



- ководство для практикующих врачей.-М.: Литера, 2004.-971с.
10. Cleland J.G.F., Tendera M., Adamus J. et al. Perindopril for elderly people with chronic heart failure: the PEP-CHF Study // Eur. J. Heart Fail.-1999.-Vol.1.-P.211-217.
11. Cleland J.G.F., Tendera M., Adamus J. et al. The perindopril for elderly people with chronic heart failure (PEP-CHF Study) // Eur. J. Heart Fail.-2006.-Vol 27.-P.2338-2345.

Поступила 05.12.2008г.

В.І.Кошля, О.І.Токаренко, О.В.Кошля

Динаміка показників кровообігу під впливом периндоприлу у хворих на хронічну серцеву недостатність

З метою вивчення терапевтичних ефектів периндоприлу методами ехокардіографії та тетрапольної реоплетизмографії було досліджено його вплив (4 мг всередину) в гострих пробах на стан системної гемодинаміки у 27 хворих з серцевою недостатністю I, IIА і IIБ стадії, зумовленої дифузним кардіосклерозом. Проведені дослідження показали, що під впливом периндоприлу відмічалось зниження післянавантаження та розвантаження лівого шлуночка шляхами відтоку, що опосередковано приводило до збільшення серцевого викиду та регіонарного кровообігу у хворих з різними стадіями серцевої недостатності.

Ключові слова: *серцева недостатність, гемодинаміка, периндоприл*

V.I.Koshlya, A.I.Tokarenko, O.V.Koshlya

Dynamics of parameters of blood circulation under influence perindopril at sick of chronic intimate insufficiency

It was studied influence of coverex in sharp tests (4 mg perindopril inside) on state of system hemodynamic by methods echocardiography and tetrapolus reoplethismography in 27 patients with heart failure of I, IIА and IIВ stages caused diffusion cardiosclerosis. It was established that unload left ventricular on ways departure decreased and it caused increased of heart activity and regional circulation of the blood in patients with initial stage of heart failure.

Key words: *heart failure, hemodynamic, perindopril*

Сведения об авторах:

Токаренко А.И., д.мед.н., профессор, зав.кафедрой терапии, физиотерапии и курортологии ЗМАПО;

Кошля Е.В., к.мед.н., ассистент кафедры терапии, физиотерапии и курортологии ЗМАПО;

Кошля В.И., д.мед.н., профессор, зав.кафедрой семейной медицины ЗМАПО.

Адрес для переписки:

Кошля Елена Владимировна, 69006, г.Запорожье, ул.В.Лобановского, д.24, кв.16. Тел.: (061) 236-86-00.

УДК 616.342-001.48-07.08

А.И. Рылов¹, Н.С. Кравец², Д.Ш. Мортгуладзе¹

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Запорожский государственный медицинский университет

²Запорожская городская клиническая больница скорой и экстренной медицинской помощи

Ключевые слова: *12-типерстная кишка, перитонит, классификация*

Проведен анализ лечения 48 больных с повреждениями 12-типерстной кишки. Дана клинко-статистическая характеристика пострадавших, разработана классификация, интраоперационный алгоритм, что позволило стандартизировать лечебно-диагностическую программу.

Повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) по сводной статистике составляет 2-9% [1,3,5]. Данный вид повреждения относится к категории тяжёлых травм и, прежде всего, обусловлен анатомо-функциональными особенностями органа, сочетанными и множественными травмами, что приводит к поздней диагностике с последующим развитием абдоминальных и экстраабдоминальных осложнений, сепсиса, органной и полиорганной дисфункции [4,5].

Цель работы – анализ результатов лечения поврежденной 12-типерстной кишки, разработка интраоперационной тактики при повреждениях ДПК.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный клинко-статистический анализ лечения 48 больных с повреждениями двенадцатиперстной кишки. Причиной повреждения у 26-ти (54,1%) больных явились ДТП, производственная травма – у 12-ти (25%), бытовая криминального характера – у 8-ти (16,7%), кататравма – у 2-х (4,2%). До 6-и часов с момента травмы поступило 43 (89,6%) пострадавших, с 6-12 – 4 (8,4%), свыше 24 часов – 1 (2%). Мужчин было 42 (87,5%),

женщин – 6 (12,5%). Монотравма диагностирована у 22-х (45,8%) пострадавших, сочетанная и множественная травма – у 26-ти (54,2%). Закрытые абдоминальные повреждения были у 27-и (56,2%) больных, проникающие – у 21-го (43,8%). Среди сочетанных повреждений краниальная травма диагностирована – у 8-и (16,6%) больных, торакальная – у 12-ти (25%), скелетная – у 9-ти (12,5%). Множественная абдоминальная травма была представлена следующими повреждениями: разрыв селезёнки – 3 (6,2%), печени – 4 (8,3%), поджелудочной железы – 6 (12,5%), диафрагмы – 1 (2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в животе – 48 (100%) больных, тошноту – 12 (25%), рвоту – 23 (47,9%), вздутие живота – 34 (70,8%), повышение температуры – 7(14,6%). У 12 (25%) больных собрать анамнез не представлялось возможным в связи с шоком, алкогольным или наркотическим опьянением, черепно-мозговой травмой. Среди абдоминальных симптомов следует выделить следующие: раздражения брюшины – у 45-ти (93,8%) пострадавших, притупление перкуторно-

го звука в отлогих местах живота – у 12-ти (25%), парез кишечника – у 6-ти (12,5%), защитное напряжение мышц передней брюшной стенки – у 23-х (47,9%).

Пострадавшие, минуя промежуточные звенья приёмно-диагностического отделения, доставлялись в операционную, где на фоне интенсивной противошоковой терапии проведены диагностические манипуляции: лапароцентез – 37-ми (77%) больным, лапароскопия – 11-ти (23%).

При лапароцентезе гемоперитонеум диагностирован у 38-и (79,1%) пострадавших, кишечное содержимое – у 4-х (8,3%), гемоперитонеум + желчь – у 3-х (6,2%). У 5-ти (10,4%) больных данные лапароцентеза дали отрицательный результат, в связи с чем у 3-х (6,2%) произведена лапароскопия через 4, 7 и 12 часов после проведения лапароцентеза. У 2-х (4,1%) больных через 6 и 8 часов начала нарастать клиническая картина перитонита, в связи с чем произведена лапаротомия. Проведение лапароскопии позволило диагностировать разрыв верхнего отдела 12-типерстной кишки у 6-ти (4,1%), верхнегоризонтального – у 1-го (2%), забрюшинную гематому правой боковой области живота – у 4-х (4,1%).

На основании лечения указанной категории больных разработана классификация повреждений ДПК.

По клиническому течению:

- 1) перитонит;
- 2) сепсис;
- 3) функциональная кишечная непроходимость;
- 4) комбинированный характер.

По морфологическому состоянию:

- 1) ушиб кишки;
- 2) контузия;
- 3) неполный разрыв;
- 4) полный разрыв;

5) интрамуральная гематома.

По анатомическим локализациям:

- 1) верхний;
- 2) нисходящий;
- 3) нижнегоризонтальный;
- 4) нижневосходящий.

По развитию осложнений:

- 1) несостоятельность анастомоза, разрыва;
- 2) интраабдоминальный абсцесс;
- 3) забрюшинная флегмона;
- 4) спаечная непроходимость;
- 5) свищи ДПК.

После проведения кратковременной предоперационной подготовки пострадавшим проведено оперативное вмешательство. Объём зависел от обширности повреждения. Нами разработан алгоритм интраоперационной тактики при повреждениях 12-типерстной кишки (рис. 1). При ушибе и контузии производили мобилизацию по Кохеру, рассечение связки Трейца, назоинтестинальную интубацию, десимпатизацию гастродуоденальной артерии. При разрывах 1/3 и 1/2 ДПК у 24 (50%) больных иссекали девитализированные ткани, место разрыва ушивали двухрядным узловым швом.

При перитонитах, флегмонах забрюшинного пространства, обширном разрыве ДПК, с целью профилактики несостоятельности швов, производили "отключение" ДПК – у 15 (32,2%) потерпевших.

Полные разрывы потребовали наложение дуодено-дуодено анастомоза у 4-х (8,3%) пострадавших, дуодено-еюноанастомоза у 3-х (6,2%). У 2-х (4,1%) больных наложен дуодено-еюноанастомоз на отключённой петле по Ру. При полных разрывах также в обязательном порядке производили отключение ДПК.

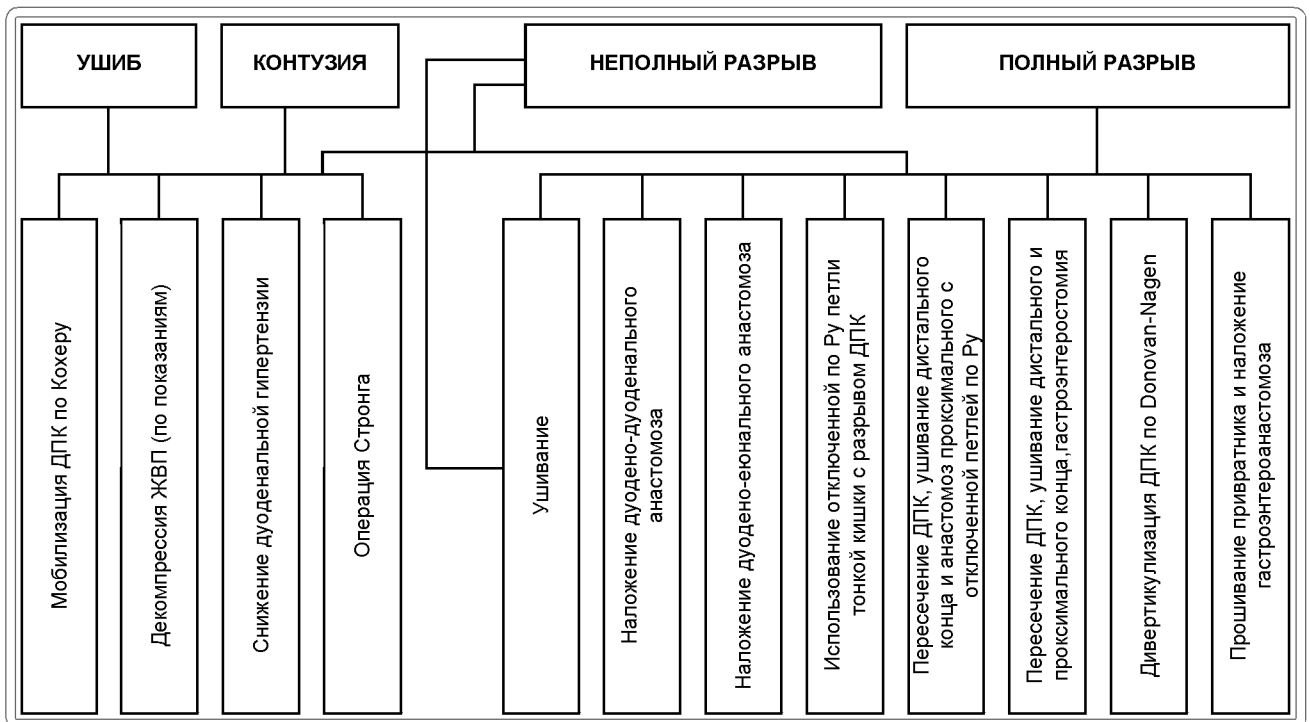


Рис. 1 Интраоперационная тактика при повреждениях 12-типерстной кишки



При несостоятельности швов у 2 (%) произведено отключение ДПК перевязкой её в антральном отделе с наложением ГЭА.

Для исключения поступления пассажа по ДПК использовали следующие виды её отключения: наложение скрепочного шва в антральном отделе желудка с последующим наложением гастроэнтероанастомоза (ГЭА) у 6-ти (%) потерпевших; перевязка привратника с наложением ГЭА – у 5-ти (%), резекция антрального отдела желудка с наложением ГЭА – у 1 (%).

Интубация ДПК производилась 56% больных и преследовала следующие цели: снижение внутрикишечной гипертензии, удаление дуоденального содержимого, проведение нутриционной терапии.

У 1-й (2%) больной при полном разрыве 12-типерстной кишки с флегмоной брюшинного пространства произведена операция: ушивание проксимального и дистального отдела 12-типерстной кишки с наложением ГЭА. В послеоперационном периоде произведены четыре программированные лапаротомии в связи с несостоятельностью проксимальной культи и прогрессирующим перитонитом. На 57-е сутки выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Через 2 года – операция: резекция гастроэнтероанастомоза, редуоденизация (наложение дуоденоюноанастомоза).

Повреждение поджелудочной железы в силу топографо-анатомических особенностей является частым спутником при травме ДПК и диагностировано у 18-ти (37,5%) больных. При данном виде травмы производили экономное иссечение нежизнеспособных

тканей, гемостаз, адекватное дренирование парапанкреатической клетчатки. В послеоперационном периоде острый панкреатит развился у 14-ти (29,2%), панкреонекроз – у 3-х (6,3%). Поэтому у всех больных с вышеуказанной патологии в обязательном порядке производили декомпрессию желчевыводящих путей – наложение холецистостомы или холецистэктомии с дренированием холедоха по Холстеду.

Послеоперационные осложнения развились у 17-ти (35,4%) больных. Гнойно-воспалительные абдоминальные процессы наблюдались у 9-ти (18,8%) пострадавших, из них несостоятельность ДПК – у 2-х (4,2%), флегмона брюшинного пространства – у 3-х (6,3%), перитонит – у 3-х (6,3%), спаечная кишечная непроходимость – у 12-ти (25%), сепсис – у 7-ми (14,6%), нагноение лапаротомной раны – у 5-ти (10,4%).

ВЫВОДЫ

1. Диагностика повреждений ДПК базируется на инвазивных методах: лапароцентезе и лапароскопии. При отрицательных данных инвазивных методов и подозрении на травму ДПК тактика должна быть активно хирургической.

2. При разрывах 1/2 кишки, а также при полных разрывах и развившихся осложнениях: перитонит, брюшинная флегмона, оперативное вмешательство должно быть направлено на отключение ДПК, а в некоторых случаях – многоэтапным.

3. Повреждения ДПК по-прежнему относятся к категории тяжёлых для диагностики, трудно поддаются лечению и сопровождаются высокой летальностью (28,1%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов А.Х. // Хирургия. -2007. -№8. -С. 78-79.
2. Давлетшин А.Х., Измайлов Г.А., Измайлов Г.А. Хирургия повреждений двенадцатиперстной кишки. - Казань: Издательство Казанского гос. техн. ун-та. -1998. -202 с.
3. Молитвославов А.Б., Ерамишанцев А.К., Марков А.Э., Демянов А.И., Бокарев М.И. // Хирургия. - 2004. - №8. - С.46-51.
4. Новиков А.С., Уракчеев Ш.К., Богданов С.В. // Вестник хирургии. - 1998. - №6. - С.49-53.
5. Уракчеев Ш.К. // Вестник хирургии. - 1998. - №3. - С.72-75.
6. Allen G.S. Delayed diagnosis of blunt duodenal injury an available complication // J An Cool Surg 1998. -Vol. 187(4). - P.393-399.

Поступила 17.12.2007г.

А.И. Рылов, Н.С. Кравець, Д.Ш. Мортугладзе

Діагностика та лікування ушкоджень 12-типалої кишки

Проведено аналіз лікування 48 хворих з ушкодженнями 12-типалої кишки. Дається клініко-статистична характеристика потерпілих, розроблена класифікація, інтраопераційний алгоритм, що дозволило стандартизувати лікувально-діагностичну програму.

Ключові слова: 12-типала кишка, перитоніт, класифікація

A.I. Rylov, N.S. Rravets, D.Sh. Vortuladze

Diagnostics and treatment of duodenal damage

The authors carry out analysis of treatment 48 patients with duodenal damage. They have represented clinical and statistic characteristic of injured, classification and intraoperation algorithm which help to standardize clinical and treatment program.

Key words: duodenum, peritonitis, classification

Сведения об авторах:

Рылов А.И., к.мед.н., доцент кафедры общей хирургии ЗГМУ;

Кравец Н.С., к.мед.н., ординатор отделения политравмы ЗОЦЭМиСМП;

Мортугладзе Д.Ш., клинический ординатор кафедры общей хирургии ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Рылов А.И., 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского 26, ЗГМУ, кафедра общей хирургии.