клетки требует торакоскопии. Консервативное лечение (пункция, дренирование) — это анахронизм. Нужна активная тактика.

М. И. Перельман (Заключительное слово председателя): Представлены два очень интересных доклада высококвалифицированных специалистов, аккумулировавших огромный опыт мирного и военного времени. В Москве создана напряженная обстановка в плане торакальной травмы и здесь следует наводить порядок. Большой опыт, накопленный во время ВОВ, изложен в соответствующем томе. Новым является применение при свернувшемся гемотораксе лизирующих препаратов и видеоторакоскопической техники. На сегодня показания к торакотомии при ранениях груди четко сформулированы. Помогают и новые торакоскопические инструменты. Хорошим методом санации плевральной полости является низкочастотный ультразвук. Оба доклада показывают высокий уровень диагностики и лечения этого тяжелого контингента больных.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 17.11.98.

Л. И. Дворецкий. Ведение пожилого больного хронической обструктивной болезнью легких.

В докладе представлены данные литературы и собственный опыт об особенностях хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у больных пожилого и старческого возраста. Подчеркивается, что ХОБЛ развивается на фоне разнообразных морфологических и функциональных изменений в легких, объединяемых термином "синильное легкое". Основными инволютивными изменениями, име-

ющими наибольшее клиническое значение, являются: нарушения мукоцилиарного клиренса, уменьшение количества эластических волокон, снижение активности сурфактанта, ухудшение бронхиальной проходимости, увеличение остаточного объема воздуха и раннего объема закрытия дыхательных путей, уменьшение альвеоларно-капиллярной поверхности, снижение активности альвеоларных макрофагов и нейтрофилов, повышение микробной колонизации слизистых респираторного тракта. Особенностью пожилого

больного ХОБЛ является частое наличие сопутствующей патологии (ИБС, сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.), которые вносят свой вклад в развитие функциональных легочных нарушений (ухудшение бронхиальной проходимости у больных с сопутствующей диафрагмальной грыжей и недостаточностью кардии). Частое применение медикаментов по поводу сопутствующих заболеваний может оказывать влияние на показатели легочной функции (β -блокаторы, бензодиазепиновые препараты и др.). При медикаментозной терапии больных ХОБЛ в пожилом возрасте требуется учитывать фармакодинамику и фармакокинетику препаратов, в частности бронхолитиков. Так, например препараты теофиллина при одновременном назначении их с другими медикаментами (макролиды, фторхинолоны, антагонисты кальция, гипотензивные препараты) могут чаще вызывать побочные эффекты в следствии повышения концентрации теофиллина в крови. Среди других бронхолитических препаратов предпочтительнее у пожилых антихолинергические средства (ипратропий бромид) по сравнению с β_2 -агонистами. Считается, что число и плотность β -адренергических рецепторов с возрастом уменьшаются, в то время как плотность холинергических рецепторов существенно не меняется. Среди муколитиков следует назначать препараты типа ацетилцистеина, обладающие антиоксидантными свойствами с учетом снижения антиоксидантной защиты у стариков. Важным компонентом ведения пожилого больного ХОБЛ является кинезитерапия, направленная на выработку у пожилого больного рационального паттерна дыхания, тренировку дыхательной мускулатуры, функционирующей в оптимальном для данного больного режиме, активацию

дыхания нижних отделов легких, брюшное дыхание, уменьшение экспираторного объема закрытия дыхательных путей (дыхание с сопротивлением на выдохе). С учетом психогенного компонента одышки у пожилых могут быть полезны трициклические антидепрессанты и противотревожные препараты (алпрозолам). Подчеркивается важность психосоциальной адаптации больных ХОБЛ (психологическая и социальная поддержка).

В о п р о с: Какие муколитические препараты показаны пожилым больным?

О т в е т: Пожилым больным ХОБЛ могут назначаться препараты типа ацетилцистеина, обладающие антиоксидантными свойствами.

В о п р о с: Какие антибиотики показаны больным ХОБЛ при обострении?

О т в е т: С учетом наиболее частых микроорганизмов в развитии обострений ХОБЛ (пневмококк, гемофильная палочка, моракселла) целесообразно назначение антибиотиков, перекрывающих эти возбудители (цефалоспорины 11-го поколения, защищенные пенициллины, макролиды).

к. м. н. А. Д. П а л ь м а н. Хотя синдром апноэ-гиппноэ во сне встречается реже у пожилых, тем не менее, в ряде ситуаций он может приобретать важное клиническое значение, особенно при наличии сопутствующей патологии (ИБС, легочная гипертензия и т.д.).

Председатель п р о ф. Н. А. Д и д к о в с к и й отметил высокий клинический уровень доклада и подчеркнул необходимость осведомленности врачей всех специальностей об особенностях ХОБЛ у больных пожилого и старческого возраста.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ МГНОТ от 15.12.98.

Е. И. Ш м е л е в, А. В. М е д в е д е в. Клиника и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с гастроэзофагеальным рефлюксом.

В связи с большой распространенностью бронхиальной астмы (БА), увеличением рефрактерности к бронхолитической терапии является значимым изучение новых патогенетических механизмов бронхиальной обструкции и разработка принципиально других направлений лечения этой патологии.

В последнее время возрос интерес к гастроэзофагеальному рефлюксу (ГЭР), встречающемуся при БА в 30—80% случаев.

Обследовано 50 больных с различной степенью тяжести БА. Методика исследования: оценка клинических симптомов по 3 балльной шкале, ФВД по стандартной методике, подсчет эозинофилов крови и мокроты, ЭГДС, ацидогастрометрическое исследование на аппарате "Гастроскан 24". Критерием оценки ГЭР являлось выявление более 50 патологических рефлюксов и снижение pH ниже 4,0 в дистальном отделе пищевода в течение 1 часа и более за время суточного мониторинга. Компенсация рефлюкса зависела от его тяжести: альмагель и церукал при легком, при выраженном и среднетяжелом — к терапии присоединялись циметидин или омепразол в среднесуточных дозах. Длительность лечения 3—4 недели.

Стаж болезни у исследуемых групп от 3,6 до 11,1 года, частота обострений 2—3 раза в год, сроки достижения ремиссии от 6 до 12 дней.

При анализе клинических симптомов изжога, как наиболее частый признак ГЭР, выявлена у всех больных гормонозависимой БА (100%), в 81% у больных негормонозависимой БА в стадии обострения, у 75% больных персистирующей БА.

Встречаемость рефлюкса составила от 25 до 66,6%, пропорциональна тяжести БА. Сочетание БА с патологией ЖКТ наблюдалось у 76% больных, у 68% установлена временная связь между нахождением желудочного сока в дистальном отделе пищевода и клиническим приступом удушья. При сравнении выраженности респираторной симптоматики у лиц с ГЭР и без него установлена статистически достоверная более выраженная симптоматика у больных с рефлюксом, наиболее существенные различия были по выраженности ночного кашля и ночных приступов удушья.

Снижение интенсивности рефлюкса (как клинических, так и ацидометрических показателей) произошло во всех группах, наиболее интенсивное уменьшение наблюдалось у больных с высоким исходным уровнем, общее число рефлюксов уменьшилось в 3 раза.

Динамическое наблюдение за ФВД установило, что во всех группах происходило уменьшение как показателей рестрикции, так

и скоростных показателей (ОФВ₁, МСВ₂₅) от 12 до 15%. В процессе достижения ремиссии наряду с положительной клинической динамикой уменьшалась потребность в бронхолитических средствах (снизились с 17,5 до 10 мг суточная доза преднизолона, в 2 раза доза теофиллинов и β_2 -агонистов), что является подтверждением рефрактерности бронхообструктивного синдрома к классическим бронходилатирующим препаратам под влиянием лечения рефлюкса.

Данная методика диагностики и лечения ГЭР улучшает эффективность лечения бронхообструктивного синдрома у больных БА, сочетающейся с ГЭР.

О т в е т ы н а в о п р о с ы:

1. Какие особенности возникновения ночных приступов удушья вы наблюдали у больных исследуемых групп?

О т в е т: ГЭР рассматривается в качестве триггера приступов БА, особенно в ночной период. В этом случае наряду с клиническими симптомами по данным ацидогастрометрического обследования закономерно чаще отмечалось увеличение числа рефлюксов более 5 мин и время наиболее продолжительного рефлюкса.

2. Изменялись ли показатели газового состава крови у больных БА в результате лечения рефлюкса?

О т в е т: В результате проводимой терапии с использованием бронхолитических средств и медикаментозной компенсации ГЭР отмечалось уменьшение гипоксемии и гиперкапнии у исследуемых больных.

3. Наблюдались ли побочные действия антацидных средств при лечении рефлюкса?

О т в е т: Побочного действия антацидов, ингибиторов H₂-гистаминовых рецепторов и ингибиторов K-Na-АТФ-азы у больных клинических групп не наблюдалось.

4. Достаточно лишь двух инструментальных методов исследования: гастроскопии и суточной pH-метрии для диагностики ГЭР?

О т в е т: Суточная pH-метрия с использованием ацидометрического комплекса "Гастроскан-24" в настоящее время считается самым точным методом диагностики рефлюкса (достоверность до 96%), что наряду с клиническими и другими методами исследования позволяет выявлять рефлюкс, оценивать степень его тяжести, определять эффективность медикаментозной компенсации ГЭР.

В заключительном слове проф. Н.А.Дидковский отметил высокую частоту ГЭР как триггерного механизма развития приступов удушья и в связи с этим — большое практическое значение представленных в докладе материалов.