

правом подреберье и эпигастрии, возникающие через 30 мин. после еды, связанные с эмоциональным или физическим напряжением, употреблением жирной пищи. Дискинезии по гипомоторному типу с недостаточностью сфинктера Одди характеризовались длительными тупыми, ноющими болями, возникающими через 1-1,5 часа после еды, чувством распирания в правом подреберье, тошнотой, снижением аппетита. Для оценки состояния сфинктера Одди проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) с желчегонным завтраком, измерялась ширина общего желчного протока и протока поджелудочной железы, что позволяло оценить функции сфинктера Одди. Замедление опорожнения желчного пузыря или снижение объема выделенной желчи расценивалось как гипомоторная дисфункция, ускоренное и/или избыточное выделение желчи – как гипермоторная. Эвакуаторную способность желчного пузыря изучали с помощью показателя двигательной функции (ПДФ), норма – 0,59-0,75.

У экстрвертов по данным УЗИ выявлено слабое сокращение желчного пузыря и недостаточность сфинктера Одди (ПДФ>0,75). У интровертов – усиленное сокращение желчного пузыря и спазм сфинктера Одди (ПДФ<0,59). Согласно полученным ранее данным, у экстрвертов преобладает тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, что ослабляет моторную и секреторную функции пищеварительного тракта. Предрасположенность к гипермоторным и гиперсекреторным состояниям у детей-интровертов сопряжена с ваготонией.

Таким образом, в структуре патологии пищеварительного тракта у экстрвертов преобладали гастритоподобный гастродуоденит, дискинезии билиарной системы по гипомоторному типу и атонический запор, что отражает их конституционально повышенную активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. У интровертов, наоборот, чаще встречались язвенноподобный гастродуоденит, дискинезии билиарной системы по гипермоторному типу и спастический запор, сопряженные с конституциональной ваготонией. Это диктует необходимость включения вегетотропных препаратов в программу реабилитации таких детей. У центровертов, в отличие от детей других конституциональных типов, патология пищеварительной системы встречалась реже и характеризовалась диспанкреатическими изменениями.

Следовательно, для профилактики возникновения и хронизации функциональных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта в питании детей-интровертов должны преобладать супы на овощном отваре, нежирные сорта мяса или рыбы в отварном или запеченном виде, любые фрукты, кроме кислых, разбавленные соки – продукты, не раздражающие слизистую желудка и содержащие повышенное количество витаминов А, С, растительной клетчатки и жидкости для профилактики повышения кислотности, улучшения оттока желчи и опорожнения кишечника. Для центровертов необходимо обогащение рациона пищевыми волокнами (курага, клубника, овсяная и гречневая крупы, морские водоросли, пшеничные отруби), которые снижают уровень холестерина и уменьшают литогенность желчи, усиливают обмен веществ и профилируют повышение массы тела. В питании экстрверта следует широко использовать кисломолочные продукты, творог, неострые сыры, молочные каши, сырые овощи для стимуляции моторного аппарата желудка.

В конституциональные особенности детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта вносят вклад сбой эмоционально-поведенческих реакций, которые имеют различия. При количественном сходстве отклонений в эмоциональной и поведенческой сфере у интро- и экстрвертов они имели качественные отличия. Три четверти интровертов имели высокий уровень тревожности чаще за счет переживаний социального стресса (низкая активность социальных контактов), из-за страха самовыражения, боязни не оправдать ожидания окружающих. Страхи у интровертов усугублялись низким уровнем самооценки. Среди экстрвертов 38% детей имели высокий уровень тревожности, связанный с фрустрацией потребности в достижении успеха, с социальным стрессом (страх утраты власти и отсутствия признания), проблемами с педагогами, обусловленные конфликтностью экстрвертов и завышенной самооценкой. У трети центровертов выявлялся повышенный уровень тревожности, обусловленный страхами проверки знаний и необходимостью самовыражения.

Учитывая четкие различия клинического течения заболеваний пищеварительного тракта у детей разных конституциональных типов, в программу сопровождения детей с этими заболеваниями должны быть включены дифференцированные рекомендации, составленные на основе конституциональных особенностей

детей. При этом одним из главных составляющих программы реабилитации детей заболеваниями пищеварительной системы должно стать семейное консультирование, которое позволит нормализовать семейный микроклимат и устранить хронические психотравмирующие факторы, привлечь родителей к активному участию в реабилитационных мероприятиях.

Литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. 2-е изд. М.: Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. 320 с.
2. Бережанская С.Б., Созаева Д.И. // Мат-лы УП конгр. педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». М., 2002. С.36.
3. Бобошко И.Е. и др. // Вестник Ивановской ГМА. Иваново, Т.7, №3-4, 2002. С. 81-87.
4. Болезни детей старшего возраста: Рук-во для врачей /Шилиев Р.Р. и др. М., МЕДпресс-информ, 2002. 608с.
5. Лежнина И.В. и др. // Мат-лы УП конгр. педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии». М., 2003. С. 198.
6. Филофова М.С. и др. // Мат-лы I Всерос. конгр. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». М., 2002. С.203.

УДК 616-001.1; 617.54; 617.55-001.31

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Е.Н. ВАЛЫКА, А.А. МАКСИН*

Ключевые слова: торакоабдоминальная травма, хирургия

Значительное увеличение торакоабдоминальных травм за последние годы вследствие ухудшения криминальной обстановки, роста дорожно-транспортных происшествий, числа пострадавших от стихийных бедствий, террористических актов и массовых беспорядков в период перехода в XXI столетие является основной причиной смерти лиц наиболее трудоспособного возраста [1]. Торакоабдоминальные повреждения представляют собой наиболее сложную проблему в хирургии и составляет более 10% от всех травм грудной и брюшной полости. Торакоабдоминальные повреждения отличаются тяжестью, значительными расстройствами важных функций организма, что обуславливает высокую частоту послеоперационных осложнений, которая достигает 50% [6]. Летальность достигла 15,9-49,5%[5].

Характерной особенностью торакоабдоминальных ранений является тяжесть состояния из-за множественных повреждений различных органов, сопровождающиеся большой кровопотерей и шоковым состоянием больных [3]. Данное обстоятельство диктует необходимость минимального обследования и проведения срочного оперативного вмешательства с ревизией органов грудной клетки, брюшной полости из рационального доступа, а также параллельным проведением противошоковых мероприятий [5]. Социальная значимость торакоабдоминальной травмы определяется тем, что ~90% пострадавших являются лицами трудоспособного возраста, лечение и реабилитация которых отличается значительной длительностью, большим количеством гнойно-септических осложнений [2]. Кроме того, актуальность проблемы обусловлена большой частотой инвалидности указанных пациентов из-за развившихся осложнений [4,5].

Цель работы – анализ и улучшение результатов лечения пострадавших с торакоабдоминальными ранениями.

Материалы и методы. В исследовании представлен материал по лечению 112 больных с торакоабдоминальными ранениями, находившихся на лечении с января 1998 по январь 2008 гг. в условиях торакального отделения Ульяновской областной клинической больницы. Из них 107 (95,5%) мужчин и 5 (4,5%) женщин. Возраст больных колебался от 14 до 71 года, средний возраст составил 30±2,3 лет. В структуре механизма нанесения травмы преобладали ножевые ранения – 98 (87,5%) больных; огнестрельные – 11 (9,8%); ранения фрагментами ребер при закрытой травме – 3 (2,7%).

* Каф. факультетской хирургии Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета

Большое значение в определении торакоабдоминальных травм имеет локализация ран на грудной клетке – на уровне 5-9-го межреберья. Из лабораторно-инструментальных исследований проводили: рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной и плевральной полостей, перикарда, анализы крови, мочи. В сложных случаях больным проводилась лапаро- и торакоскопия. Активность хирургического вмешательства и очередность выполнения доступов определялась тяжестью травмы. Тяжесть состояния оценивали по системе APACHE II [7,8]. У 78 (69,6%) из 112 больных, госпитализированных в стационар, тяжесть состояния у 11 человек – 10-15 баллов (I ст. тяжести), у 23 (20,5%) – от 16 до 25 баллов (II ст.), у 7 (6,2%) – от 26 до 30 баллов (III ст.), у 4 (3,6%) – ≥ 31 балл (IV ст. тяжести). В зависимости от преобладания той или иной симптоматики выделялись три группы лиц с разной тактикой хирургического лечения: 1-я группа – это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки – 45 (40,2%); 2-я группа – больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости – 35 (31,2%); 3-я группа – пациенты с одинаковыми по сложности повреждениями органов и грудной и брюшной полостей – 32 (28,6%).

Результаты. В зависимости от локализации травмы и объема повреждений выполнялись сочетания доступов: в первую очередь торакотомия, а затем лапаротомия – 37 (33,0%), торакотомия и френотомия – 33 (29,5%) соответственно, лапаротомия и дренирование плевральной полости без торакотомии – 14 (12,5%), первым этапом лапаротомия, вторым – торакотомия – 13 (11,6%), одновременно торакотомия и лапаротомия – 7 (6,3%), торакофренолапаротомия – 6 (5,3%), торакотомия поэтапно с 2-х сторон и одновременно лапаротомия – 2 (1,8%).

Тяжесть состояния диктовали требования к выбору доступов, их очередности и объёму вмешательств. Результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными повреждениями зависели от последовательности вмешательств для быстрого обеспечения гемостаза. Этапность и очередность вмешательств базировалась на определении приоритета кровотечения по данным рентгенографии грудной клетки, УЗИ брюшной, плевральных полостей и полости перикарда [8]. Торакотомия проводилась первично при явных признаках внутриплеврального кровотечения и отсутствии грубых симптомов повреждения органов брюшной полости. Показанием для неё был большой (>1000 мл) и прогрессирующий (>300 мл в час) гемоторакс, при положительной пробе Рувилуа – Грегуара.

При торакотомиях применяются различные доступы к органам грудной и брюшной полости. И среди всех пациентов, как указано выше, мы у 30,3% пострадавших применяли методики торакотомии и френотомии: органы грудной клетки стандартно ушивались из торакотомии, чаще низкой, в 6, 7 межреберье, органы брюшной полости – после диафрагмотомии. Нами отмечено удобный подход к органам верхнего и среднего этажей органов брюшной полости через френотомию. При клинической картине повреждения органов брюшной полости первично выполнялась лапаротомия. Перед лапаротомией проводилось дренирование плевральной полости по Бюлау, использовали стандартные растворы глюцидира 50,0 мл на 400 мл аутокрови. В среднем было перелито в таких случаях $\sim 0,8 \pm 0,3$ л. Торакотомия выполнялась вторым этапом при наличии продолжающегося кровотечения и массивного сброса воздуха – это переднебоковая торакотомия в 7 межреберье.

Торакофренолапаротомия выполнялась при массивных повреждениях, чаще огнестрельных ранениях, ранениях с повреждением труднодоступной поверхности печени, нижней полой вены. У всех больных была клиника геморрагического шока, на операции были выявлены множественные поражения органов грудной и брюшной полостей.

Самую тяжелую группу составили пациенты с сочетанными, одинаковыми по сложности травмами органов брюшной полости и грудной клетки – 32 (28,6%). У 7 (6,3%) из 112 больных были выполнены одновременно лапаротомия и торакотомия двумя бригадами, у 10 (8,9%) больных произведены поэтапно торакотомия и лапаротомия, у 7 (6,3%) выполнена торакотомия и френотомия, у 2 (1,8%) торакотомия с двух сторон и лапаротомия одновременно 2-мя бригадами, торакофренолапаротомия – у 6 (5,3%). По локализации преобладали левосторонние

68 (60,7%), в меньшей степени правосторонние – 41 (36,6%), двухсторонние – 2 (1,8%) и срединные – 1 (0,9%) ранения.

В 72 (64,3%) случаях нами проводилась реинфузия полостной аутокрови, при этом переливалось $1,5 \pm 0,5$ л крови. После дренирования плевральной полости – реинфузия аутокрови, выделившейся через дренаж по Бюлау у 12 (10,7%) больных. Гемотранфузии проводились у 77 (68,7%). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 16 (14,3%) больных: нагноение послеоперационной раны – 3, что составило 2,7% от всех исследуемых больных, свернувшийся гемоторакс – 3 (2,7%), плеврит – 2 (1,8%), кровотечение – 2 (1,8%) и у одного пациента выявлена эмпиема плевры, абсцесс брюшной полости – у 1, остеомиелит ребер – 1, свищ поджелудочной железы – 1, флегмона грудной клетки – 1 и перикардит.

После операций умерло 11 больных. Летальность составила 9,8%. Из них 9 больных умерли от шока, 1 – от перитонита из-за не состоятельности кишечного шва после резекции тонкой кишки и 1 – от полиорганной недостаточности.

Выводы. Оперативное лечение при торакоабдоминальных ранениях следует начинать с зоны наибольших повреждений – торако- или лапаротомии. Лапаротомии проводятся с одновременным дренированием плевральной полости по Бюлау. Шире нужно использовать реинфузию аутокрови. Применяемая нами методика торакофрено- томии, как доступ к поврежденным органам и грудной и брюшной полости должна иметь место в хирургической практике.

Литература

1. Алимов А.Н. и др. // Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону, 2005. С. 6-7.
2. Багадасарова Е.А. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006. № 4. С. 65.
3. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М: Медицина, 1981. 221 с.
4. Добровольский С. Р. и др. // Хирургия. 2007. № 5. С. 32.
5. Ермолов А. С. и др. // Хирургия. 2006. № 9. С. 16-20.
6. Русаков А. Н. и ф. // Новые технологии в хирургии. Ростов-на-Дону, 2005. С. 31-32.
7. Baker S.P. et al. // J Trauma. 1974. № 14. С. 187-196.
8. Knaus W.A. et al. // Crit Care Med. 1985. № 13.P. 818-829.

УДК 616. 12 (075)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО РАСТВОРА «КУСТОДИОЛ» И ПОСТОЯННОЙ КРОВЯНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ НЕМОДИФИЦИРОВАННОЙ КРОВЬЮ ПРИ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

И.В. ПОЛЕТАЕВ*

Интраоперационная защита миокарда является одной из составляющей успеха оперативного лечения при операциях на открытом сердце. Повышению эффективности защиты миокарда способствует оптимизация параметров кардиopleгии (КП). Совершенствование данного метода рассматривается в аспекте разработки наиболее эффективных растворов для перфузии миокарда в периоде асистолии, оптимизации температурных режимов остановленного сердца и способов восстановления кровотока в миокарде после ишемии. В зависимости от метода и способа КП кардиопротекция миокарда осуществляется либо за счет снижения до минимума энергетических потребностей миокарда при условии ишемии миокарда, либо за счет уменьшения энергетических потребностей в условиях постоянной или периодической доставки кислорода и (или) энергетического субстрата по коронарным сосудам. В кардиохирургии нет единого мнения по поводу применения кардиopleгии: кристаллоидной или кровяной [12], вне- или внутриклеточной. В настоящее время основной метод защиты миокарда при коррекции приобретенных пороков сердца – это холодовая кристаллоидная кардиopleгия. Одной из ее разновидностей является внутриклеточный кардиopleгический раствор (КПР) «Кустодиол», разработанный на основе раствора Бретшнайдера [1,2]. Особенностью этого КПР является его большая буферная емкость, наличие метаболических

* Институт медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета, г. Ульяновск