

## Зависимость вентиляционных показателей подростков от ряда факторов

Факторы риска нарушения ФВД	Подростки без вентиляционных нарушений (n=597)	Подростки со снижением вентиляционных показателей (n=84)
Перенесенные и имеющиеся заболевания дыхательной системы, 144 (24,1%)	24 (28,6%)	
в том числе пневмонии	62 (10,4%)	10 (11,9%)
острые и хронические бронхиты	35 (5,9%)	10 (11,9%)
Курение	25 (4,2%)	7 (8,3%)

41 (48,8%) подростка с вентиляционными нарушениями имели место признаки некоторого ухудшения проходимости крупных бронхов. У 43 (51,2%) подростков с нарушением функции внешнего дыхания была ухудшена проходимость мелких бронхов, причем изменения соответствующих параметров были сравнительно более отчетливы.

С целью выявления связи вентиляционных нарушений с перенесенными заболеваниями или курением изучены анамнестические данные. Все обследованные были разделены на две группы в зависимости от состояния вентиляционной способности (табл. 2). Среди лиц с ухудшением вентиляционных показателей оказалось больше подростков, страдающих хроническим бронхитом или перенесших острый бронхит, а также курящих. Однако следует учесть относительность анамнестических данных о перенесенных ими заболеваниях и курении.

Итак, умеренное нарушение вентиляционной способности легких выявлено у 12,3% подростков-школьников, при этом ухудшение проходимости мелких бронхов наблюдалось несколько чаще и оно было более выраженным. В возрастной группе от 13 до 17 лет изменения функции внешнего дыхания чаще имели место в возрасте 13 лет.

УДК 616.712—072.1—089.8

**Е. И. Сигал, В. П. Потанин, Р. Г. Хамидуллин, Е. Г. Дмитриев (Казань). Первый опыт торакоскопических операций**

Торакоскопия как диагностический и лечебный метод приобретает в последнее время все большее значение. В то же время мы не нашли в доступной литературе описания техники торакоскопий, предпринятых по поводу патологических образований средостения.

После оснащения торакального отделения Казанского онкологического центра МЗ РТ эндохирургическим видеоконфлексом НПФ «Эндомедум» и инструментами для эндоскопии фирмы «Ауто Сьюче» (США) с октября по декабрь 1993 г. нами проведено 11 торакоскопических операций при заболеваниях плевры, средостения и легких.

Показаниями к торакокопии были доброкачественные и злокачественные новообразования средостения (у 6), плевры (у 3) и лег-

чны, разработанные сотрудниками ВНИИ пульмонологии и ВНИИ педиатрии. Аппарат регистрирует и анализирует в автоматическом режиме следующие показатели: форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ<sub>1</sub>), индекс Вотчала—Тиффио (ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ).

Состояние бронхиальной проходимости на разных уровнях оценивали по следующим показателям петли «объем—поток»: пиковой объемной скорости при форсированном выдохе (ПОС), максимальной объемной скорости при выдохе 25% ФЖЕЛ (МОС<sub>25</sub>), максимальной объемной скорости при выдохе 50% ФЖЕЛ (МОС<sub>50</sub>), максимальной объемной скорости при выдохе 75% ФЖЕЛ (МОС<sub>75</sub>), средней объемной скорости во время 25—75% выдоха ФЖЕЛ (СОС<sub>25—75</sub>).

По результатам измерения этих показателей можно оценить функциональное состояние внешнего дыхания, в частности обструктивные вентиляционные нарушения на разных уровнях бронхиального дерева.

При анализе протоколов обследования подростков обнаружены различные аллергические реакции (пищевые, лекарственные, поллиноз)— у 79 (11,6%), перенесенные заболевания дыхательной системы (ОРЗ, бронхиты, пневмонии, хронический гайморит)— у 167 (24,5%), причем указания на пневмонии были у 72 (10,6%), на бронхиты — у 45 (6,6%). 32 (4,7%) школьника курили в течение 1—3 лет.

Данные инструментального исследования функции внешнего дыхания представлены в табл. 1. Из табл. 1 видно, что средние значения всех исследованных вентиляционных показателей не были снижены. При индивидуальной оценке умеренное снижение параметров функции внешнего дыхания обнаружено у 84 (12,3%) из 681 обследованного подростка. ФЖЕЛ была снижена у 33 (4,8%), ОФВ<sub>1</sub>— у 38 (5,6%), индекс Вотчала—Тиффио — у 3 (0,4%), ПОС— у 28 (4,1%), МОС<sub>25</sub>— у 24 (3,5%), МОС<sub>50</sub>— у 19 (2,8%), МОС<sub>75</sub>— у 28 (4,1%), СОС<sub>25—75</sub>— у 15 (2,2%), СОС<sub>75—85</sub>— у 26 (3,8) подростков. Эти нарушения несколько чаще встречались у подростков 13 лет: из 107 детей этого возраста снижение разных показателей внешнего дыхания наблюдалось у 30 (28%). Среди детей 14 лет умеренное нарушение функции внешнего дыхания обнаружено в 11,3% случаев, 15 лет — в 13,5%, 16 лет — в 0,6%. У

Таблица 1

## Показатели функции внешнего дыхания у 681 подростка

Показатели, %	Норма	M±m
ФЖЕЛ	>80	98,5±5,2
ОФВ <sub>1</sub>	>80	103,3±1,7
ОФВ <sub>1</sub> /ФЖЕЛ	>70	100,0±2,7
ПОС	>60	87,6±4,2
МОС <sub>25</sub>	>60	99,1±12,4
МОС <sub>50</sub>	>60	103,1±1,4
МОС <sub>75</sub>	>60	111,3±2,2
СОС <sub>25—75</sub>	>60	108,1±2,0
СОС <sub>75—85</sub>	>60	102,0±2,2

ких (у 2). Выполнено 8 правосторонних и 3 левосторонних торакокопии. Больные (мужчин — 3, женщины — 8) были в возрасте от 10 до 68 лет.

Произведены следующие виды торакокопии: а) резекция оболочек перикардиальных кист при патологии средостения (у 2); биопсия лимфатических узлов средостения (у 2); биопсия опухоли средостения (у 1); б) удаление фибромы плевры при патологии плевры и выпотных плевритах (у 1); биопсия плевры (у 2); в) удаление кисты легкого (у 1); краевая резекция легкого (у 1).

Торакоскоп вводили в пятое межреберье по среднеаксиллярной линии. После ревизии плевральной полости и обнаружения патологии через отдельные проколы в наиболее удобных точках вводили троакары для манипуляторов. Во всех случаях мы находили измененный участок без особых сложностей, а затем проводили необходимую операцию, которую заканчивали ревизией плевральной полости, аспирацией крови и дренированием. Активную аспирацию осуществляли в течение 2—3 дней. За это время выделялось около 100 мл выпота.

При торакокопии у нас возникло одно интраоперационное осложнение — кровотечение из микроперфорации аорты при выделении перикардиальной кисты, что потребовало срочной торакотомии и наложения одного шва на аорту.

Наш первый опыт проведения подобных операций свидетельствует о том, что торакокопические вмешательства являются перспективным методом лечения ряда заболеваний плевры, легких и средостения. Они позволяют осуществлять биопсию плевры, легкого, новообразований и лимфатических узлов средостения для морфологической верификации. В то же время дальнейшему уточнению подлежат показания к торакокопии, методы анестезиологического пособия, точки введения торакоскопа и манипуляторов.

Применение торакокопии с использованием видеохирургических комплексов дает возможность избирать такие травматичные операции, как торакотомия или медиастиномия, улучшить результаты лечения доброкачественной патологии плевры и легких, диагностировать злокачественную и доброкачественную патологию средостения, выпотных плевритов неясной этиологии.

УДК 616.127—005.8—055.2—053.84

### И. А. Латфуллин, Р. И. Ахмерова (Казань). Два случая инфаркта миокарда у женщин молодого возраста.

Заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС), в частности инфарктом миокарда (ИМ), среди женщин молодого возраста (до 39 лет) перестала быть редкостью и для нашего региона. Хотя симптомы заболевания у женщин появляются на 10 лет позже, чем у мужчин, их смертность в возрасте от 30 до 39 лет от ИБС находится на втором месте после рака молочной железы. Более того, у женщин в 67% всех случаев внезапной смерти в анамнезе отсутствуют симптомы ИБС. В развитии ИБС, помимо общих для мужчин и женщин факторов риска (курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение), существуют чисто женские факторы риска —

прием гормональных контрацептивов, менопауза, гормональный фон после менопаузы. Сочетание курения и пользования гормональными противозачаточными пилюлями увеличивает угрозу заболевания острым ИМ у молодых женщин втрое. Не следует забывать и о таком факте: в первый год после инфаркта миокарда умирают 39% женщин и 31% мужчин.

Приводим два наблюдения, в которых верифицированный ИМ развивался на фоне достаточно длительного приема гормональных пилюль при отягощенном анамнезе (гипертоническая болезнь).

1. З., 38 лет, доставлена в отделение неотложной кардиологии с затянувшимся ангинозным приступом. Диагноз: ИБС, острый передний распространенный трансмуральный ИМ (верифицирован исследованиями ферментов и ЭКГ в динамике). В анамнезе отмечено, что в течение 8 лет женщина страдает артериальной гипертензией — в клинику поставлен диагноз гипертонической болезни II стадии с медленным-прогрессирующим течением (согласно общепринятым критериям ВОЗ). Кроме того, больная неоднократно обращалась к гинекологу по поводу хронического двустороннего аднексита. Развитие ИМ произошло на фоне приема перорального контрацептива (инфекундина) в течение 2 лет при психоэмоциональной перегрузке. Заболевание протекало без осложнений, выписана из стационара на 36-е сутки в удовлетворительном состоянии и после реабилитации в кардиосанатории вернулась к своей трудовой деятельности (работает кассиром).

2. П., 33 лет, поступила по направлению участкового врача с подозрением на мелкоочаговый ИМ. Последние 10 дней до госпитализации отмечала приступы болей за грудной при выполнении даже несложной работы с чувством нехватки воздуха («за грудной как бы кол стоял, распирало грудь, открывала форточку»), немотивированную общую слабость. После снятия ЭКГ, которая показала изменения в виде глубоких отрицательных зубцов Т в I, AVL, V<sub>2</sub>—V<sub>5</sub> отведениях, женщина была направлена в стационар. На ранее имевшихся ЭКГ (амбулаторная карта) изменений процессов реполяризации не наблюдалось.

В анамнезе — гипертоническая болезнь I стадии в течение года, хронический аднексит, кесарево сечение, мертворожденный плод. По назначению гинеколога последние 5 месяцев принимала пилюль перорального контрацептива. В стационаре с целью уточнения диагноза помимо исследования лабораторных показателей и ЭКГ в динамике проводились фармакологические пробы с калием, обиданом. Коронарные изменения на ЭКГ сохранялись в течение 1,5 месяца (отрицательный зубец Т в I, AVL, V<sub>2</sub>—V<sub>5</sub> отведениях), в последующем наблюдалась положительная динамика процессов реполяризации. На 33-е сутки больную в удовлетворительном состоянии выписали из стационара с диагнозом: ИБС, интрамуральный распространенный ИМ. Через 2 месяца после выписки вернулась на работу (фельдшер МСЧ).

Эти клинические примеры представляют интерес в связи с увеличением частоты так называемых атипичных вариантов ИМ. К такому понятию можно отнести и развитие ИМ у жен-