

## **Панасенко С. И.**

Украинская медицинская стоматологическая академия Министерства здравоохранения Украины, г. Полтава, Украина

### **Экстраплевральный внеочаговый металлостеохондроз ребер и грудины.**

Современные источники научной медицинской информации содержат описания множества способов и методов лечения флотирующей грудной клетки (ФГК), которые отражают различные методологические и технологические подходы к решению этой клинической проблемы. Каждая новая методика или устройство решают отдельные вопросы лечения флотации, но параллельно появляются новые ограничения и осложнения. Один лишь факт значительного количества методов и устройств лечения ФГК, уже свидетельствует об их низкой клинической эффективности, что аргументирует необходимость дальнейшей основательной научной разработки и поиска более совершенных, универсальных и простых лечебных технологий.

Разработанная методика экстраплеврального внеочагового металлостеохондроза (ЭВМОХС) основывается на проведенном нами кинематической анализе ФГК и экспериментальном сравнении биомеханических характеристик разных технологий металлостеосинтеза ребер, что подтвердило существенные технологические и функциональные преимущества ЭВМОХС.

В клинических условиях ЭВМОХС применен у 25 пострадавших с политравмой и ФГК - это основная клиническая группа. В клиническую группу сравнения вошли 39 пострадавших политравмой и ФГК, лечебная тактика в которой основывалась на системе анатомо-функционального прогнозирования течения травмы. Обе группы были конгруэнтны по возрастным, гендерным, функциональным и морфологическим показателям тяжести травмы.

Раннее и малотравматичное устранения ФГК при политравме предложенным нами способом, который полностью соответствует принципам «Damage Control», привело к большей продолжительности жизни пациентов при неблагоприятном течении травматического процесса. В таких случаях койкодень среди умерших

пациентов основной группы составил  $8,0 \pm 0,5$ , а среди пациентов контрольной группы  $3,3 \pm 0,2$  ( $p > 0,05$ ). Несмотря на отсутствие статистически значимой разницы, отслеживается четкая тенденция к более продолжительной жизни пациентов с критическими повреждениями, что создает своеобразный временной плацдарм для развертывания и реализации неоперативных методов реанимации.

Статистически значимая разница в продолжительности стационарного лечения наблюдалась среди пациентов исследовательских групп при благоприятном течении травматического процесса. Так в основной группе наблюдения выжившие пациенты находились на стационарном лечении  $46,9 \pm 5,2$  суток, а в контрольной группе  $28,0 \pm 3,5$  суток ( $p < 0,05$ ). На существенное увеличение продолжительности стационарного лечения пациентов основной группы имело влияние осложненное течение травматического процесса. При таком варианте течения травмы койкодень в основной группе составлял  $53,8 \pm 5,8$  суток, а в контрольной  $29,5 \pm 3,9$  ( $p < 0,05$ ). При неосложненном течении травмы койкодень в основной группе составил  $28,5 \pm 6,9$  суток, а в контрольной  $16,7 \pm 4,4$  суток ( $p < 0,05$ ). Увеличение сроков стационарного лечения в основной группе при таком варианте течения травмы было обусловлено нахождением пациентов на реабилитационном лечении до момента демонтажа металлоконструкции.

Отдельно отмечено, что применение методики ЭВМОХС в контексте технологии «Damage Control» существенно улучшает клиническое течение тяжелой краниоторакальной травмы. Внедрение новых методов лечения пострадавших с ФГК при политравме позволило обеспечить в 20,0% случаев неосложненное течение травматического процесса у этой крайне тяжелой категории пациентов. Осложненное течение травмы в подобных случаях, было обусловлено существенным ростом выживаемости пострадавших с критическими повреждениями. Внедрение технологии ЭВМОХС показало его высокую клиническую эффективность, что отразилось в существенном уменьшении летальности с 35,9% до 12,0% ( $p < 0,05$ ) среди пострадавших с ФГК при политравме.