

ник кровотечения, его характер и степень гемостаза с применением шкалы Forrest. Оценка тяжести состояния больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилась по общепринятым принципам и зависела от дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Разработан структурный алгоритм ведения данной группы больных, который позволяет провести индивидуальный выбор лечебной тактики, тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи.

Summary

ENDOSCOPIC MONITORING IN THE APPROACH OF TREATING HEMORRHAGES OF UPPER PORTIONS OF GASTROINTESTINAL TRACT

Sheyko V.D., Malyk S.V., Lavrenko D.O., Panasenko S.I.

Key words: endoscopic monitoring, hemorrhages, upper portions of gastrointestinal tract.

107 patients with gastrointestinal hemorrhages of unknown origin were subjected to the complex examination. During the examining and treating the patients a special attention was paid to the early fibroesofagogastroduodenoscopy (FEGDS) as a key instrumental study which allows to detect the site of bleeding, its character and homeostasis condition using the Forrest scale. The estimation of the condition of patients with hemorrhages in upper portions of gastrointestinal tract was carried out by conventional principles and depended on the circulating blood volume deficiency. There was developed the structural algorithm for the management of the patients, which makes it possible to find out an individual approach in treating and, thereafter, to improve the medical aid quality.

УДК 616.712.1-001.5-089.2

НОВИЙ СПОСІБ ОСТЕОСИНТЕЗУ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМІВ РЕБЕР

Шейко В. Д., Панасенко С. І., Лавренко Д. О.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті висвітлені питання оперативного лікування множинних переломів ребер з позиції сучасних наукових поглядів на травматичну хворобу. Представлений огляд існуючих методів оперативного лікування із аналізом їх недоліків. Репрезентовано оригінальний метод і апарат, який дозволяє надійно і малотравматично проводити екстраплевральний позавогнищевий остеосинтез множинних переломів ребер.

Ключові слова: множинний перелом ребер, позавогнищевий остеосинтез, апарат зовнішньої фіксації.

Вступ

Глобальна урбанізація навколошнього середовища обумовлює стійкий ріст травматизму населення. В його структурі на перший план виходить тяжка закрита поєднана травма, особливим компонентом якої є закрита травма грудей (ЗТГ) [1-3, 7]. Множинні переломи ребер (МПР) спостерігаються у 5,1-26,5% випадків ЗТГ, переважно при поєднаній і множинній травмі [1-3, 7-10]. Забій міокарду, легенів, порушення каркасності грудної клітки, балотування межистіння, майже завжди супроводжують МПР сприяючи розвитку серцевої і респіраторної недостатності та циркуляторної і тканевої гіпоксії. Навіть при односторонніх МПР спостерігається значне погіршення вентиляційної функції легень, що сприяє розвитку різноманітних ускладнень, які погіршують прогноз перебігу травми [1, 2, 8-10].

Метою дослідження було на основі аналітичного огляду джерел наукової інформації та власного клінічного досвіду, створити такий метод оперативного лікування МПР, у якому нове конструктивне виконання структурних елементів і прийомів їх установки та фіксації дозволили б забезпечити високу надійність і жорсткість металоконструкції, знизити травматичність операції, підвищити ефективність лікування і розширити можливості застосування.

Основним методом був науково-пошуковий аналіз даних медичних та науково-технічних періодичних видань, патентно-ліцензійної документації, даних мережі Internet.

Результати та їх обговорення

Насьогодні можна констатувати той факт, що поки що немає універсального методу лікування МПР, і вибір способу фіксації подібних переломів являє собою значні труднощі. Розмаїття існуючих методик вимагає індивідуального підходу із врахуванням локалізації переломів, площи і ступеню флотації, загального стану, виразності функціональних розладів та наявності поєднаних ушкоджень. В той же час сучасний розвиток вчення про травматичну хворобу стверджує активну оперативну тактику щодо лікування скелетної травми в цілому і МПР зокрема. Відомо (А. П. Кузьмічов, 1985; С. С. Ткаченко і А. Є. Євдокімов, 1990), що лише при відновленні каркасності пошкодженої грудної клітки відбувається покращення функціональних показників кардіореспіраторної системи, зменшується гостра дихальна недостатність і системні мікроциркуляторні порушення. Стaє очевидним, що найбільш "фізіологічними", незважаючи на операційну травму, є оперативні методи лікування МПР, особливо при

флотуючих переломах [1-10].

Відомі дві основні групи оперативних методів лікування МПР: 1) погружний остеосинтез; 2) позавогнищевий остеосинтез.

Варіабельні методики інтрамедулярного і накісткового погружного остеосинтезу характеризуються широким оперативним доступом до ділянки перелому та відкритою репозицією відламків. Погружні методи остеосинтезу МПР доволі травматичні, що обмежує можливість їх застосування у тяжких хворих. Після таких операцій, пацієнти тривалий час прикуті до ліжка, що особливо негативно впливає на перебіг політравми.

При тяжкій ЗТГ, значно більш перспективними, менш травматичними, є позавогнищеві методи остеосинтезу МПР апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ). Безперечно, що АЗФ мають як переваги, так і недоліки, проте вирішують головне питання – фіксація перелому. Застосування існуючих насьогодні АЗФ при МПР обмежено через дилему – чим надійніше остеосинтез, тим складніше методика і громіздкіше конструкція, і навпаки. Відомі методики не відповідають загальноприйнятим в ургентній травматології принципам стабільно-функціонального остеосинтезу.

Наводимо огляд основних методик позавогнищевого остеосинтезу МПР. Методика О. Constantinescu (1974) полягає у фіксації нестабільної ділянки грудної клітки до панелі, кінці якої кріпляться на непошкоджених структурах кісткового каркасу грудної клітки. В подальшому дана метода слугувала базою для розробки цілого ряду способів фіксації МПР [2, 9]. Методика А. П. Паніотова (1978), яка була удосконалена А. К. Флорикяном, полягає у проведенні загрудинно струни через міжребер'я дистальніше і проксимальніше перелому, по яким проводиться хлорвинілова трубка. Струна фіксується до пластмасової панелі за допомогою гайок. Кінці вигнутої панелі опираються на непошкоджені ділянки ребер [9].

Методика Н. К. Голобородька і Д. В. Карєва (1994) ґрунтуються на створенні на відламках грудини чотирьох фіксаційних вузлів із заклепочними елементами, що вводяться через канали висвердленні у грудині. Перед репозицією відламків фіксаційні вузли із заклепочними елементами за допомогою гайок міцно фіксують до масивної металевої несучої штанги, що має на своєму кінці вузол компресії і дистракції. Репозицію виконують обертаючи гвинт вузла дистракції. Близькою по суті є методика, запропонована Я. Г. Колкіним і співавт. (1990), але вона має деякі технічні особливості. Так, апарат містить опору і вузол репозиції із елементами кріплення. Опора виконана у вигляді рами із середньою повздовжньою перекладиною із прорізами по краям для кріпленням лігатурних строп. Вузол репозиції виконаний у вигляді трьох планок,

встановленими паралельно продольними перекладинами і з'єднаним із останніми гвинтами. Відломки фіксуються до середньої перекладини апарату проведеними загрудинно стропами [9].

Ю. Б. Шапот і співавтори (1985) для остеосинтеза МПР пропонують проводити через відломки по три короткі спиці, що перехрещуються до другого кортиkalного шару. Спиці, в свою чергу, фіксуються до АЗФ. Після репозиції відламків виконується їх компресія [7, 9].

Представлені методи мають суттєві недоліки:

- 1) травматичність операції порівняна із такою при погружному остеосинтезі;
- 2) жорсткість конструкції зменшується пропорційно зменшенню травматичності операції, що обумовлює ненадійність фіксації апарату на грудній клітці;
- 3) більшість методик можуть застосовуватися лише в спеціалізованих стаціонарах через складність техніки оперативних втручань;
- 4) неефективність при множинні і поєднаній травмі грудної клітки визначає обмеженість використання;
- 5) громіздкість конструкцій, незручність як для хворого, так і для персоналу по догляду за апаратом визначає функціональну обмеженість пацієнтів;
- 6) всі методики мають вузький клінічний спектр застосування.

Нами були враховані вищевикладені тези при розробці власного АЗФ та техніки операцій із його застосуванням [4-6, 8]. Базовим компонентом презентованого АЗФ є оригінальна пластина-стрижень (ПС). На кінці стрижневої частини зроблено отвір для фіксації ПС на спицю, на пластинчастій частині містяться отвори для зкріплення ПС між собою на різьбовій балці (Рис. 1).

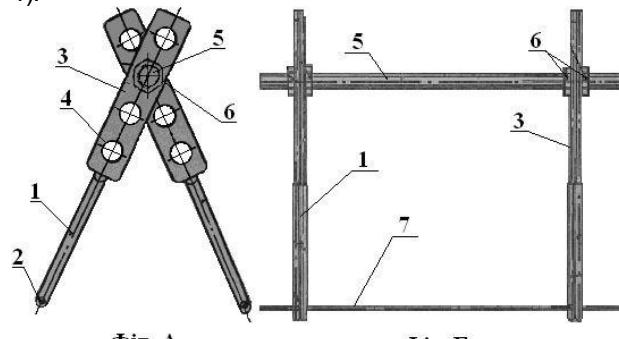


Рис. 1. Компоненти АЗФ на основі ПС: 1 - стрижнева частина ПС; 2 - отвір для спиці; 3 - пластинчаста частина ПС; 4 - отвір для різьбової балки; 5 - різьбова балка; 6 - гайки.

Методика операції

Вздовж лінії перелому поперечно до відламку ребра підшкірно екстраплеврально проводиться спиця (7). Спиця обов'язково проводиться знизувгору по відношенню до ребра, так, щоб при зісковзуванні кінчика спиці під нижній край ребра

відводився міжреберний судинно-нервовий пучок. Відразу після проходження верхнього кортиkalного шару ребра пальпаторно через шкіру визначається кінчик спиці і в його проекції робиться розтин шкіри (2-3 мм), достатній для проведення через нього стрижневої частини ПС (1). Занурюючи у розтин стрижневу частину ПС її нанизують на шпицю при допомозі отвору (2) на занурювальному кінці стрижневої частини (1). Подальше проведення спиці під шкірою направляється і контролюється за рахунок пластинчатої частини ПС (3). Послідуючі проходження спиці через ребра реалізуються у спосіб, що описаний вище. По виході кінчика спиці із верхнього кортиkalного шару слідуючого ребра повторюється маніпуляція нанизування опорного елемента на спицю за вищеописаною методою. Кількість опорних елементів, що нанизують на одну спицю визначається кількістю поламаних ребер, як правило, достатньо одного опорного елементу на два суміжні відламки ребра (іншими словами – через одне міжребір'я).

Після встановлення по обидві сторони лінії перелому ребер спиць із нанизаними на них ПС, тягою за останні виконується репозиція переломів ребер. Після репозиції пластинчаті частини протилежних (відносно лінії перелому) ПС перехрещуються. Через отвори (4) у пластинчатих частинах проводиться різьбова (5) балка, на якій вони фіксуються гайками (6), чим досягається жорсткість конструкції та фіксація перелому.

При наявності поліфокальних переломів ребер, у вищеописаний спосіб формуються конструкції на другій (третій і т. д.) лініях переломів ребер, а різьбові балки конструкцій з'єднуються між собою травматологічною балкою, чим досягається стабілізація металоконструкцій (Рис. 2).



Рис. 2 Клінічний приклад остеосинтезу МПР по двом лініям (передній реброво-грудинний клапан)

Клінічний приклад. Хворий А. (i/x № 2864), 74 роки, госпіталізований 16.08.00 р., через 1 год після травми (побитий). Скарги на сильний головний біль, біль в грудній клітці та деформацію

грудної клітки зліва. Свідомість ясна. При огляді спостерігається значна деформація грудної клітки зліва у вигляді “вдавленого боку” та помірна флотація ушкодженої ділянки. При пальпації визначаються множинні перелами 4-10 ребер між передньо-підпаховою і задньо-підпаховою лініями з крепітацією відламків. На рентгенограмі визначаються багатопроекційні переломи 4-10 ребер у вищеописаній ділянці. Крім цього у хворого діагностований струс головного мозку. Зважаючи на ознаки флотації та прояви дихальної недостатності хворому в першу добу накладено фіксований переломів кісток грудинно-ребрового каркасу із відновленням анатомічної форми грудної клітки (Рис. 3).



Рис. 2 Клінічний приклад остеосинтезу МПР по одній лінії із флотацією грудної стінки

Після операційного перебігу без особливостей. Після формування кісткових мозолей (на 18 добу) апарат демонтований, ще через 4 доби хворий у задовільному стані виписаний додому.

Оглянутий через 2 місяці – скарг не виявляє, грудна клітка звичайної форми, підшкірно пальпуються кісткові мозолі в ділянках переломів ребер.

Висновки

1. Застосування АЗФ на основі ПС – це малоінвазивний метод, що забезпечує стабільно-функціональний остеосинтез МПР.
2. Представлена методика не потребує повторних операцій для демонтажу АЗФ, та має всі функціональні переваги компресійно-дистракційних апаратів.
3. Методика універсальна і може застосовуватися при всіх видах ушкоджень елементів грудинно-ребрового каркасу без будь-яких обмежень на різних етапах медичної допомоги.

Література

1. Бурлука В. В. Оценка тяжести и выбор хирургического лечения повреждений грудино-реберного каркаса у пострадавших с сочетанной закрытой травмой груди. Автореф. дис. канд. мед. наук. – К., 1997. – 27 с.
2. Вагнер Е. А. Хирургия повреждений груди. – М.: Медицина, 1981. - 288 с.
3. Гур'єв С. О., Барамія Н. М., Заруцький Я. Л., Шлапак І. П. та інш. Полісистемні та поліорганні пошкодження як проблемне питання медицини // Зб. наук. пр. УВМА. – Випуск 11. – К.: 2002. – С. 150-160.

4. Панасенко С. І. Лікувально-опорний апарат і спосіб кріплення його на грудинно-реберному каркасі // Патент України на винахід №42259A від 15.10.2001
5. Панасенко С. І. Лікувально-опорний апарат // Клін. хірургія. – 2006. - №8. - С. 58.
6. Панасенко С. І. Спосіб кріплення лікувального апарату на грудинно-ребровому каркасі // Клін. хірургія. – 2007. - №1. - С. 57.
7. Шапот Ю. Б., Бесаев, Г. М., Кашанський Ю. Б., Зайцев Е. І. Техника остеосинтеза при переломах ребер, грудини и ключиць // Вестник хірургии. – 1985. - №11. – С. 83-87.
8. Шейко В. Д., Панасенко С. І., Лисенко Б. П. і інш. Проблема діагностики і тактики лікування децелераційного синдрому при політравмі // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад. – Полтава 2007. С. 333 – 336.
9. Флорикян А. К. Хірургія повреждений груди (патофізіологія, клініка, діагностика, лечення). Избранные лекции. – Х.: Основа, 1998. – 504 с.
10. Gopalakrishnan K.C., Marsi W.C. Fractures of the sternum associated with spinal injury // J. Bone & Surg. – 1986. – V.68E, №2, – P. 178-181.

Реферат

НОВЫЙ СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР

Шейко В. Д., Панасенко С. И., Лавренко Д. А.

Ключевые слова: множественный перелом ребер, внеочаговый остеосинтез, аппарат внешней фиксации.

В статье рассмотрены вопросы оперативного лечения множественных переломов ребер с позиции современных научных взглядов на травматическую болезнь. Проведен анализ существующих методов оперативного лечения с анализом их недостатков.

Представлен оригинальный метод и аппарат, который позволяет надежно и малотравматично проводить екстраплевральный внеочаговый остеосинтез множественных переломов ребер.

Summary

NEW TECHNIQUE IN OSTEOSYNTHESIS OF MULTIPLE FRACTURES OF RIBS

Sheyko V.D., Panasenko S.I., Lavrenko D.O.

Key words: multiple fracture of ribs, extrafocal osteosynthesis, external fixation apparatus.

The paper highlights the questions concerned with surgical treatment of multiple fractures of ribs from the up-to-date viewpoint toward traumatic diseases, represents the review of present methods of surgical treatment, paying a special attention to their outcomes. A new technique and an apparatus which allow to carry out extrafocal osteosynthesis of multiple rib fractures effectively, with minimal traumatic injuries, was suggested.

УДК 616.345-089.168.2

ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРІХ З КОЛОСТОМАМИ

Шумейко І.А

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Під спостереженням знаходилося 128 пацієнтів із зовнішніми колостомами, яким проведені відновні і реконструктивно-відновні операції, як завершальний етап лікування раку товстої кишки. При проведенні хірургічної реабілітації хворих з колостомами, радикально оперованих з приводу колоректального раку, необхідне ретельне комплексне обстеження з метою оцінки стану організму, функції кишечника і виявлення ускладнень з боку черевної порожнини і самої стоми. Покращення результатів відновного лікування можливе при проведенні комплексної амбулаторної і стаціонарної передопераційної підготовки, яка включає рекомендації по дієти, догляд за колостомою, ірригацію кишечника, гідрогімнастику відключеної частини кишки і профілактику інфекційних ускладнень. Прістінкові, петлеві і накладені з превентивною метою колостоми у пацієнтів у стадіях T₁₋₃, N₀ і низьким початковим рівнем РЕА в динаміці спостереження, доцільно закривати в ранні (1-3 місяці і не пізніше 6 місяців) терміни. Хірургічна реабілітація хворих з колостомами дозволяє значно поліпшити «якість» їх життя, реадаптувати в сім'ї і суспільстві. Більшості пацієнтів була повернута працевдалість, при цьому одержані добри і задовільні результати у 95,3% пацієнтів.

Ключові слова : хірургічна реабілітація хворих, колостома, радикальна операція, комплексне обстеження, радикальна підготовка.

Вступ

В останні десятиріччя захворюваність на рак товстої кишки не лише не знижується, але і постійно зростає [1,2,5]. За величиною і значимістю соціально-економічного збитку рак ободової кишки знаходиться на четвертому-п'ятому, а рак прямої кишки – на п'ятому-шостому місці, після раку легені, раку шлунку, шкіри і молочної залози. З року в рік зростає кількість пацієнтів, які успішно перенесли операцію і тривалий час живуть без рецидивів і метастазів [3]. П'ятирічне виживання після ра-

диального хірургічного лікування при пухлині ободової кишки і комбінованого лікування раку прямої кишки, перевищує 60%, на ранніх стадіях захворювання цей рівень значно вищий [4].

Паралельно збільшенню частоти виникнення раку товстої кишки зростає кількість ускладнених випадків, це прямо залежить від віку хворих. У 30-35% пацієнтів перебіг раку ободової кишки (РОК) ускладнюється кишковою непрохідністю. При раку прямої кишки (РПК) кишкова непрохідність спостерігається у 20-25% хворих. Серйозну проблему складають перфорації пух-