

плевральной полости по Бюлау и реинфузия 800 мл крови. В связи с продолжающимся внутриплевральным кровотечением выполнены торакотомия, реинфузия 1200 мл крови, верхняя лобэктомия.

Повреждение грудного лимфатического протока при ранении шеи у одного больного было rozpoznano на 3-и сутки после операции. При плевральной пункции с последующим дренированием левой плевральной полости по Бюлау одномоментно эвакуировано 1500 мл хилезной жидкости. Интенсивной комплексной консервативной терапией в течение месяца хилоторакс ликвидирован.

Всего умерли 5 пациентов, среди непосредственных причин смерти — геморрагический шок (3), острое нарушение мозгового кровообращения (1) и полиорганная недостаточность (1).

Таким образом, у 36% больных с проникающими ранениями шеи диагностируются повреждения крупных сосудов, в ряде случаев они сочетаются с повреждением глотки, трахеи, пищевода, органов средостения и груди. При повреждении магистральных сосудов шеи важным фактором, повышающим выживаемость пострадавших, являются своевременное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе и реанимационные мероприятия в ходе транспортировки раненых. Активная хирургическая тактика с тщательной ревизией раневого канала, рациональным применением инструментальных методов исследования до операции, в ходе оперативного вмешательства у пострадавших с ранениями шеи являются совершенно оправданными. Она позволяет своевременно диагностировать повреждения жизненно важных глубоких структур шеи и смежных анатомических областей, произвести рациональное оперативное вмешательство, предотвратить фатальные осложнения и улучшить результаты лечения.

Литература

1. Абакумов М.М., Джаграев К.Р. // *Хирургия*. — 1998. — № 8. — С. 10-13.

2. Алиев А.С. // *Клиническая хирургия*. — 1988. — № 10. — С. 38-40.
3. Ардалиев И.П., Марголин Я.М. // *Вестник хирургии*. — 1987. — № 3. — С. 79-81.
4. Васюков В.Я., Кигемь В.А. // *Вестник хирургии*. — 1995. — № 4. — С. 76-80.
5. Долгоруков М.И., Михайлов А.П., Кулагин В.Н и др. // *Вестник хирургии*. — 1999. — № 6. — С. 102-103.
6. Леменев В.Л., Абакумов М.М., Михайлов И.П., Иофик В.В. // *Хирургия*. — 2002. — № 12. — С. 9-12.
7. Сажин В.П., Авдовенко А.П., Варварин М.И. // *Вестник хирургии*. — 1996. — № 5. — С. 50.
8. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Степура А.П., Рыбаковский Е.П. // *Вестник хирургии*. — 1997. — № 5. — С. 38-40.
9. Carebasares N. U. // *Amer. Surg.* — 1982. — Vol. 48, No. 7. — P. 355-358.
10. Flamigan D.P., Baraniewski N.M., Sehuler J.S., We-eyr J.P. // *Philadelphia Les for Febiger*. — 1992. — P. 145-157.
11. Lim L.T., Salleta S.D., Flanigan D.P. // *Surgery*. — 1979. — Vol. 86. — P. 890-903.

Поступила в редакцию 08.07.03.

PRINCIPLES OF RENDERING SURGICAL AID AND ALGORITHM OF TREATMENT-AND-DIAGNOSTIC MEASURES UNDER NECK INJURIES

A.B. Sotnichenko, V.B. Shumatov, A.P. Stepura, O.V. Ivashko, A.S. Iordanova
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — In these researches there was made an analysis of surgical treatment of 174 victims with neck injuries over the last 11 years. The stab and slash wounds had been detected at 93,1% of cases, the gunshot ones — at 6,9%. 101 patients (58%) had vital structures of neck and adjacent anatomical regions damaged. 5 patients died. For the practical purpose it was recommended to divide these patients into two groups: those ones with severe wounds and those with slight and medium-scale wounds. As well, the authors systematized diagnostic and tactical actions under this kind of injuries.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 36-39.

УДК 616.714+616.831]-031.25-003.215-02:616-001

А.В. Коробцов, А.В. Лантух, Е.В. Деркачева,
Р.Н. Ахмадиев

ОТСРОЧЕННЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫЕ ГЕМАТОМЫ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, внутримозговая гематома.

До настоящего времени остается недостаточно ясным понятие «отсроченная травматическая внутримозговая гематома», поскольку оно включает в себя

как гематомы, сформировавшиеся в течение нескольких часов, так и гематомы, возникшие в течение нескольких суток, недель и месяцев после черепно-мозговой травмы. Большинство авторов используют этот термин в тех случаях, когда травматическая внутримозговая гематома (ТВМГ) определяется не при первом, а при втором или последующих томографических исследованиях [1-5]. Вследствие разных сроков после травмы до первого и последующих исследований понятие «отсроченная» относят к гематоме, возникшей как после 3 часов с момента травмы, так и более чем через 7 суток [8].

Под наблюдением находилось 7 мужчин в возрасте от 11 до 54 лет, у которых сформировались отсроченные ТВМГ. Они расценивались как «отсроченные», если были диагностированы с помощью повторной компьютерной томографии, проведенной

позже 24 часов с момента травмы, так как установлено, что 96% всех ТВМГ образуются и завершают свое развитие до этого времени [1-4, 6, 7].

У двух больных внутримозговые гематомы сформировались через 2 и 6 суток после травмы. У одного из них во время образования отсроченной гематомы было отмечено неврологическое ухудшение, которое проявлялось сенсорно-моторной афазией и умеренным гемипарезом. У другого больного клинических признаков возникшей внутримозговой гематомы зарегистрировано не было.

В одном наблюдении отсроченная ТВМГ сформировалась на фоне диффузного аксонального повреждения. Характерный вид кровоизлияния при первой компьютерной томографии на 52-е сутки после травмы (зона интенсивно повышенной плотности) и последующие стадии ее разрешения при повторных исследованиях (изоденсивная и гиподенсивная) позволили отнести эту гематому к отсроченным. Клинически эпизода ухудшения у данного пациента, находившегося в вегетативном статусе, не отмечено.

Еще в 4 случаях отсроченные ТВМГ образовались после трепанации черепа по поводу субдуральной (2 наблюдения), эпидуральной (1 наблюдение) и внутримозговой (1 наблюдение) гематом. При этом в первых двух случаях была выполнена декомпрессивная краниотомия. Отсроченная гематома сформировалась на стороне трепанации черепа у всех больных с оболочечными кровоизлияниями и на противоположной от трепанации стороне — у одного больного с внутримозговой гематомой. В двух случаях отсроченная гематома образовалась через несколько часов после краниотомии, в двух других — через 2 и 9 суток. Клинически ухудшение после данной операции отмечено у двух человек, причем у одного из них произошло углубление расстройства сознания до сопора с симптомами дислокации мозга, а у другого — угнетение сознания от сопора до глубокой комы.

Таким образом, в трех из семи наблюдений отсроченных ТВМГ определялось нарастание клинико-неврологической симптоматики.

В качестве примера формирования отсроченной ТВМГ после декомпрессивной трепанации черепа с появлением новых неврологических симптомов приводим собственное наблюдение.

Больной Д. 23 лет. Механизм травмы — удары по голове. Доставлен в травматологическое отделение районной больницы, где предъявлял жалобы на интенсивную головную боль, рвоту, снижение слуха на правое ухо. Состояние сознания расценено как умеренное оглушение, очаговых симптомов не было, на краниограммах выявлен линейный перелом височной кости справа, смещение срединных структур мозга не отмечено. Через несколько часов ухудшение состояния — сопор, анизокория $S>D$, смещение срединных структур мозга на 8 мм вправо. Проведена резекционная трепанация черепа в височно-теменной области слева, удалена субдуральная гематома, наложены диагностические фрезевые отверстия в височной и теменной областях справа. Через 2

суток больной переведен в нейрохирургическое отделение ГКБ № 2. При поступлении пульс 76 уд. в мин., артериальное давление 110/70 мм рт. ст., глубокое оглушение (12 баллов по шкале комы Глазго), зрачки $D=S$, фотореакции сохранены, корнеальные рефлексы нормальные, умеренное ограничение зрения вверх, периферический парез VII пары черепно-мозговых нервов справа. Парезов конечностей не было, мышечный тонус повышен слева, сухожильные рефлексы $D>S$, патологических стопных рефлексов и нарушений чувствительности не зарегистрировано. Коагулограмма в пределах нормы. При компьютерной томографии выявлена ТВМГ диаметром до 3,6 см лобно-височной области справа (рис. 1, а). Цистерны основания мозга не деформированы, смещения срединных структур мозга не было. Учитывая уровень сознания, размер гематомы, а также отсутствие признаков компрессии ствола мозга, проводилось консервативное лечение. Клиническое состояние больного оставалось стабильным, повторная компьютерная томография не показала отрицательной динамики.

На 6-е сутки после поступления произошло внезапное ухудшение состояния: сопор, анизокория $D>S$, децеребрационная ригидность. Экстренно выполнена томография, выявлена отсроченная ТВМГ височно-теменной области слева (рис. 1, б). Произведена декомпрессивная трепанация черепа в левой височно-теменной области, удалена гематома этой же локализации; опорожнена гематома лобно-височной области справа (пункционная аспирация примерно 3/4 рассчитанного объема). В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжелым, проводилась искусственная вентиляция легких, интенсивная терапия. В последующем витальные функции нормализовались, но наблюдалась грубая неврологическая симптоматика. К моменту выписки (через 4 месяца) остался тетрапарез, больной был доступен речевому контакту.

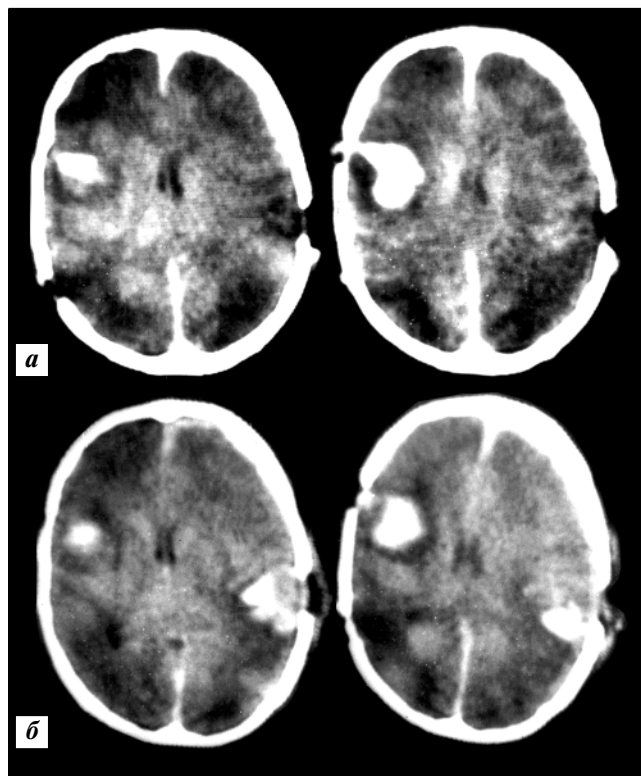


Рис. 1. Компьютерная томограмма больного Д.: а — третьи сутки после травмы; б — девятые сутки после травмы. Пояснения в тексте.

Мы не нашли взаимосвязи между образованием отсроченных травматических внутримозговых кровоизлияний и нарушением свертывающей и антисвертывающей систем крови. При лечении перед возникновением гематомы в клинике использовались салуретики в умеренных дозах и не применялись осмотические диуретики.

Таким образом, клинко-неврологическое ухудшение у больных с черепно-мозговой травмой, особенно после трепанации черепа, может быть обусловлено формированием отсроченной внутримозговой гематомы. Трудно выделить какие-либо специфические неврологические симптомы, позволяющие достоверно диагностировать этот вид кровоизлияний без применения дополнительных методов обследования.

По нашему мнению, в происхождении отсроченных травматических внутримозговых гематом можно выделить два механизма. Первый — это снижение мозгового кровотока в очаге ушиба мозга вследствие нарушения ауторегуляции, приводящее к локальному анаэробному гликолизу, метаболическому ацидозу, гипоксии и повышению проницаемости сосудов микроциркуляторного русла. Мелкие кровоизлияния из капилляров и венул затем сливаются и образуют гематому. Второй механизм — так называемый «бестампонадный эффект»: удаление оболочечной гематомы или декомпрессивная трепанация приводит к снижению локального внутричерепного давления, в том числе внутритканевого с одновременным повышением трансмурального давления, что на фоне нарушенной проницаемости стенки сосуда приводит к диapedезу и формированию гематомы.

Литература

1. Лантух А.В. Диагностика и дифференцированное лечение травматических внутримозговых гематом: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1990.
2. Потапов А.А., Лантух А.В., Лихтерман Л.Б. и др.// Вопросы нейрохирургии. — 1992. — № 1. — С. 5-10.
3. Черепно-мозговая травма: Клиническое руководство/ под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. — М.: Антимор, 2001.
4. Agura T., Masuzawa H., Mizutani I. et al.// Neurol. Med.-Chir. — 1979. — Vol. 19, No. 6. — P. 459-466.
5. Fucamachi A., Kohno K., Nagasaki Y. et al.// J. Trauma. — 1985. — Vol. 25, No. 2. — P. 145-149.
6. Hayashi T., Kobayashi J., Yoshida Y. et al.// Bneuro. Med.-Chir. — 1987. — Vol. 27, No. 2. — P. 97-104.
7. Ohmori H., Miyazaki S., Munckatak et al.// Progr. Comput. Tomogr. — 1984. — Vol. 3. — P. 181-184.
8. Elsner H., Rigamouto D., Shlegel R., Corradin G.// Neurosurgery. — 1988. — Vol. 23, No. 2. — P. 258.

Поступила в редакцию 01.04.03.

DELAYED TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMATOMA
A.V. Korobtsov, A.V. Lantukh, E.V. Derkacheva, R.N. Akhmadiev
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok
State Medical University

Summary — In the article the authors presented an analysis of the clinical signs, first and repeated computed tomographies and outcomes of 7 cases of delayed traumatic intracerebral hematoma. They referred to the delayed ones the hematoma diagnosed with the help of repeated tomographic examination made more than in 24 hours from the moment of the trauma. In 4 cases the delayed hematoma developed after trepanation of the skull. In the researches the authors also discussed the role of microcirculation disturbances and «tamponadeless effect».

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 39-41.

УДК 616.381-072.1:618.31

В.И. Макаров, Т.Д. Новикова, Л.Ю. Лемешко,
Л.М. Грехнева

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский
университет,

Ключевые слова: внематочная беременность,
лапароскопия.

Одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний является внематочная беременность. Частота ее среди поступающих в гинекологический стационар колеблется от 1 до 6% и имеет тенденцию к увеличению [3, 5]. По данным Минздрава РФ за 1995 г., эта патология является самой частой причиной смерти среди женщин в первой половине беременности (7,2% всей материнской смертности). В большинстве

случаев неблагоприятные исходы при внематочной беременности обусловлены поздним обращением в лечебное учреждение, трудностями диагностики, поздней госпитализацией и вследствие этого несвоевременным оперативным вмешательством.

В гинекологическом отделении ГКБ № 2 Владивостока лапароскопия при внематочной беременности выполнена 65 пациенткам в возрасте от 17 до 42 лет. Около половины из них поступили более чем через 24 часа с момента появления первых признаков заболевания. При поступлении женщины предъявляли жалобы на боли различной интенсивности в низу живота, нарушение менструального цикла. У большинства отмечены кровянистые выделения из половых путей. Гемодинамика была устойчивой, клиники шока не зарегистрировано. При ультразвуковом исследовании у всех заболевших выявлены отсутствие плодного яйца в полости матки и наличие его в маточной трубе. У 40% поступивших отмечена свободная жидкость в дугласовом пространстве. Всем женщинам исследовали мочу на хориальный гонадотропин, проба во всех наблюдениях оказалась положительной.