

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); крайняя 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.

Заболеемость 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 боли 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 T в I, AVL, V₂—V₅ 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 T в I, AVL, V₂—V₅ 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-

щину молодого возраста. При этом в патогенезе заболевания выявляются такие факторы риска, как отягощенный гинекологический анамнез (возможно, из-за снижения эстрогенной защиты) и применение пероральных контрацептивов. В то же время диагноз ИМ (особенно у молодых) требует тщательной верификации и дифференцирования с другими патологическими состояниями (миокардиодистрофии, врожденные аномалии сердца, пороки и т. д.), которые нередко сопровождаются кардиальгическим синдромом и инфарктоподобными изменениями на ЭКГ.

УДК 616.12—001.4—089.814

З. А. Шабаев, А. В. Слепцов (г. Нурлат, РТ). Лечение ранений сердца в сельской районной больнице

Мы располагаем некоторым опытом успешного лечения ранений сердца. Так, за последние 5 лет нами были произведены четыре успешные операции по поводу ранений сердца.

З., 28 лет, доставлен в больницу 07.07.1988 г. через 30 минут после ножевого ранения в крайне тяжелом бессознательном состоянии. АД не определяется, тоны сердца практически не выслушиваются.

Объективно: в области между грудиной и соском слева, в четвертом межреберье — резаная рана (5×1 см), расположенная продольно. В глубине раны — пульсирующая гематома. Больному начата внутривенная инфузия в две вены. Под интубационным комбинированным наркозом произведена торакотомия в четвертом межреберье по ходу раневого канала с пересечением V ребра. В плевральной полости выявлено около 1500 мл свежей крови со сгустками, в нижней половине перикарда — рана (3×1 см), из которой толчками пульсирует кровь. Перикард рассечен продольно по передней поверхности по ходу его раны; на передней поверхности правого предсердия — рана ($1,5 \times 1,2$ см), из которой струей вытекает кровь. Рана ушита тремя шелковыми швами.

На перикард наложены ситуационные швы, из плевральной полости удалена кровь. В седьмом межреберье позади подмышечной линии введена дренажная трубка. После расправления легкого наркозным мешком рана послойно ушита наглухо. Последующее расправление легкого осуществлено дренажем по Бюлоу. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан 04.08.1988 г. В последующие годы за помощью не обращался, успешно справляется с работой шофера.

С., 43 лет, поступил в ЦРБ 27.09.1991 г. в крайне тяжелом бессознательном состоянии. Пульс и АД не определяются в области проекции сердца; в третьем межреберье по срединно-ключичной линии — две резаные раны ($2 \times 0,5$ см). Прооперирован по поводу проникающего ранения грудной клетки и повреждения сердца. Внутривенно струйно введены полиглюкин, противошоковая жидкость. Операция начата под местной анестезией; по ходу операции дан интубационный комбинированный наркоз и произведена торакотомия в четвертом межреберье. В плевральной полости — около 1800 мл жидкой крови со сгустками, 1000 мл которой после фильтрации через марлю залили во флакон с глюкоцином и пере-

лили болному. По передней поверхности перикарда обнаружена рана (2×1 см), в области правого предсердия — две раны ($1,5 \times 0,3$ см) на расстоянии 0,5 см. Наложены три шелковых шва с захватом обеих ран. Осушена плевральная полость. После расправления легкого к синусу подведена дренажная трубка, рана ушита наглухо. Выписан 24.10.1991 г. Последующее наблюдение не проводилось (больной иногородний).

П., 27 лет, доставлен фельдшером ФАП 09.10.1991 г. через один час после ранения ножом. Пострадавший в тяжелом состоянии, кожа бледная, покрыта холодным потом. Частота пульса — 140 уд. в 1 мин. АД — 5,3 кПа. В четвертом межреберье по среднеключичной линии — резаная рана ($2 \times 1,5$ см), из которой струей вытекает кровь. С учетом локализации раны и тяжелого состояния больной взят в операционную, где начата внутривенная инфузия противошоковой жидкости. Под интубационным комбинированным наркозом произведена торакотомия по пятому межреберью. В плевральной полости обнаружено около 1600 мл жидкой крови со сгустками, в нижнем отделе перикарда — рана (2×1 см). Выполнена перикардотомия; на левом желудочке на 3 см выше верхушки расположены сквозные отверстия до 1,5 см, из которых пульсирует кровь. На рану наложены четыре шелковых шва, перикард ушит редкими швами. При ревизии легкого в нижней доле выявлена рана (2 см), из которой также выделяется жидкая кровь, наложен восьмиобразный кетгуттовый шов. Из восьмого межреберья плевральная полость дренирована резиновой трубкой. На диафрагме обнаружена рана до 2 см, которая ушита. Легкое расправлено, рана ушита наглухо. Операция продолжена срединной лапаротомией с ушиванием проникающего ранения стенки желудка. Рана ушита двухрядным швом. Выполнены санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписан 01.11.1991 г. После операции за помощью не обращался, профессию не менял, работает электриком в колхозе.

К., 24 года, поступил в ЦРБ 07.11.1992 г. Доставлен фельдшером ФАП через 1,5 часа после ножевого ранения в левую половину грудной клетки. Состояние больного тяжелое. Частота пульса — 104 уд. в 1 мин. АД — 10,7/5,3 кПа. Возле левого соска имеется резаная рана ($2 \times 0,4$ см), края ровные, не кровоточит. Аускультативно тоны сердца глухие. Перкуторно притупление легочного звука слева. Больной взят в предоперационную для проведения интенсивной терапии. После интубации у него наступила остановка сердечной деятельности. Срочно произведены торакотомия по пятому межреберью, перикардотомия. По вскрытию перикарда из него извлечены сгустки крови; проведен прямой массаж сердца, после восстановления сердечной деятельности операция продолжена. Рана левого желудочка ($2 \times 0,5$ см) ушита двумя узловыми шелковыми швами. В плевральной полости обнаружено около 1500 мл жидкой крови, из которой около 1000 мл перелито больному. На перикард наложены редкие швы. Плевральная полость осушена, дренирована из восьмого межреберья; после расправления легкого рана ушита наглухо. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан 24.11.